

«Hvordan møte
utfordringen med sosiale
helseforskjeller i
kommunalt planarbeid?»

SPL-6304 Vår 2014

Kandidatnummer: 12 og 33

INNHALDSFORTEGNELSE

1. Innledning.....	2
2. Problemstilling og avgrensning.....	3
3. Definisjon av sentrale begreper.....	3
3.1 Helse.....	3
3.2 Sosial ulikhet i helse.....	4
3.3 «Wicked problems» eller komplekse problem.....	5
4. Metode og fremgangsmåte.....	6
5. Teoridel.....	6
5.1 Sosial helseulikhet i et folkehelseperspektiv.....	7
5.1.1 Faktorer i sosial helseulikhet.....	7
5.1.2 Folkehelseperspektivet.....	8
5.2 Planprosesser.....	10
5.2.1. Historisk blikk på samfunnsstyring og planlegging.....	10
5.2.2 Planleggingslogikker.....	11
5.2.3 Modell for kapasitetsbyggende og legitimerende prosesser.....	13
5.2.4 Samfunnsplanlegging og kompleksitetsteori.....	15
6. Drøftingsdel.....	18
6.1 Kompleksitet i samfunnsplanlegging.....	18
6.1.1 Manglende kompetanse og sprikende forståelse.....	18
6.1.2 Sykdomsperspektiv i stedet for påvirkningsperspektiv.....	21
6.1.3 Oppsplitting, spesialisering og manglende forankring.....	22
6.1.4 Haltende samordning mellom planverk i kommunen.....	23
6.2 Komplekse utfordringer og hensiktsmessig plantenking.....	23
6.3 Element i gode planprosesser når man møter komplekse utfordringer.....	25
6.3.1 Kunnskap, kompetanse og ledelsesforankring.....	25
6.3.2 Samstyring som virkemiddel.....	27
6.3.3 Empowerment og prosessledelse.....	29
7. Oppsummering.....	31

1. INNLEDNING

Med folkehelseloven har kommunene fått nye oppgaver som blant annet stiller krav til planarbeidet. Viktige deler av folkehelsearbeidet handler om å mobilisere innbyggere og nærmiljøer til å ta et større ansvar for egne liv og handlinger. Kommunens virksomhet gir et naturlig utgangspunkt for å være pådriver og mobilisere til samarbeid på tvers av offentlige tjenester og på tvers av offentlig, privat og frivillig sektor. Gjennom lokalt planarbeid kan faktorer som fremmer folkehelsen i stor grad påvirkes.

Selv om den norske befolkningens helse er god, skjuler gjennomsnittstallene store systematiske forskjeller, og helsen er ulikt fordelt mellom sosioøkonomiske grupper i befolkningen. Dette er både et rettferdighetsproblem og et helseproblem (St. meld. nr. 20, 2006-2007). I flere offentlige publikasjoner, artikler og kronikker fremholdes sosial ulikhet som en av de største utfordringene i folkehelsearbeid.

Sosiale helseforskjeller som folkehelseutfordring og overordnet folkehelsemål ble tydeliggjort i norsk folkehelsepolitikk med St.meld. nr. 47 «Samhandlingsreformen», Meld. St. 34 «Folkehelsemeldingen» og Lov om folkehelsearbeid. I folkehelseloven er folkehelse definert ikke bare som befolkningens helsetilstand, men også hvordan den fordeler seg i befolkningen. Lovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer og utjevner sosiale helseforskjeller. Kommunene skal drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Opplysninger om helsetilstand, påvirkningsfaktorer og utfordringer skal legges til grunn for arbeidet med planstrategien, samt mål og strategier i alle planprosesser etter plan- og bygningsloven.

For kommunene innebærer paradigmeskiftet som følge av folkehelseloven at ansvaret for å fremme og utjevne befolkningens helse er løftet ut av helsesektoren og lagt til kommunen som sådan. Tilgangen på virkemidler er dermed større, og kommunene skal ta i bruk alle tjenester for å utjevne og fremme befolkningens helse. Samtidig skal fokus dreies over mot de bakenforliggende faktorer som bidrar til skjevfordeling av helsa.

Folkehelsepolitikkenes overordnede mål om god helse i befolkningen og reduksjon av sosiale helseforskjeller krever en bred tilnærming på mange områder. Samfunnsplanlegging er et redskap som kan bidra til å bedre folkehelsen og redusere sosiale helseforskjeller på grunn av sin tverrsektorielle karakter. Men sosiale helseulikheter er en kompleks samfunnsutfordring som medfører utfordringer for alle sektorer, og det er viktig at kommunen er bevisst dette i sine planprosesser.

2. PROBLEMSTILLING OG AVGRENSNING

Sosiale ulikheter i helse og planlegging er tema i denne prosjektoppgaven. Begge temaene er store og kan være vanskelig å avgrense i omfang. Vi ønsker å belyse hvordan kommunene kan møte sosial helseulikhet i sin generelle betydning med kommunal planlegging. Mange faktorer bidrar til en kompleksitet som gjør planleggingen utfordrende. Vi er i denne oppgaven opptatt av å løfte frem hvordan man kan redusere kompleksiteten gjennom planprosesser. Kommunalt planarbeid involverer både administrasjon og politikere. Vi har valgt å begrense oppgaven til den administrative delen av planarbeidet, uten et politisk perspektiv. Den overordnede problemstillingen i prosjektoppgaven er som følger:

«HVORDAN MØTE UTFORDRINGEN MED SOSIALE HELSEFORSKJELLER I KOMMUNALT PLANARBEID?»

For å begrense og svare på dette er følgende spørsmål utledet fra den overordnede problemstillingen;

1. Hva karakteriserer kompleksiteten i planleggingsprosesser knyttet til å redusere sosiale ulikheter?
2. Hvilken plantinking kan være hensiktsmessig i det komplekse utfordringsbildet som helseulikheter representerer?
3. Hvordan kan man i redusere kompleksiteten i samfunnsplanlegging når man har som mål å utjevne sosiale helseforskjeller?

3. DEFINISJON AV SENTRALE BEGREPER

I dette kapitlet defineres noen sentrale begreper i oppgaven, herunder «helse», «sosial ulikhet i helse» og «wicked problems».

3.1 HELSE

Begrepet helse kan forstås på ulike måter, og det finnes flere definisjoner. Begrepet er vanskelig å avgrense, innholdet kan forandre seg over tid, og både kulturelle og individuelle variasjoner påvirker oppfattelsen av helsebegrepet.

I 1946 definerte WHO helse som «fullstendig fysisk, mental og sosial velbefinnende». I boken «Forebyggende helsearbeid; folkehelsearbeid i teori og praksis» (2010) slår Mæland fast at definisjon av helse er langt mer enn fravær av sykdom, og dersom en slik forståelse av helsebegrepet legges til grunn for utvikling av helsetjenesten, vil kravene og forventningene raskt overstige det helsevesenet kan ha ansvar for. Senere har WHO gitt en noe mer dempet definisjon, hvor helse defineres som «evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv» (ibid.).

I tillegg har Antonovsky (2004) definert hva som gir god helse gjennom begrepet salutogenese, som i motsetning til patogenese handler om det som gjør oss syke (ibid.). Antonovsky lanserte læren og mente at forståelse av sammenheng har betydning for hvordan vi opplever tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterlig. Forståelse av sammenheng påvirker hvordan vi håndterer sykdom. Hvordan man klarer å leve med sykdommen sin, uansett hva slags sykdom det dreier seg om, er alltid koblet til den mentale helsen. Disse faktorene, at vi opplever tilværelsen som meningsfull, forståelig og håndterlig, har ifølge Antonovsky også betydning for å unngå at man blir syk (ibid.).

Studien «Helse på norsk» (2009) viser at folks definisjon på helse er et dynamisk samspill mellom mennesket og miljøet, både det biologiske og det sosiale. Helse skifter gjennom livets ulike faser og helsen defineres ikke gjennom den perfekte kroppen men det gode liv. Studien viser at folks helseoppfatning er preget av helhet og at helsen henger sammen med hvordan vi har det i egen kropp og i forhold til de materielle og sosiale omgivelsene (Fugelli og Ingstad, 2009).

Antonovsky`s teori om salutogenese og hvordan sosial ulikhet påvirker folks helse er viktig å legge til grunn når man planlegger og iverksetter tiltak i tråd med folkehelsesatsningen. De ulike definisjonene og teoriene viser at helsebegrepet er sammensatt og at man i planleggingssammenheng må tenke helhetlig for både individet, familien, nærmiljøet og samfunnsstrukturen.

3.2 SOSIAL ULIKHET I HELSE

I Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan «Gradientutfordringen» (2005) blir sosiale ulikheter i helse definert som «systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier, særlig yrke, utdanning og inntekt»

Bakgrunnen er blant annet at selv om levealder og helsestatus har vist en bedring for befolkningen som helhet, har de sosioøkonomiske forskjellene i dødelighet og sykkelighet økt. I perioden 1970-1997 økte forventet levealder i alle grupper, men betydelig mer i grupper med høy sosioøkonomisk status (Helsekonsekvensutredninger, 2006).

Helseundersøkelser med utgangspunkt i kjønn, geografi, etnisitet, sosioøkonomisk status, familiestatus m.m. viser markante helseforskjeller, og temaet sosiale ulikheter i helse har i økende grad blitt satt på den politiske dagsorden.

3.3 «WICKED PROBLEMS» ELLER KOMPLEKSE PROBLEM

«Wicked problem» er et uttrykk som opprinnelig ble brukt i samfunnsplanleggingen for å beskrive et problem som er vanskelig eller umulig å løse på grunn av ufullstendige, motstridende, og endrede krav som er vanskelig å gjenkjenne (Rittel og Webber, 1973).

Sosiale prosesser er komplekse der det ene griper inn i det andre. Det er mindre tydelig hvor problemene ligger og det er mindre tydelig hvordan vi skal gripe inn selv om vi vet hvilke mål vi søker. På grunn av komplekse avhengighetsforhold, kan forsøk på å løse wicked problems avdekke eller skape andre problemer. En ser bølger av konsekvenser generert av et problemløsende tiltak og like vanskelig er å identifisere tiltak. Det gjør planleggingen vanskelig (Rittel og Webber, 1973).

Horst og Webber beskriver flere karakteristiske egenskaper ved wicked problem.

- Det er vanskelig å definere fordi man må ha oversikt over alle tenkelige løsninger på forhånd.
- Problemene er kontinuerlige og årsakene er sammensatt.
- Løsningene på problemene er ikke rett eller galt. Som regel er det flere parter med likeverdig rett til å definere løsninger, og de varierer i forhold til ens personlige interesser og verdisett.
- Man kan ikke se en umiddelbar effekt av tiltakene. Ethvert tiltak som gjennomføres generer bølger av konsekvenser over en lengre periode.
- Enhver løsning er en «one-shot operation», det gis ingen mulighet til prøving og feiling. Ethvert implementert tiltak har følger som etterlater seg spor som ikke kan omgjøres, mange folks liv blir påvirket og alle forsøk på å omgjøre et tiltak utgjør et nytt sett av «wicked problem».

- Ethvert problem er unikt. Til tross for mange likheter mellom aktuelle problem er det et likevel forskjeller.
- Ethvert problem kan anses å være et symptom på et annet problem.
- Og sist men ikke minst, planleggere er ansvarlig for konsekvensene av de handlingene de genererer; effektene kan bety mye til de menneskene som er berørt av disse handlingene. Her vil ikke målet være å finne sannheten men å forbedre enkelte faktorer som påvirker folk.

De nevnte vanskelighetene i forhold til definering, lokalisering, implementering og kontinuerlighet skaper til sammen kognitiv usikkerhet om forholdet mellom problemets årsaker og effekter. De kausale sammenhengene er mange, de er innbyrdes avhengige og vanskelige å identifisere (Hofstad, 2012).

4. METODE OG FREMGANGSMÅTE

Oppgaven har til hensikt å kartlegge og gi økt innsikt og forståelse for hvordan kommunene kan fremme gode planprosesser når man står overfor komplekse utfordringer.

Vi har valgt å bruke litteraturstudie som metodevalg. Dette innebærer at vi må systematisk søke, granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne. En litteraturgjennomgang på dette feltet gir en mulighet til å studere hva tidligere forskning har bidratt med. Vi har foretatt søk innenfor flere databaser ved å bruke norske og engelske søkeord som er relevant for problemstillingen.

Vi har også brukt offentlige dokumenter, stortingsmeldinger og relevant pensumlitteratur for å forstå og drøfte de ulike planleggingsteoriene opp mot tema. I drøftinger trekker vi også inn egne erfaringer. Disse erfaringene er preget av våre opplevelser og er derfor subjektive data.

5. TEORIDEL

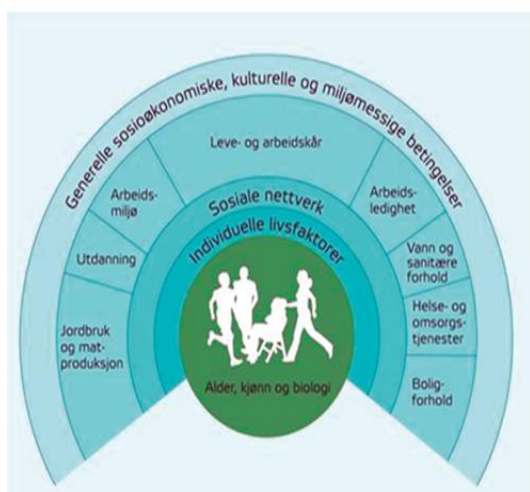
Dette kapitlet tar for seg de teoretiske perspektiver som studien bygger på, både i forhold til sosial ulikhet i planleggingsøyemed og annen relevant teori for problemstillingen.

5.1 SOSIAL HELSEULIKHET I ET FOLKEHELSEPERSPEKTIV

Som nevnt innledningsvis er kommunenes ansvar for å utjevne sosiale ulikheter i helse blitt tydeligere gjennom ny folkehelselov og pågående samhandlingsreform. I praksis skal folkehelsearbeidet dreie fra risikostrategier til befolkningsstrategier, og fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv med fokus på de bakenforliggende faktorer som påvirker og skjevfordeler befolkningens helse.

5.1.1 FAKTORER I SOSIAL HELSEULIKHET

En rekke faktorer påvirker befolkningens helsetilstand, herunder sosial ulikhet. I følge Mæland (2010) kan påvirkningsfaktorene deles i fire hovedgrupper, nemlig genetiske og biologiske faktorer hos individet, faktorer knyttet til individets adferd og psykologiske væremåte, faktorer knyttet til miljø og omgivelser og forebyggende tiltak, behandling, omsorg og pleie. De viktigste påvirkningsfaktorene for helse er illustrert i Dahlgren og Whiteheads modell fra 1991 (figur 1). Figuren viser at individuelle valg, med unntak av faktorer som alder, kjønn og biologi, påvirkes gjennom et sett av ytre faktorer, både i miljø og samfunn (ibid.). En rekke studier dokumenterer at sosial ulikhet har en påvirkning på helsen, og helsedirektoratets «Gradientutfordringen» fra 2005 beskriver sosiale ulikheter i helse som



Figur 1. Dahlgren og Whitehead, 1991

systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier – særlig yrke, utdanning og inntekt. Med uttrykk som «sosiale lag» eller «klasser» menes sosioøkonomiske grupper bestemt ved hjelp av yrke, utdanning eller inntekt, eller en kombinasjon av disse. For hvert steg man beveger seg oppover den sosioøkonomiske stigen, jo bedre levevaner og helse, og jo høyere levealder (ibid.).

St.meld. nr. 20 «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller» slår fast at genetisk arv ikke forklarer de sosiale helseforskjellene. Arv har betydning for enkeltmenneskers helse, men har liten betydning for de systematiske variasjonene i helse som følger utdanning, yrke og inntekt (ibid.).

Sosial posisjon sier noe om plasseringen et individ har i det sosioøkonomiske hierarkiet. Uttrykket lavere sosiale lag er ikke nedsettende ment, men uttrykksmåten reflekterer at vi kan lage en skala fra øverst til nederst når det gjelder hvor mye penger folk rår over (inntekt, formue), hva slags kompetanse og utdanning de har, og hvor mye prestisje, makt og autoritet de har på sine arbeidsplasser eller generelt i samfunnet. Det er store og systematiske helseforskjeller mellom ulike sosiale lag, men det understrekes at innenfor alle sjikt i det sosiale hierarkiet er det store individuelle variasjoner. De fleste vil følge noenlunde typiske livsbaner uten store forandringer i sosioøkonomisk posisjon, men over tid er det likevel mange som endrer plass i hierarkiet når de for eksempel tar mer utdanning, skifter yrkesgruppe eller får høyere inntekt (Stortingsmelding nr. 20, 2006-2007).

5.1.2 FOLKEHELSEPERSPEKTIVET

Sosial ulikhet i helse er problematisk på flere måter. Et rettferdighetsproblem, fordi mennesker med lavere sosiale lag frarøves livssjanser og frihet. Et levekårsproblem, fordi dårlig helse forhindrer et aktivt, skapende, produktivt og sosialt deltakende liv. Et folkehelseproblem, fordi befolkningens totale helsepotensial ikke utnyttes fullt ut. Et samfunnsøkonomisk problem, fordi det skaper problem for sysselsetting, verdiskapning og offentlig utgifter og sist men ikke minst er det et velferds- og livskvalitetsproblem, fordi personer med helseproblemer har langt dårligere forutsetninger for trivsel, generell tilfredshet og livskvalitet (Dahl mfl., 2014).

Folkehelseloven som trådte i kraft i januar 2012 medførte endringer i måten kommuner og fylkeskommuner arbeider med helserelaterte spørsmål. Folkehelse skal stå i forgrunnen og skal inkluderes i kommunenes og fylkeskommunenes funksjoner. Endringene vil på denne måten gripe inn i samspillet mellom nivåer, men også mellom sektorer fordi loven innebærer at bl.a. arealutvikling, planlegging, administrasjon og tjenesteyting skal inkludere folkehelse i sine daglige aktiviteter. En lang rekke aktører på flere nivåer og i flere sektorer må altså arbeide sammen for å nå målene (Helgesen og Hofstad, 2012).

Med «ny» definisjon av folkehelse og økt fokus på sosiale helseforskjeller gir den norske folkehelsepolitikken føringer for at folkehelsearbeidet skal dreie fokus fra et sykdoms- og levevaneperspektiv til et påvirkningsperspektiv med oppmerksomhet mot bakenforliggende faktorer som påvirker og skjevfordeler helsa i befolkningen. Både St.meld. nr.47 «Samhandlingsreformen» og Meld. St. 34 «Folkehelsemeldingen» har fulgt opp med klare

overordna mål om å redusere helseforskjeller i befolkningen. Dreiingen i folkehelsepolitikken gir uttrykk for en ny forståelse og er en erkjennelse av at det er vanskelig å påvirke befolkningens helse hvis hovedfokuset er på behandling og endring av individuell atferd uten at det samtidig arbeides for å endre og jevne ut de bakenforliggende faktorene som påvirker og skeivfordeler helsen i en befolkning. En av folkehelsemeldingens mål er at befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller, og at vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen.

Dahlgren og Whiteheads modell (se kapittel 5.1.1) viser at det må arbeides på mange nivåer og i mange sektorer for å fremme og utjevne helsen i befolkningen. Figuren peker ut noen hovedlinjer i folkehelsearbeidet - jo lenger en klarer å flytte innsatsen bakover i kjeden, jo større muligheter for å lykkes i folkehelsearbeidet. Kommunen skal bruke tilgjengelige virkemidler og alle sektorer til å fremme og helsen, og tiltak skal iverksettes i den sektoren der man får best effekt for folkehelsen.

Den gamle kommunehelsetjenesteloven rettet seg mot helsetjenesten når det gjaldt ansvar for å fremme helse i befolkningen; *«Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen»*. Den gamle kommunehelsetjenesteloven ga begrensninger på virkemidler i folkehelsearbeidet og var ikke tilpasset dagens folkehelsestenking. Folkehelseeloven har gitt kommunene mye større tilgang på virkemidler ved å løfte ansvaret for folkehelsearbeidet ut av helsesektoren og over til kommunen som sådan.

I norsk folkehelsepolitikk er det pekt ut fire innsatsområder for å redusere sosiale ulikheter i helse. Disse er for det første å redusere de sosiale forskjellene som bidrar til helseforskjeller, der innsatsområdene er utdanning, yrke og inntekt. For det andre å redusere sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester. Det tredje innsatsområdet er å utvikle en målrettet innsats for sosial inkludering og det fjerde er å utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy (St. meld. nr. 20, 2006-2007).

Arbeidet mot sosial ulikhet i helse handler om å bidra til at alle sosiale lag skal kunne oppnå samme levealder og ha like god helse. Det er ikke kommunenes ansvar alene å fremme og utjevne helsa i befolkningen. Folkehelsemeldingen (2012-2013) slår fast at folkehelsearbeidet

er et samfunnsansvar. Selv om kommunene ikke har alle virkemidlene, så gir folkehelseloven kommunene et tydelig ansvar for å medvirke til at andre, for eksempel næringsliv og andre myndigheter ivaretar helsen til kommunens innbyggere.

5.2 PLANPROSESSER

Planlegging kan ses på som en type handling med noen sentrale kjennetegn, nemlig at det er en målrettet, fremtidsorientert og kunnskapsbasert handling der planaktøren kan være alt fra individ til en bedrift eller en kommune, og der planhandlingen er rettet mot konkrete oppgaver. Planlegging legger grunnlaget for styring, der det forutsettes et opplevd sprik mellom situasjonen nå og den ønskede tilstanden. Planlegging kan forstås med utgangspunkt i ulike logikker eller ulike forståelse av rasjonalitet (Aarsæther m.fl., 2012).

5.2.1. HISTORISK BLIKK PÅ SAMFUNNSSTYRING OG PLANLEGGING

Ulik litteratur peker på at samfunnsplanleggingens vekslende status står i sammenheng med endringer i ulike former for samfunnsstyring, og at dette på mange måter har fått konsekvenser for planlegging som verktøy i offentlig sektor i Norge. Etterkrigsårene var preget av en sterk hierarkisk statlig styring. Staten skulle drive fordelingspolitikk på grunnlag av sentralplanlegging, og skape utjevning og velferd for alle. Perioden var preget av økonomisk oppbygging, regulering gjennom lover og regelverk, og samfunnsplanleggingen stod sterkt (Amdam og Veggeland, 2011).

Den sterke norske planoptimismen ble etterfulgt av en kritisk tenking rundt offentlig planlegging på 70-tallet. På 80-tallet forsterket kritikken seg med nye tankesett rundt markedstenkning, mål- og resultatstyringsideologi, eller New Public management tenking (NPM) i offentlig sektor. NPM kom som en reformbølge på 1980-tallet, og hadde som mål å effektivisere offentlig sektor ved hjelp av styringsprinsipper fra privat sektor. NPM ble regnet som en motsats til den byråkratiske og fagstyrte ledelsen som preget etterkrigstiden, og diskrediterte planlegging (Aarsæther m.fl., 2012).

Den nye offentlige styringsformen (NPM) førte blant annet til desentralisering og oppsplitting i offentlig sektor, og resulterte blant annet i at produksjon av tjenester og iverksetting av offentlig politikk ble mer komplisert og fragmentert. Det ble mer vanskelig for den enkelte organisasjon å iverksette effektive tiltak alene. Dette svekket på mange måter offentlig sektor

sin evne til å agere helhetlig, og har således blitt en utfordring for samfunnsplanleggingen (Aarsæther m.fl., 2012).

Moderne samfunn har blitt mer sammensatte, og oppgavene offentlig sektor er satt til å løse er mer kompliserte. Ulike offentlige tiltak griper lett inn i hverandre på uforutsette måter, slik at politikk på ett område kan ha utilsiktede og uventede konsekvenser på andre områder. I siste halvdel av 90-tallet kom antakelser om at det hadde skjedd noe kvalitativt nytt i samfunnsstyringen, og uttrykket governance fikk i løpet av kort tid stor utbredelse. Offentlig styring hadde endret karakter, og ulike kombinasjoner av offentlig styring og styring gjennom marked og sivilsamfunn hadde økt i omfang. De klassiske sfærene var blitt mer blandet sammen. Governance oversettes til samstyring, og oppfattes som en reaksjon mot den omfattende spesialiseringen og oppsplittingen som ble oppmuntret av NPM. Det var blitt et sterkt behov for koordinering mellom vertikale og horisontale relasjoner, og offentlig og private aktører (Røyseland og Vabo, 2012). Fra 90-tallet og frem til vår tid har interessen for planlegging vært økende, og er styrket som redskap for samfunnsutviklingen (Aarsæther m.fl., 2012).

Samstyring defineres av Røyseland og Vabo (2012) som den ikke-hierarkiske prosessen der offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening. Samstyring henspiller på både horisontale og vertikale relasjoner, at ulike aktører samarbeider, og at dette samarbeidet har relevans for offentlig styring. Samstyring innebærer at offentlig politikk utvikles og iverksettes gjennom strukturer som er annerledes enn de klassiske, og henter hjelp fra ulike teoritradisjoner, herunder organisasjonsteori, nettverksteori, partnerskap og regime (ibid.).

5.2.2 PLANLEGGINGSLOGIKKER

Planlegging kan deles inn i ulike planleggingsmodeller der forankring ligger i ulike forståelser av rasjonalitet. Det finnes to hovedformer for rasjonalitet, instrumentell og kommunikativ rasjonalitet, og idealmønsteret for samfunnsplanlegging var lenge basert på den instrumentelle rasjonaliteten (Aarsæther m.fl., 2012).

Instrumentell planlegging bruker fakta og forskningsbasert kunnskap om sammenhenger mellom årsak og virkning for å velge strategier og middel som gir god måloppnåelse. Denne kunnskapen og logikken skal ideelt sett være objektiv og uavhengig av tid og rom. Den

instrumentelle rasjonaliteten styres av den naturvitenskapelige tenkemåten og har på mange måter vist seg nyttig, for eksempel innenfor medisin og teknologi (Aarsæther m.fl., 2012).

Planlegging med instrumentell rasjonalitet ble tidlig kritisert for å basere seg på et for enkelt syn på hvordan kunnskap om kollektive løsninger bør skaffes til veie. Det ble blant annet stilt spørsmålsteget ved om en enkelt planlegger kunne skaffe til veie kunnskap som speiler mangfoldet av ønsker og interesser i befolkningen. Instrumentell planlegging er fortsatt gjeldende i mange planleggingssituasjoner, gjerne tekniske utfordringer som kan løses med ingeniørkompetanse. Instrumentell planlegging forutsetter liten kompleksitet (Amdam og Veggeland, 2011).

En situasjon som er lite kompleks, karakteriseres ved at man har klare og entydige mål, full kunnskap og tilstrekkelige ressurser til planlegging og gjennomføring. Videre forutsetter man at aktørene er enige, og at planleggingens oppgave er å finne optimale løsninger ut fra oppsatte kriterier som mål. Men i instrumentell planlegging kommer aktørene i bakgrunnen og de spontane prosessene som skjer på de forskjellige samfunnsarenaene blir oversett (Amdam og Veggeland, 2011).

Den kommunikative vendingen vokste frem på 1980-tallet og har tatt over som gjeldende fundament i teori om samfunnsplanlegging. Kommunikativ planlegging søker å involvere aktørene i samfunnet, og kommunikasjon og deltakelse står sentralt. Legitimiteten er forankret i prosessen og resultater man oppnår. Den kommunikative rasjonaliteten innebærer å se planlegging som en kommunikativ prosess der planlegging skjer gjennom debatt og overbevisende argumentasjon mellom de ulike aktørene. Det rasjonelle blir et resultat av forhandling og konsensus mellom ulike aktører (Amdam og Veggeland, 2011).

Kommunikativ planlegging er egnet som metode når det er mangel på kunnskap om sammenhenger mellom årsaksforhold og konsekvenser, når iverksetting av planer er avhengig av mange aktører og når det mangler virkemidler for å oppnå mål (Aarsæther m.fl., 2012). Man forutsetter at det er konflikt eller manglende gjensidig forståelse mellom aktører fordi samfunnet er komplekst, fragmentert, dynamisk og ujevnt maktfordelt, og fordi ingen har full oversikt over alt. Selv om det kan være vanskelig å finne frem til handlinger, er den grunnleggende utfordringen å få bredest mulig enighet om hvordan samfunnet bør utvikles i det dynamiske samspillet mellom mektige og mindre mektige aktører (Amdam og Veggeland, 2011).

I boken «Planlegging og prosessleing» (Amdam 2011) fremheves ulike krav til kommunikativ planlegging med maktlikevekt:

1. At alle viktige aktører er representert
2. At aktørene er legitime representanter for de som de snakker på vegne av
3. At aktørene er kompetente og likeverdige i stand til å representere
4. At aktørene er interessert i å komme til forståelse og enighet med hverandre
5. At alle aktører har samme grad av innvirkning gjennom deltakelsen
6. Alle aktører må innrømme feil og skifte oppfatning i de tilfeller de blir møtt med bedre argumenter.
7. At alle synspunkter og ytringer må kunne diskuteres og kritiseres
8. Alle aktører opptrer autentisk og sannferdig overfor hverandre

5.2.3 MODELL FOR KAPASITETSBYGGENDE OG LEGITIMERENDE PROSESSER

I boken «Planlegging og prosessleing» (2011) redegjør Roar Amdam for kommunikativ handlingsteori og overfører dette til plan- og utviklingsarbeid. Med inspirasjon fra Habermas sin modell om politisk viljesdanning beskriver Amdam en modell for kapasitetsbyggende og legitimerende prosesser. Amdam omtaler empowerment som kapasitetsbygging, og fremhever dette som viktig for å møte nye globale og komplekse samfunnsutfordringer. Begrepet kapasitetsbygging innebærer en dynamisk styrking av makt over tid. En måte å skape makt på er myndiggjøring, eller overføring av makt ovenfra og ned. En annen måte er å skape makt nedenfra og opp, eller øke mestringsevne. Denne distinksjonen er parallell til ovenfra-og-ned og nedenfra-og-opp politikk og instrumentell og kommunikativ planlegging. Innenfor kapasitetsbyggende praksis eksisterer det et sterkt behov for å kombinere ovenfra-og-ned og nedenfra-og-opp-tilnærminger. Grunntanken er at planlegging bør stimulere til en kapasitetsbyggende og legitimerende prosess som også gjør den planleggende enheten bedre skikket til å møte utfordringer mellom langsiktige mål og konkret handling, og mellom interne og eksterne forhold. Amdam mener at kapasitetsbygging er et ideologisk utgangspunkt i folkehelsearbeidet, men at det er et problem med å finne balanse mellom ovenfra-og-ned-tilrettelegging og nedenfra-og-opp-engasjement. Flere vilkår må være tilstede for at prosesser skal være kapasitetsbyggende (Amdam, 2011).

Det er viktig å skille mellom legitimitet eller aksept som blir gitt ovenfra i styringsverket, og den legitimiteten man oppnår gjennom mobilisering nedenfra. De to formene har gjensidig et

forhold. Det er også viktig å skille mellom legitimitet basert på instrumentell og kommunikativ rasjonalitet. Utviklingsarbeid i offentlig sektor er basert på nytte-kostnad-kalkulering. Dette medfører at legitimiteten er basert på ideologi og handlingsmønster fra New Public Management-tenking, og blir rettferdiggjort med økonomiske og/eller tekniske modeller (Amdam, 2011).

Amdams skiller mellom 4 ulike dimensjoner eller nivå ved den planleggende enhetens aktiviteter; institusjonell, strategisk, taktisk og operativ dimensjon. I denne oppgaven velger vi å ha størst fokus på strategisk planlegging.

Den institusjonelle dimensjonen gjelder legale rammer for aktiviteten, og i planlegging kan dette forstås som lover og regelverk, finansiell støtte med krav om hvordan midler skal brukes, plan for egen planlegging m.m. Eksempler er nasjonale forventninger, styringssignaler fra nasjonalt nivå samt regional og kommunal planstrategi. Den institusjonelle planleggingen er i hovedsak basert på legal legitimitet, og vil legge føringer for den strategiske planleggingen (Amdam 2011).

Den strategiske dimensjonen har som formål å legge føringer for taktisk og operativ planlegging. Strategiske planleggingen handler om å tolke, drøfte og erkjenne viktige utviklingstrekk og utfordringer i samfunnsutviklingen, og på grunnlag av dette formulere visjoner og innsatsområder. Den må ha et langsiktig perspektiv og målet er at innholdet skal stå uendret over tid. Selv om omgivelsene skifter, kan hovedutfordringene likevel være ganske stabile over tid. Strategisk planlegging kan derfor gjennomføres som en overordna prosess i en avgrenset periode, for eksempel i en fireårs syklus. Dersom den strategiske planleggingen skal fungere som retningsgivende for utviklingen, må innholdet være både kjent og akseptert (Amdam, 2011).

Strategisk planlegging er egnet til å stimulere mobilisering, altså aktivisering og samling av folk for å fremme kollektive og individuelle handlinger. De kollektive handlingene kan stimuleres ved å få frem kunnskap om styrker og svakheter ved nåsituasjonen og trusler og muligheter i fremtiden. Det er videre viktig at denne kunnskapen blir en allmenn oppfatning som danner grunnlag for kollektiv vilje som fører til kollektive handlinger for å nå felles mål. Lokalsamfunn, kommuner og regioner kan mobiliseres gjennom bred deltakelse i strategisk planlegging (Amdam, 2011).

Planlegging på det taktiske nivået handler om den kortsiktige ressursinnsatsen for å nå strategiske mål. Taktisk planlegging får sine rammer fra strategisk planlegging, og er mer detaljert, gjennomføringsorientert og bindende, ikke bare retningsgivende. Den taktiske planleggingen omfatter den formelle organiseringen og styringen av ressurser, og synliggjøres i handlingsprogrammer, økonomiplanen, budsjett m.m. (Amdam, 2011).

I kapasitetsbyggende prosesser er taktisk planlegging bindeleddet mellom strategisk og operativ planlegging. Man ser etter løsninger mellom visjoner og ønsker, og det realistiske og praktiske. Erfaringer viser at det er relativt lett å mobilisere folk til å delta i plan- og utviklingsprosesser så lenge det dreier seg om å definere nåsituasjonen og forme fremtidsvisjoner og uttrykke holdninger om hva som bør gjøres. Men erfaringer viser at når det gjelder fordeling av ansvar for handlinger så er det mange aktører som faller fra. Derfor er det viktig å skille mellom tiltak og endringer som en selv kan utføre, som en kan utføre i samarbeid med andre, og de tiltak bare andre kan gjennomføre. Mangel på ansvarlige organisasjoner og personer i et lokalsamfunn er erfaringsmessig et problem og en flaskehals for å få til lokal, kommunal og regional utvikling (Amdam, 2011)

Videre vil planlegging på det operative nivået være mest avgrenset både i forhold til tidsperspektiv og plantema. Formålet med den operative planleggingen er å styre produksjonen og fremme produktiviteten slik at ressurser blir godt utnyttet.

5.2.4 SAMFUNNSPLANLEGGING OG KOMPLEKSITETSTEORI

Samfunnsplanlegging kan relateres til kompleksitetsteorier. Fordi vi i denne oppgaven også ønsker å drøfte hvordan kommunene kan redusere kompleksiteten i planleggingssituasjoner når sosiale ulikheter i helse er gjennomgående tema, så velger vi å se nærmere på dette.

I motsetning til lite komplekse eller «lukkede» systemer, for eksempel en fabrikk som klart kan avgrenses, kan komplekse samfunnssystemer karakteriseres som åpne, uoppløselige, dynamiske og ikke-lineære. De kan ikke deles opp eller reduseres til mindre biter uten å miste egenskaper. Det er i det hele tatt vanskelig å forstå, kartlegge eller styre komplekse samfunnssystemer. De ulike delene har ufullstendig informasjon om hvordan hele systemet oppfører seg. Fordi et komplekst system ikke kan forenkles, kan man heller ikke forvente å påvirke eller styre det med enkle tiltak. Komplekse systemer «styrer seg selv» men de kan påvirkes og «ledes» i samspill. Virkninger av tiltak er imidlertid usikre over tid på grunn av

den selvregulerende evnen til system, og det forekommer en kontinuerlig påvirkning, styring og maktkamp (Amdam og Veggeland, 2011).

I den kommunikative planleggingstradisjonen er utgangspunktet at kompleksitet i sitt grunnlag handler om mangel på informasjon og at aktører ikke kan ha full oversikt over sin egen situasjon eller sine omgivelser. Gjennom samtaler, tillitsbygging, nettverk, læring med mer kan systemet og aktørene opptre selektivt, og gjennom organisering kan kompleksiteten reduseres (Amdam og Veggeland, 2011).

Ulikheter, ulike interesser og verdier, maktulikheter med mer kan føre til at man ikke får til den nødvendige dialogen og kommunikasjonen mellom aktørene, og da fungerer ikke kommunikativ planlegging. Det finnes heller ingen enkel måte å håndtere stor kompleksitet på. Det er aktørene og prosessene dem i mellom som er i fokus, og for å klare å utvikle enighet om mål og/eller handling er aktørene og deres nettverk viktigst. Utfordringen vil være å fremme åpen kommunikasjon eller forhandlinger i komplekse saker med mange interessenter. Til hjelp i planlegging er det utviklet flere teorier, teorigrupper, metoder og forståelsesmodeller som forsøker å gi råd om planlegging i komplekse situasjoner (Amdam og Veggeland, 2011).

Amdam og Veggeland belyser blant annet inkrementalisme, Lindblom sin strategi for samfunnsplanlegging der situasjonen og problemløsning er preget av stor usikkerhet. En typisk planleggingssituasjon er at målene er uklare eller konfliktfylte og at det er usikkert hvilke strategier man skal velge. I prosessen samler man erfaring som kan komme til nytte senere, og prosessen kan stimulere til innovasjon og læring. Tanken er at man prøver å tilnærme seg helhetlige, kontinuerlige og uavgrensede planleggingssituasjoner ved å forenkle og ta små skritt om gangen. Man kan ikke ta optimale beslutninger fordi man mangler kunnskap, kompleksiteten er for stor, man mangler tid til utredninger og så videre (Amdam og Veggeland, 2011).

Modellen forutsetter en sterk sentralisert ledelse, som styrer gjennom hovedlinjer og som overlater den tilpassede virksomheten til underordnede nivåer. Den forutsetter også at motstanderne har tilvarende makt, slik at det er en kamp mellom likeverdige parter. Den grunnleggende utfordringen er nemlig hvordan man tar hensyn til maktrelasjonene i samfunnet og at planleggere dermed må spille en aktiv rolle i å avdekke og utfordre

maktrelasjoner og maktposisjoner i slike planleggingsprosesser. (Amdam og Veggeland, 2011).

Store og fundamentale forandringer kan lett provosere frem konflikter og interessekamper, men en trinnvis gjennomføring av planer, politikk og forandringer aksepteres lettere. Ved bruk av en slik småskrittaktikk er det lettere å korrigere tiltak som går i feil retning underveis, men dette vil kreve åpen informasjonsflyt og transparens. (Amdam og Veggeland, 2011).

Modellen brukes som en god beskrivelse på hvordan politikere, byråkrater eller organisasjonsledere må følge for å nå sine langsiktige mål. De langsiktige målene er gjerne formulert i en strategisk plan, og denne kan tilpasses på mellomlang sikt i en administrativ planlegging og i det daglige operative arbeidet. Tenkemåten med blant annet inkrementalisme er at man forsøker å tilnærme seg komplekse planleggingssituasjoner ved å forenkle og ta små skritt. Det dreier seg hovedsakelig om hvordan en best mulig skal ta avgjørelser, og hvordan en kan stimulere til større deltakelse og kommunikasjon i planlegging, men det forutsettes stort sett en eller annen form for styring og kontroll fra toppen (Amdam og Veggeland, 2011).

Amdam og Veggeland (2011) belyser også ulike teorier om samfunnsplanlegging ved liten kompleksitet, selv om det i utgangspunktet er få samfunnsmessige utfordringer som kan karakteriseres som lite komplekse. Tanken er at kompleksiteten kan reduseres gjennom omformulering og bearbeiding, og at man slik kan bruke metoder som forutsetter liten kompleksitet i selve problemløsningen (ibid.).

Et gjennomgående trekk er at planleggingssituasjoner er delt opp i minst to faser. I den første fasen forsøker problemeiere i fellesskap å definere felles mål. I praksis vil det si at de søker å bli enige om hvordan situasjonen faktisk er, og hvilke strategier som bør velges. I offentlig planlegging blir dette som regel definert som en politisk oppgave. I neste fase planlegges konkrete handlinger og styringsprinsipper for gjennomføring av disse. Det blir altså definert som en faglig oppgave og overlates til administrasjonen. Ut fra et kompleksitetsperspektiv er målet med den første fasen å redusere kompleksiteten (ibid.).

6. DRØFTINGSDEL

I drøftingsdelen tar vi utgangspunkt i at kommunikatív planlegging på et strategisk nivå er egnet som verktøy for å møte komplekse samfunnsutfordringer som sosiale ulikheter i helse her representerer. Vi avgrensar oss til å se på kommunen som organisasjon og planleggende enhet fordi forskjeller i befolkningens oppvekstmiljø, levekår, skole, arbeid, kultur og miljø påvirkes av kommunale tjenester og utviklingsarbeid. Med dette som utgangspunkt drøfter vi hva som karakteriserer kompleksiteten i planleggingsprosesser der formålet er redusert sosial ulikhet i helse. Til slutt angir vi viktige forutsetninger for god planleggingspraksis ved å synliggjøre hvordan kompleksiteten i planleggingen kan reduseres. I noen grad har vi tatt med egne erfaringer og eksempler fra kommunalt folkehelsearbeid.

6.1 KOMPLEKSITET I SAMFUNNSPLANLEGGING

I dette kapitlet drøftes ulike forhold som vi mener påvirker kompleksiteten i kommunale planprosesser der sosiale helseforskjeller er gjennomgående tema, herunder kompetanse og forståelse, sykdomsperspektiv versus påvirkningsperspektiv i folkehelsearbeidet, oppsplitting og spesialisering i offentlig sektor samt samordning mellom planverk.

6.1.1 MANGLENDE KOMPETANSE OG SPRIKENDE FORSTÅELSE

Den samlede fagkompetansen i kommunene er omfattende og bred, og ulike profesjoner og faggrupper har hver for seg en viktig kompetanse innen ulike folkehelse tema. Men paradigmeskiftet som følge av ny folkehelselov betyr nye ansvarsforhold og en annen bruk av kommunens virkemidler i folkehelsearbeidet. Hele kommunen, først og fremst utenfor helsetjenesten skal nå bidra til å fremme og utjevne befolkningens helse. Dette betyr at felles forståelse av utfordringer, roller og ansvar, virkemidler og systematikken i det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet er en forutsetning. Denne felles forståelsen må eksistere både horisontalt og vertikalt i kommunen som organisasjon.

Gjennom egen erfaring med folkehelsearbeid på lokalt nivå oppleves det sprikende forståelse og til dels manglende kompetanse i kommunens ulike sektorer om folkehelseutfordringer, utviklingstrekk og årsaksforhold. Dette er en utfordring som påvirker kommunens organisering og utøvelse av folkehelsearbeidet. Vi mener at dette er forhold som bidrar til en treghet samtidig som det øker kompleksiteten i planlegging.

Samtidig blir kompetanseutfordringer på lokalt nivå forsterket med at fokus og ressursfordeling i den statlige helsepolitikken i stor grad er forbeholdt sykdomsperspektivet, reparering av eksisterende helseskader og pasientoppfølging. Helsetjenester er selvsagt viktig og bør fortsatt forbedres, men helseutfordringene den sosiale skjevheten i befolkningens skaper løses ikke med økt kapasitet og kvalitet i behandlingstilbud. Kommunene trenger folkehelsekompetanse i alle sektorer, særlig i tjenestene utenfor helsesektoren.

Vi har ikke funnet frem til forskningslitteratur som direkte viser at manglende kompetanse og sprikende forståelse for folkehelsearbeid og sosiale ulikheter bidrar til kompleksitet i kommunal planlegging, eller at det har betydning for hvordan en kommune utøver folkehelsearbeidet i praksis. Men vi har funnet en del litteratur som berører temaet og som viser at dette er en viktig påvirkningsfaktor.

Kompetanse, kunnskap og forståelse innen området folkehelse og sosiale helseulikheter har flere dimensjoner. Som nevnt over er strategisk planlegging egnet til å stimulere mobilisering, eller aktivisering og samling av folk for å fremme kollektive handlinger. Kunnskap om nåsituasjonen og kunnskap om trusler og muligheter i fremtiden kan bygge legitimitet og stimulere til kollektive handlinger. Denne kunnskapen må bli en allmenn oppfatning som danner grunnlaget for den kollektive viljen som igjen fører til kollektive handlinger for å nå felles mål (Amdam, 2011).

WHO sin publikasjon «Health literacy. The solid facts» satte helsekompetanse/helseferdighet på dagsorden i 2013. Rapporten setter fokus på paradokset når det gjelder helsevalg i vårt moderne kunnskapssamfunn. I økende grad utfordres befolkningen til å ta helsefremmende livsstilsvalg og håndtere den personlige/familiære reisen gjennom et komplekst samfunn og gjennom sammensatte helsesystemer, men befolkningen er ikke forberedt godt nok. Moderne samfunn fremmer i økende grad en ugunstig livsstil og det er utfordrende selv for de høyest utdannede gruppene å navigere i en sammensatt helsesektor. Samtidig har utdanningssektoren begrenset kompetanse når det gjelder å gi folk tilstrekkelige ferdigheter til å få tilgang til, forstå, vurdere og bruke helsekompetanse til å fremme sin egen helse (ibid.).

Rapporten viser til at nesten halvparten av alle voksne i åtte europeiske land har mangelfull helsekompetanse eller helseferdigheter, og det er ikke alle som innehar nødvendig forståelse for helsefremmende livsstilsvalg. Konsekvensen er mindre sunne valg, mer risikofylt helseatferd, dårligere helse og mer sykehusinnleggelse på befolkningsnivå. Og så vet vi at

alle disse konsekvensene også er sosialt skjevfordelt fordi dårlige helsevaner hoper seg opp blant grupper med lav sosioøkonomisk status. WHO anser helsekompetanse som en viktig helsedeterminant og viser til at forskning er i ferd med å gi en dypere forståelse av det store potensialet som slike ferdigheter kan ha med å forbedre og utjevne helse i befolkningen (ibid).

Helsedirektoratet sin rapport Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: behov for «samfunnskompetanse» i kurs og utdanningstilbud fra 2011 (IS-1931) synliggjør kompetansebehovet med hensikt å styrke folkehelsearbeidet. I startfasen av samhandlingsreformen var fokuset rettet mot helsetjenesten og tiltak for å komme tidlig inn i sykdomsforløp. Men etter påtrykk fra blant annet eksterne aktører og Stortinget, ble det bestemt at helsetjenesteperspektivet måtte suppleres med et samfunnsrettet og tverrsektorielt folkehelseperspektiv. Virkemidlet ble folkehelseloven. Argumentasjonen for vektlegging av påvirkningsperspektivet i rapporten er at det er helt nødvendig for å møte helseutfordringene tidligere, før de gjør seg utslag i sykdomsutvikling og beslaglegger kapasitet i helsetjenesten. Når et sykdomsperspektiv legges til grunn, vil fokuset i for stor grad rettes mot bestemte sykdommer eller helsetilstander. I rapporten hevdes det at iverksetting av samhandlingsreformen og videreutvikling av et robust folkehelsearbeid forutsetter styrking av kompetansen hos gjennomføringsaktørene av reformen. Stortinget understreket på dette tidspunktet at samhandlingsreformen ville forutsette en kompetansereform.

For å styrke det helsefremmende arbeidet utenfor helsetjenesten argumenteres det i rapporten for betydningen av økt kompetanse på områder som tradisjonelt har hatt mindre oppmerksomhet, nemlig folkehelsearbeid som samfunnsutvikling og temaer relatert til dette. I rapporten omtales dette kompetansebehovet som «samfunnskompetanse» som består av følgende elementer;

1. Kompetanse om helsetilstanden – utfordringsbildet
2. Kompetanse om folkehelsepolitikken
3. Kompetanse om sosiale (og fysiske) faktorer på helse
4. Kompetanse om utøvelse av helsefremmende og forebyggende arbeid – forvaltningsnivåer, aktører og prosesser
5. Kompetanse om utøvelse av helsefremmende og forebyggende arbeid – plan som virkemiddel
6. Kompetanse om utøvelse av helsefremmende og forebyggende arbeid – andre virkemidler

7. Kompetanse om organisasjon, samhandling og nettverk

Erfaringer fra eget arbeidsfelt som folkehelserådgiver i en mellomstor kommune tilsier at det i liten grad finnes ansatte i kommunene som innehar denne samlede «samfunnskompetansen».

6.1.2 SYKDOMSPERSPEKTIV I STEDET FOR PÅVIRKNINGSPERSPEKTIV

Den norske folkehelsepolitikken gir føringer for at folkehelsearbeidet skal dreie fokus fra et sykdoms- og levevaneperspektiv til et påvirkningsperspektiv med oppmerksomhet mot bakenforliggende faktorer som påvirker og skjevfordeler helsa i befolkningen.

Selv om det er ønskelig at folkehelsearbeidet dreies over til et påvirkningsperspektiv, særlig med hensyn til utjevning av helseforskjeller, viser NIBR-rapporten «Regionalt og lokalt folkehelsearbeid - Ressurser, organisering og koordinering» (Helgesen og Hofstad, 2012) at kommunenes folkehelsearbeid hovedsakelig fremstår som helseorientert. Dette både med hensyn til folkehelsekoordinators organisatoriske forankring med helsesjef eller kommuneoverlege som nærmeste leder, og at lave stillingsandeler ofte kombineres med brukerrettet arbeid knyttet til helse eller fysisk aktivitet. Rapporten viser at kommunene er i startgropa når det gjelder å dreie fokus over fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv der bakenforliggende faktorer med betydning for folks helse kommer tydeligere frem. Hovedsakelig rettes oppmerksomheten mot risikoreduserende tiltak, som for eksempel tiltak på levevaneområdet. Når det gjelder kunnskap om utfordringsbildet viser rapporten at kommunene fremhever levevanetemaer som de viktigste utfordringene (ibid.).

Rapporten peker i retning av at levekår ikke kommer høyt på den kommunale listen over prioriterte folkehelse tema. Samtidig er det ikke helt samsvar mellom hva kommunene oppfatter som utfordringer og hva som inngår i de strategiske prioriteringene de gjør angående folkehelse. Så samtidig med at man ser en at kommunalt folkehelsearbeid har en helseslagside, så får levevaner for mye oppmerksomhet i kommunene, mens levekår får mindre oppmerksomhet. Dette kan i følge rapporten ha sammenheng med at «profesjonaliseringen» av folkehelsearbeidet har foregått i en retning der fysisk aktivitet har stått sterkt (ibid.).

Denne NIBR-undersøkelsen ble gjort før folkehelseloven trådte i kraft i 2012, og vi tror at folkehelsearbeidet i kommunene generelt har et større fokus på påvirkningsfaktorer nå. Likevel tolker vi det slik at mange av de forholdene trukket frem i NIBR-rapporten dels kan

begrunnes med sprikende og manglende forståelse i kommunenes ulike sektorer om helseutvikling, utfordringer, hvordan bakenforliggende faktorer påvirker folkehelse og skaper helseforskjeller, samt tenkingen rundt moderne folkehelsearbeid der system- og samfunnsperspektivet står sentralt. Dette er forhold som vil bidra til å øke kompleksiteten i planlegging med formål å redusere sosialt skapte helseforskjeller.

6.1.3 OPPSPLITTING, SPESIALISERING OG MANGLENDE FORANKRING

I boken «Dugnadsånd og forsvarsverker» (2012) har D.I. Jakobsen skrevet et kapittel som blant annet beskriver hvilke forhold som påvirker samarbeid mellom organisasjoner. Jakobsen trekker frem at hovedtanken bak effektivitetsargumentet i blant annet offentlig sektor har vært at arbeidsdeling tillater spesialisering, det vil si at man kan konsentrere seg om et avgrenset område og dermed utføre arbeidet raskere og bedre enn om man driver med flere forskjellige oppgaver. Helhetlige arbeidsoppgaver splittes altså opp i deler, og dette gjelder også tjenesteproduksjon i kommunene. Samtidig hevder Jakobsen at oppsplitting av tjenester gjør at de enkelte delene blir sterkt avhengig av hverandre, nettopp fordi de inngår i en helhet. I tillegg til oppsplitting i kommunenes tjenesteproduksjon, har det skjedd en formalisering og spesialisering av utdanningene. Dette er både en følge av spesialiseringen, men også en forutsetning for at spesialiseringen skal bli effektiv (ibid.).

Jakobsen (2012) hevder at behovet for koordinering og grunnen til koordineringsproblemer nettopp ligger i oppsplitting og spesialisering av tjenester, og påvirkes av prosessene formalisering og spesialisert utdanning. Formalisering av deloppgaver eller institusjonaliseringsprosesser gjør også at man blir sektorforsvarere som tolker problemer på egne måter innenfor ulike sektorer. Man mister dermed evnen til å se helheten, og denne manglende evnen er tillært (ibid.). Vi er av den oppfatning at de forhold som Jakobsen trekker frem understøtter funn i NIBR-rapporten (Helgesen og Hofstad, 2012) og bidrar til større utfordringer i planleggingen.

Publikasjonen «Sosial ulikhet i helse – en gjennomgang» (Østfoldhelse 2013) har som formål å bistå kommuner i arbeidet med å utjevne sosiale helseulikheter ved å bidra med økt kunnskap om temaet, og gjennom dette vise virkemidler for kommunene. Etter våre vurderinger peker publikasjonen på flere forhold som vil påvirke kompleksiteten i kommunale planleggingssituasjoner på strategisk nivå. Publikasjonen trekker blant annet frem forankring hos administrativ og politisk ledelse, og forankring av sosial ulikhet i helse som tema i

plansystemet som viktig. Vi tolker det slik at planlegging vil bli mer utfordrende hvis de grunnleggende forutsetningene som omtales her ikke er på plass.

6.1.4 HALTENDE SAMORDNING MELLOM PLANVERK I KOMMUNEN

Utvikling av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet med utjevning av sosiale helseforskjeller som formål tilsier at det er nødvendig med en samordning av folkehelseiltak der alle berørte sektorer i kommunen er involvert. Følgelig vil dette kreve en helhetlig og samordnet planlegging i kommunene. Ulike sektorplaner berører hverandre og griper direkte inn i hverandre. Manglende samordning mellom planverk bidrar til at tjenestene blir fragmenterte, uoversiktlige og kompliserte. Og fragmenterte tjenester vil som nevnt bidra til at målet med reduksjon av sosial ulikhet blir mer vanskelig fordi man mister evnen til å tenke helhetlig.

Jacobsen (2012) beskriver at det oppstår gråsoner i kommunene når ingen har ansvar for en oppgave, eller hvis ansvaret for oppgaven er spredt eller uklart. Innenfor folkehelseområdet, herunder sosial ulikhet, finner vi mange slike gråsoner der ansvaret ligger til flere sektorer. Jacobsen beskriver at manglende ansvarsfordeling skyldes koordineringsproblemer og at arbeidsdelingen ikke er klar nok (ibid.).

En rapport fra Senter for omsorgsforskning (rapportserie 3/2013) vedrørende planlegging av omsorgstjenester uttrykker bekymring for sammenhengen mellom omsorgsplanlegging og mer overordnet økonomisk planlegging. De peker på en haltende samordning mellom omsorgsplanlegging, kommuneplan og økonomisk planlegging i kommunenes plansystem. Vi har beskrevet tidligere at folkehelsearbeidet oftest er organisert under enhet for helse i kommunene (Helgesen og Hofstad, 2012), og egne temaplaner for folkehelsearbeid vil naturlig nok bli tillagt den avdelingen i mange kommuner. Hvis man kan trekke paralleller mellom omsorgsplanlegging og folkehelseplanlegging vil ikke den ønskede helhetlige planleggingen være tilstede.

6.2 KOMPLEKSE UTFORDRINGER OG HENSIKTMESSIG PLANLENKING

For å belyse og drøfte hvilken planlenking som er hensiktsmessig når man skal planlegge for reduksjon i sosial helseulikhet, viser vi til innledning og teoridel der vi har pekt på at samfunnsplanlegging i vår tid preges av usikkerhet, komplekse samfunnsproblemer, fragmentering av offentlig sektor, samt uenigheter om mål og virkemidler mellom deltakende aktører.

Det tradisjonelle planfaget har i flere tiår funnet vitenskapelige og gode løsninger på mange «tamme» problemstillinger, men Rittel og Webber (1973) beskriver at jakten på det vitenskapelige for å konfrontere samfunnsproblemer med rot i sosialpolitikken er bundet til å mislykkes på grunn av naturen av disse problemene. De er «wicked problems (ibid.).

Et gjennomgående utgangspunkt for folkehelsearbeidet er at sosiale ulikheter i helse hovedsakelig skyldes forhold i og ved samfunnet. Selv om enkeltindivid også har et ansvar for egen helse, så er forutsetningene for å ta det ansvaret høyst ulike og sosialt skapt. Og så lenge skjevfordeling av befolkningens helse er et resultat av utviklingstrekk og politiske valg utenfor enkeltindividenes rekkevidde, så er det et samfunnsansvar å bidra til en jevnere fordeling av påvirkningsfaktorer. Gjennom ulike stortingsmeldinger, samhandlingsreformen og ny folkehelselov forsøker dagens folkehelsepolitikk å dreie fokuset over til et påvirkningsperspektiv, der utjevning av ulike faktorer som påvirker og skjevfordeler befolkningens helse står som et hovedmål. Iverksetting av nasjonal politikk krever i mange sammenhenger planlegging på lokalt nivå. I teoridelen har vi vist at interessen for planlegging er økende og styrket som redskap blant annet fordi dagens samfunn er preget av kompleksitet og oppsplitting i offentlig sektor.

Gjennom teoridelen av oppgaven har vi også vist at planlegging forankret i en kommunikativ rasjonalitet er egnet som metode når planlegging er verktøy for å møte komplekse utfordringer der det er mangel på kunnskap om sammenhenger mellom årsaksforhold og konsekvenser, når iverksetting av planer er avhengig av mange aktører, og når det mangler virkemidler for å oppnå mål (Aarsæther m.fl., 2012).

Hofstad (2012) drøfter blant annet hvorfor planlegging har blitt et viktig virkemiddel for å sikre koordinering og medvirkning, ikke minst i forhold til komplekse problemstillinger. Gjennom koordinering og medvirkning i løpet av planprosessen avveies ulike interesser og prioriteringer gjøres. Kommunikativ handling skaper mulighet for felles forståelse av sosiale problemer dersom den kommunikative prosessen inkluderer alle berørte interesser og perspektiver og hvis målet er en felles forståelse gjennom felles læring. Aktørene må da være gjensidig avhengige og alle stemmer må bli hørt. Mobilisering av kunnskap fra ulike grupper er nødvendig for å kunne håndtere komplekse problemer (ibid.).

Videre har vi gjennom teoridelen funnet at planlegging må stimulere til en kapasitetsbyggende og legitimerende prosess som gjør for eksempel kommunen som

planleggende enhet bedre skikket til å møte utfordringer mellom langsiktige mål og konkret handling. Det eksisterer et sterkt behov for å kombinere ovenfra-og-ned og nedenfra-og-opp-tilnærminger, både når det gjelder kapasitetsbygging og når det gjelder prosesser knyttet til legitimitet (Amdam, 2011).

I kapasitetsbyggende og legitimerende prosesser har vi i teoridelen synliggjort at det innenfor den kommunikative planleggingslogikken er bevissthet rundt 4 ulike dimensjoner ved den planleggende enhetens aktiviteter; institusjonell, strategisk, taktisk og operativ planlegging (Amdam, 2011).

I drøftingen videre har vi valgt å holde fokuset på den strategiske dimensjonen, fordi vi mener at det her er flere forhold som kan bidra til å øke eller redusere kompleksiteten for planleggingen. Strategisk planlegging vil dessuten legge føringer for den taktiske og operative planleggingen, og er vi av den oppfatning at dersom man klarer å redusere kompleksiteten på et overordna nivå, så vil dette ha positive effekter og forenkle planleggingen på nivåene under. Strategisk planlegging kommer i følge Amdam (2011) til syne når man tolker, drøfter og erkjenner viktige utviklingstrekk og utfordringer i samfunnsutviklingen, og på grunnlag av dette formulerer visjoner og innsatsområder. Den strategiske planleggingen har et langsiktig perspektiv, og målet er at innholdet kan stå uendret over tid. Selv om omgivelsene skifter, kan hovedutfordringene likevel være ganske stabile over tid. Vi mener derfor at strategisk planlegging egner seg som verktøy i kommunalt planarbeid når man står overfor vedvarende samfunnsproblemer som krever kollektive løsninger.

6.3 ELEMENT I GODE PLANPROSESSER NÅR MAN MØTER KOMPLEKSE UTFORDRINGER.

Vi avgrensner denne delen av oppgaven til å drøfte noen hovedelementer som vi mener bidrar til å redusere kompleksitet og fremme gode planprosesser, herunder kunnskap, kompetanse og forankring, samt samstyring, empowerment og prosessledelse.

6.3.1 KUNNSKAP, KOMPETANSE OG LEDELSESFORANKRING

Østfoldhelsa (2013) setter fokus på viktige forutsetninger for å sikre et helhetlig folkehelsearbeid i kommunene når målet er reduserte helseforskjeller. Tilførsel av kunnskap og kompetanse i kommunen om sosiale helseulikheter, holdninger og verdier forankret i kommunal ledelse samt målutforminger og oppfølging av måloppnåelse i lederevalueringer er

viktige forutsetninger for å sikre styring med helheten i arbeidet som kommunen må gjøre for å bidra til reduserte helseforskjeller. Dette er også elementer som etter våre vurderinger vil være avgjørende virkemidler for å bidra til gode planprosesser på strategisk nivå.

Et annet virkemiddel som vi mener vil ha betydning for gode planprosesser på strategisk nivå er at kommunene gjør systematiske vurderinger av andre tiltak i forhold til målsetninger om å utjevne sosiale ulikheter i helse. Videre at kommunene utvikler lederroller ved økt kunnskap om sosiale helseforskjeller, utvikler systemer for medvirkning og deltakelse fra utsatte grupper, og at kommunene utvikler samarbeid med næringsliv og frivillige sektor.

Økt bevissthet om hvordan deloppgaver i kommunene henger sammen vil danne kunnskap om den enkeltes plass i helheten, og vil bidra til at man klarer å skape en felles forståelse (Jacobsen, 2012). Vi har tidligere beskrevet at sosial ulikhet har flere årsakssammenhenger og det er mange faktorer som spiller inn. Vi mener at en felles forståelse og et godt kunnskapsgrunnlag om årsakssammenhenger om sosiale ulikheter kan bidra til å se sammenhengene mellom oppgaver i de ulike sektorene, og hvilke konsekvenser de får for hverandre. Man trenger derfor en god oversikt for å legge til rette for gode planprosesser og gjennomføring av effektive tiltak i kommunen som helhet.

I teoridelen har vi også funnet at inkrementalisme, Lindblom sin strategi for samfunnsplanlegging der situasjonen og problemløsning er preget av stor usikkerhet vil egne seg når planlegging skal brukes som verktøy for å møte komplekse samfunnsutfordringer. Tenkemåten med blant annet inkrementalisme er at man forsøker å tilnærme seg komplekse planleggingssituasjoner ved å forenkle og ta små skritt. Store og fundamentale forandringer kan lett provosere frem konflikter og interessekamper og øke kompleksiteten, men en trinnvis gjennomføring av planer, politikk og forandringer aksepteres lettere og vil etter våre vurderinger være et viktig element for å redusere kompleksiteten i planprosesser.

Amdam og Veggeland (2011) belyser ulike teorier om samfunnsplanlegging ved liten kompleksitet, selv om det i utgangspunktet er få samfunnsmessige utfordringer som kan karakteriseres som lite komplekse. Tanken er at kompleksiteten kan reduseres gjennom omformulering og bearbeiding, og at man slik kan bruke metoder som forutsetter liten kompleksitet i selve problemløsningen. Et gjennomgående trekk er at planleggingssituasjoner er delt opp i minst to faser. I den første fasen forsøker problemeiere i fellesskap å definere felles mål. I praksis vil det si at de søker å bli enige om hvordan situasjonen faktisk er, og

hvilke strategier som bør velges. I offentlig planlegging blir dette som regel definert som en politisk oppgave. I neste fase planlegges konkrete handlinger og styringsprinsipper for gjennomføring av disse. Det blir altså definert som en faglig oppgave og overlates til administrasjonen (ibid.).

Ut fra et kompleksitetsperspektiv er målet med den første fasen å oppnå enighet ved omformulering og bearbeiding, med formål om å gjøre planleggingen enklere. I det praktiske folkehelsearbeidet på kommunenivå, kan vi her trekke paralleller til arbeidet med den lovpålagte oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, samt identifisering av de viktigste folkehelseutfordringene. Man blir enige om hvordan situasjonen faktisk er. Dette kunnskapsgrunnlaget skal legges til grunn for arbeidet med planstrategien som forelegges politisk behandling senest ett år etter at kommunestyret er konstituert. Vi anser arbeidet med kunnskapsgrunnlaget og politisk behandling av planstrategien som viktige elementer for å redusere kompleksiteten i kommunens strategiske planprosesser der sosiale helseulikheter er gjennomgående perspektiv. Vi mener at det er systematikken i det lovpålagte folkehelsearbeidet som vil redusere kompleksiteten i planprosesser gjennom økt felles forståelse av nå-situasjon og utfordringer samt planforankring og mobilisering. Forutsetningen er at sosiale helseulikheter er tilstrekkelig synliggjort i nevnte dokumenter.

6.3.2 SAMSTYRING SOM VIRKEMIDDEL.

I teoridelen har vi løftet frem governance som en styringsmåte. I dette kapitlet skal vi drøfte hvorfor ulike samarbeidsformer relatert til governance kan bidra til å redusere kompleksiteten i planprosesser der sosial helseulikheter er tema.

Kompleksitet og sammensatte oppgaver i offentlig sektor gjør at man blir mer og mer avhengig av et mer helhetlig perspektiv. Jacobsen (2012) beskriver velferdsstaten som store og formelle organisasjoner og komplekse oppgaver blir delt opp. Dette blir gjort slik at den enkelte deloppgave blir håndterbar. Problemet med denne oppsplittingen er at man fort kan miste helhetsperspektivet (ibid.).

Nye styringsoppgaver, sammen med NPM reformer i offentlig sektor har forsterket behovet for samordning mellom ulike aktører som deltar i utformingen av offentlig politikk. Kjernen i debatten er at flere aktører, større kompleksitet og oppgaver som overskrider administrative grenser krever en ny tilnærming (Zeiner og Hanssen, 2012)

Governance, eller samstyring, er blant annet et virkemiddel for å håndtere usikkerheten knyttet til komplekse problemer. Hofstad (2012) beskriver i sin avhandling at begrepet governace (norsk oversettelse til samstyring) har et bredere innhold enn government, som er valgte organers politiske styring. Begrepet governace tar innover seg politisk styring av en miks med ulike aktørers styringsinnsats, herunder offentlige myndigheter, private aktører og sivilsamfunnsaktører (ibid).

Nettverksrelasjoner, partnerskapsløsninger og offentlig-privat samarbeid er eksempler på samstyring i praksis. Store samfunnsendringer spiller en rolle for endrede planleggingsmåter, og mer komplekse forhold og interessemotsetninger resulterer i en økende avhengighet av nettverk for å realisere planverk.

Hofstad (2012) beskriver i sin avhandling at det finnes ingen autoritativ kilde som sitter med den objektive løsningen på komplekse problemer. Det betyr at mange aktører kan mene eller besitte på deler av løsningen. En kan heller aldri være sikker på at de foreslåtte løsningene er uttømmende. Denne strategiske usikkerheten bidrar derfor til det man kan kalle demokratisering av kunnskap der ingen kan pårope seg å være eksperter (ibid).

Nettverksstyring kan derfor redusere strategisk usikkerhet ved å inkludere relevante interesser i nettverket som øker kunnskapsgrunnlaget for håndtering av komplekse problemer.

For å demme opp for det en kan kalle institusjonell usikkerhet beskriver Hofstad (2012) at det vil være behov for samarbeid mellom ulike profesjoner og samfunnssektorer. En gjentakende interaksjon mellom aktørene vil skape en felles forståelse av gitt problem og mulige løsninger kan tre tydeligere frem (ibid.). I en oppstartsfase i planleggingen vil det derfor være viktig å kartlegge de interessenter som finnes i området en planlegger.

Særlig i forhold til komplekse utfordringer som sosial ulikhet representerer, har vi belyst at ingen enkelt aktør har tilstrekkelig kunnskap og informasjon til å kunne løse problemet, ingen har god nok oversikt over problemet til å utforme nødvendige virkemidler og ingen av aktørene har tilstrekkelig handlingsrom til å kunne håndtere problemet alene. Snarere er en avhengig av at flere drar i samme retning. Vi er av den oppfatning at gjennom å etablere mer eller mindre formaliserte former for samarbeid så kan kommunene legge til rette for felles innsats. Partnerskapet vil imidlertid ha en fordel framfor for eksempel prosjektorganisering, som også er framtrædende i folkehelsearbeidet, fordi det kan sikre kontinuitet, likeverd mellom parter og avklare roller og forventinger til deltakerne. Arbeidet med å redusere sosial

ulikhet må bygges opp gjennom forebyggende innsats i flere sektorer. Den viktigste utfordringen er å skape eierskap til forståelsen om at dette er et tverrsektorielt ansvar.

En rapport fra Folkehelseinstituttet (2009) beskriver at mye tyder på at det ikke er noen få enkelttiltak som kan bidra til å utjevne sosiale ulikhet i helse. Hver faktor har forholdsvis beskjeden betydning. Komplekse problemer vil da kreve felles handling fra ulike aktører – på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivå, og på tvers av skillet mellom offentlig og privat (ibid.). Den tverrsektorielle karakteren til folkehelsearbeidet ivaretas da med samarbeid innad i en kommunes eller fylkeskommunes politiske og administrative institusjoner. For å skape en koordinert innsats kreves det bevisste strategier. Aktører i regional og kommunal planlegging, og private og frivillige aktører sitter med kunnskap og ressurser av betydning for å styrke de sosiale og materielle ressursene (Helgesen og Hofstad, 2012).

En av de viktigste grunnene til at planlegging ikke lykkes i sitt gjennomføringsansvar er at det er andre i kommunen som skal gjennomføre tiltakene enn planleggeren, og at eierforholdet til tiltakene ikke er tilstede. Nettverk vil da bidra til en større plattform ved at flere aktører spiller på lag med en.

Flere deltakere kan åpne for mindre fastlåste og mer kreative løsningsforslag. Like viktig er det imidlertid at aktørene som besitter nødvendige ressurser for å gjennomføre et vedtak, får være med å forme vedtaket. Gjennom å invitere sentrale aktører til å delta i beslutningsprosessen kan man sikre deres oppslutning rundt prosessens utfall, og dermed at vedtaket blir iverksatt. (Zeiner og Hanssen, 2012)

Den kommunikative planleggingen har egenskaper som skiller seg fra tradisjonell planlegging ved at den både forutsetter og gir anledning til bred deltakelse. Alle som er interessert i å påvirke arbeidet eller som berøres av planarbeidet skal få anledning til å delta i prosessen. Komplekse problemer løses best gjennom samarbeid mellom berørte aktører. Vi mener at slike former for samarbeid vil bidra til å redusere kompleksiteten og gjøre planprosessen mer effektiv. Oppgaven med å redusere sosial ulikhet utfordrer kommunene i et tverrsektorielt samarbeid, og oppgaver må prioriteres ut fra felles mål og i respekt for hverandres fagfelt.

6.3.3 EMPOWERMENT OG PROSESSLEDELSE

Det er tidligere i oppgaven belyst at helse, utdanning, arbeid og levekår er relatert til hverandre, og at sosial utjevning må involvere flere sektorer i kommunen. Vi har også

beskrevet at det finnes systematiske helseforskjeller mellom sosiale klasser og disse finner vi både på individnivå og strukturnivå. Innsatsen for å redusere sosial ulikhet må rettes mot flere områder.

Hofstad (2012) beskriver i sin avhandling at folkehelse er noen av samtidens mest utfordrende samfunnsmessige mål. Dette på grunn av dens grunnleggende trekk som er av en sektorovergripende karakter. Koordinering på tvers av sektorer blir en hovedutfordring. Som et viktig koordineringsverktøy ses planlegging i stadig større grad som virkemiddel for å fremme folkehelse. Planlegging skal fylle ambisjoner med innhold gjennom fordeling av ressurser, prioritering av oppgaver og gjennomføring av tiltak. Samtidig skal planlegging initiere planer basert på lokale behov, og fungere som lokaldemokratisk virkemiddel ved å sørge for medvirkning (ibid.).

Det å legge til rette for tverrsektorielt samarbeid og medvirkning fra sektorene vil da være viktig for å oppfylle målet med reduksjon av sosial ulikhet. Vi kan fra teoridelen lese at samarbeid vil stimulere til økt fellesskap og at medvirkning kan føre til ny kunnskap. For å få dette til å fungere i praksis må det organisatorisk legges til rette for samarbeid mellom sektorene, og det må opprettes arenaer for samarbeid. Men ofte er ikke kommunens egen kompetanse nok til å få oversikt over utfordringen, og det vil da være viktig å trekke inn kunnskap fra interesseorganisasjoner og andre. Det å lokalisere kilden til problemet er avgjørende for hvilken løsning man bør velge (Hofstad, 2012). Det sentrale vil da være å klarlegge hvilke behov innbyggerne har og finne en måte å tilfredsstille disse behovene på. Østfoldhelsa (2013) beskriver at medvirkning er et viktig prinsipp i arbeidet med å redusere helseforskjeller, og vi er av den oppfatning at medvirkning vil redusere kompleksitet i strategiske planleggingsprosesser.

Empowerment som strategi i folkehelsearbeidet gjør at folk ut fra egen situasjon blir i stand til å definere egne problemer og finne egne løsninger i fellesskap med andre. Amdam (2011) beskriver at gjennom en slik prosess finner man løsninger i fellesskap med planleggeren. Det å fremme deltagelse og styrke følelsen av tilhørighet i lokalsamfunnets sosiale nettverk, og ved en tro hos folk på at de kan kontrollere sin egen verden vil empowerment lede til sosial og miljømessig endring (NOU 1998:18). Dette er i tråd med Antonovskys teori om salutogenese som viser til at det å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende vil ha en helsefremmende effekt. Vi er av den oppfatning at her handler empowerment om å mobilisere folks egne krefter slik at dette kan medvirke til å redusere sosial ulikhet. Et av de grepene er å

skape et mer inkluderende samfunn og forebygge sosial ulikhet ved å gi sosial utsatte grupper innflytelse på tiltakssiden.

Sosial ulikhet som utfordring er kompleks (wicked problems) og det ene problemet griper inn i det andre. Løsningen på utfordringen er oftest ikke rett eller galt og som regel er det flere parter som har svaret på løsningen. I tillegg er ethvert problem unikt og det er ingen sett av tiltak som har effekt på alle. Det at problemet er vanskelig å identifisere vil styrke påstanden om at planlegging for å redusere sosial ulikhet, som er både sammensatt og komplekst, krever et bredt kunnskapsgrunnlag og gode medvirkningsprosesser fra de utsatte gruppene.

Det viktige her vil være at brukerne selv definerer hva som er årsaken og hvilke tiltak det skal arbeides med. Det er brukerne som er eksperter på eget liv. Brukerne vil utvide kunnskapsgrunnlaget i beslutninger som tas av fagfolk. I tillegg kan man med gode prosesser oppnå felles virkelighetsforståelse om hvor en vil og hva som kreves for å komme dit.

En utfordring med å aktivisere sårbare målgrupper vil være at deltakelsen i prosessen kan skape forventninger om at man kan påvirke planen i større grad enn realiteten tilsier. Frivillige organisasjoner og enkeltpersoner vil ha sine særinteresser som må avveies i forhold til ulike interesser for kommunen som helhet. Felles mål og ansvarsfordeling vil derfor være viktig å avklare i arbeidet med realisering av planen.

7. OPPSUMMERING

Utjevning av sosiale helseforskjeller er et av hovedmålene i folkehelsearbeidet og en oppgave for alle sektorer i kommunene. Et grunnleggende trekk i utfordringen med å redusere sosiale helseforskjeller er at problemet har mange og uklare årsakssammenhenger, og det finnes ingen entydige svar på hvordan dette kan løses. Sosiale ulikheter i helse er et komplekst folkehelse- og samfunnsproblem, og kan betegnes som «wicked problem».

Gjennom arbeidet med denne prosjektoppgaven har vi avgrenset oss til å drøfte hvordan kommunene som organisasjon kan bruke planlegging som verktøy for å bidra til reduserte helseforskjeller. Vi har sett nærmere på strategisk planlegging og hvilke forhold som påvirker kompleksiteten i planprosessene. I teoridelen har vi sett nærmere på metoder og modeller som belyser kompleksitet i planleggingsprosesser. I drøftingsdelen har vi konkludert med at

kommunikativ planlegging på et strategisk nivå er egnet som verktøy for å stimulere mobilisering.

I tillegg har vi gjennom oppgaven synliggjort og drøftet flere faktorer og forhold som påvirker planprosessene i et kompleksitetsperspektiv. Forankring og et gjensidig og balansert forhold mellom legitimitet som kommer ovenfra i styringsverket og legitimitet man oppnår gjennom mobilisering nedenfra er en viktig påvirkningsfaktor for denne typen planprosesser. Vi har synliggjort at fragmentering og oppsplitting i offentlig sektor påvirker evnen til helhetstenking, og at komplekse forhold og interessemotsetninger resulterer i økende avhengighet av utradisjonelle tilnærminger, og evne til samstyring og nettverkstenking for å realisere planverk. Samstyring er egnet for å fange opp den tverrsektorielle karakteren i folkehelsearbeidet, fordi ingen enkeltaktører har tilstrekkelig kunnskap og informasjon til å løse utfordringene. Det bør derfor legges til rette for samarbeid mellom kommunale sektorer, frivillige aktører og næringsliv. Ikke minst er det viktig å få inn kunnskap, erfaring og synspunkt fra de dette angår aller mest, nemlig de levekårsutsatte gruppene.

Viktigheten av koordinering og at flere drar lasset i samme retning gjør at planlegging anses som et viktig virkemiddel for å fremme og utjevne helsen i befolkningen. Tilrettelegging for en planprosess som gir mulighet til å utvikle felles forståelse og bred deltakelse er viktige forutsetninger.

Rapporten «Sosial ulikhet i helse, en kunnskapsoversikt» som Sosialforsk publiserte i 2014 slår fast at for å gjøre noe med et problem, må en først forstå det. De sosiale helseulikhetene i Norge er folkehelsens slagside, og handler i stor grad om fordelingspolitikk. Vi vet at problemet er komplekst, og at det er vanskelig å forstå og gripe kompleksiteten. I rapporten legges det vekt på at faglige perspektiver må ligge til grunn for utforming av virkningsfull politikk.

Vi kommer ikke utenom det faktum at kompetanse, kunnskap og felles forståelse er helt avgjørende nøkkelfaktorer for at planlegging som verktøy skal hjelpe kommunene i arbeidet med å bidra til reduserte helseulikheter. Vi mener at kompetanse, kunnskap og forståelse av årsakssammenhenger, konsekvenser og kompleksitet knyttet sosiale helseforskjeller er de viktigste forutsetningene for god planlegging, mobilisering, deltakelse og for å iverksette et treffsikkert og tverrsektorielt folkehelsearbeid.

Samtidig viser egen arbeidserfaring som folkehelserådgiver i en mellomstor kommune at det generelt er sprikende og til dels manglende forståelse i kommunens ulike sektorer om helseutvikling, folkehelseutfordringer, hvordan bakenforliggende faktorer påvirker folkehelsen og skaper helseforskjeller, samt tenkningen rundt moderne folkehelsearbeid der system- og samfunnsperspektivet er sentralt. Kommunene trenger folkehelsekompetanse i alle sektorer, men de fleste yrkesgruppene i kommunene er ikke opplært til å tenke folkehelsearbeid gjennom sine utdanninger. Folkehelsemeldingen (Meld. St. 34, 2012-2013) tydeliggjorde at det er en viktig statlig oppgave overfor kommunesektoren å bidra til å styrke kompetanse og kunnskap om folkehelsearbeid, og at dette er en forutsetning hvis folkehelseloven skal virke etter forutsetningene.

Det er til nå etablert flere egne studietilbud og kurs innen folkehelsearbeid, folkehelsevitenskap og helse i planarbeidet. I tillegg styrker Kunnskapsdepartementet folkehelseperspektivet i helse- og sosialfagutdanningene. Men vi mener at kompleksiteten i folkehelsearbeidet medfører at Kunnskapsdepartementet må styrke arbeidet for å sikre tverrsektoriell kompetanse på alle forvaltningsnivå om folkehelsearbeid. Innsikt i utfordringen som sosial ulikhet representer er sentralt og dette gjelder for alle sektorer i kommunene. Vil det da være tilstrekkelig å styrke folkehelseperspektivet i helse- og sosialfagutdanningene? Når kompetanse og felles forståelse er en så viktig forutsetning og en nøkkelfaktor for folkehelsearbeidet for å redusere sosialt skapte helseforskjeller, mener vi det er grunnlag for å stille spørsmål om ikke denne kompetansen må implementeres inn i alle høyere utdanninger.

LITTERATURLISTE

1. Antonovsky, A. 2004. Helbredets mysterium. At tale stress og forblive rask. København: Hans Reitzels Forlag.
2. Amdam, R. 2011. Kommuneplanleggingens institusjonelle legitimitet. I: Higdem, U. mfl., Plan og politikk. Oslo: 1
3. Amdam, J. og Veggeland, N., 2011. Teorier om samfunnsstyring og planlegging. Oslo: Universitetsforlaget.
4. Amdam, R., 2011. Planlegging og prosessleing. Oslo: Det Norske Samlaget
5. Dahl, E, Bergsli, H og Van der Wel, K.A., 2014. Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag/sosial forsk
6. Fugelli, P. og Ingstad. B, 2009. Helse på norsk, Oslo: Universitetsforlaget
7. Helsedirektoratet, 2005. Gradientutfordringen, Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, IS-1229
8. Helsedirektoratet, 2006. Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredninger, IS-1305
9. Helsedirektoratet, 2009. Årlig rapport om arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller
10. Helsedirektoratet 2011. Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: behov for «samfunnskompetanse» i kurs og utdanningstilbud (IS-1931)
11. Helsedirektoratet, 2013. God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, IS- 2110
12. Helse og omsorgsdepartementet, NOU 1998:18, 1997. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene
13. Hofstad, H., 2012. Håndtering av «wicked problems» i kommunal planlegging, NIBR
14. Helgesen, M., Hofstad, H., 2012. Regionalt og lokalt folkehelsearbeid, NIBR
15. Jacobsen, D. I., 2012. Hvorfor er samarbeid så vanskelig? I Repstad, P. Dugnadsånd og forsvarsverker. Oslo: Universitetsforlaget
16. Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar
17. Mæland, J. G., 2010. Forebyggende helsearbeid; folkehelsearbeid i teori og praksis, Oslo: Universitetsforlaget.
18. Rittel, H.W.J., Webber, M.M., 1973. Dilemmas in a General Theory of Planning, Elsevier Scientific Publishing Company, Inc., Amsterdam.

19. Senter for omsorgsforskning (rapportserie 3/2013)
20. St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller
21. Zeiner, H. og Hanssen, G. S., 2012. Demokrati, styring og planlegging, Funn fra forskningen 2005-2010, Forskningsrådet
22. Østfoldhelsa, 2013. «Sosial ulikhet i helse – en gjennomgang»
23. WHO «Health literacy. The solid facts», 2013