

***Ett vet vi – vi må løfte i flokk.***

***Gjør vi det, er seieren sikker!***



Lena Bjørge Waage, Anne Mette Liavaag og Anniken Remseth

Prosjektoppgåve, Helse og omsorg i plan

Høgskulen i Volda, våren 2014

## Innhold

Innledning.....	4
Bakgrunn .....	5
NCD-alliansen .....	6
Diabetesforbundet .....	7
Nasjonalforeningen for folkehelsen .....	7
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke .....	7
Kreftforeningen .....	7
Teori.....	7
Medvirkning i legitimerende og kapasitetsbyggende planlegging.....	7
Grad av medvirkning .....	8
Manipulering .....	8
Terapi.....	9
Informering.....	9
Konsultasjon .....	9
Plassering.....	9
Partnerskap .....	10
Delegert makt.....	10
Borgerkontroll .....	10
Begrensing av typologien .....	10
Legitimitet .....	11
Legitimerende og kapasitetsbyggende planlegging .....	13
Institusjonell planlegging og legal legitimitet.....	14
Strategisk planlegging og normativ legitimitet .....	14
Taktisk planlegging og kognitiv legitimitet .....	14
Operativ planlegging og regulativ legitimitet.....	14

Læring .....	14
Metode .....	15
Informanter .....	15
Intervjuguide .....	15
Gjennomføring .....	16
Metoderefleksjon .....	16
Empiri .....	16
Bakgrunnen for utarbeidelsen av strategien.....	17
Involvering i utarbeidelsen.....	18
Ivaretagelse av de ulike sykdommene .....	19
Oppfølging .....	19
Strategiens betydning .....	20
Analyse .....	20
Grad av medvirkning .....	20
Legitimitet .....	22
«Løfte i flokk» .....	22
Ulike roller – felles mål.....	23
Mobilisering for politisk innflytelse.....	24
Medvirkning og dialog.....	25
Politisk vilje? .....	29
Oppsummering.....	30
Avslutning.....	32
Vedlegg.....	33
Vedlegg 1, intervjuguide.....	33
Referanser .....	34

## Innledning

I denne oppgaven ønsker vi å sette vi fokus på betydningen de frivillige organisasjonene hadde i prosessen med å utforme NCD<sup>1</sup>-strategien som den rødgrønne regjeringen lanserte høsten 2013. Strategien skal bidra til å møte de enorme utfordringene knyttet til NCD-sykdommene som medfører lidelse for mange og betydelige utgifter for samfunnet.

Det er godt dokumentert at sentrale risikofaktorer for alle NCD-sykdommene er tobakk, usunt kosthold, fysisk inaktivitet og skadelig bruk av alkohol. Stadig flere blir syke og dør som en følge av disse sykdommene, og regjeringen ønsker en kollektiv og offensiv satsing på forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering der arbeidet skal gjøres på tvers av sektorer og forvaltningsnivå, og gjennom samarbeid mellom offentlig, privat og frivillig sektor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Frivillig sektor blir trukket fram som viktige bidragsyttere og premissleverandører både når det gjelder forebygging og forbedring av helsetjenester. I arbeidet med NCD-strategien ble Nasjonalforeningen for folkehelsen, Kreftforeningen, Diabetesforbundet og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke invitert til å medvirke i prosessen med å utforme strategien. I pressemeldingen fra Helse og omsorgsdepartementet (2013) står det;

*«Strategien er utarbeidet i tett dialog med de fire store pasientorganisasjonene som utgjør NCD-alliansen; Diabetesforbundet, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, Kreftforeningen og Nasjonalforeningen for folkehelsen. Arbeidet skal følges opp sammen med disse organisasjonene.»*

Organisasjonene i NCD-alliansen er sammen og hver for seg sentrale aktører innen folkehelsearbeid. De innehar både brukerkompetanse og fagkompetanse knyttet til sykdommer som omtales som framtidens folkehelseutfordring. Det er grunn til å tro at myndighetenes intensjon med å trekke NCD-alliansen inn i arbeidet med strategien var å utarbeide en strategi basert på aksept, tillit og legitimitet, slik at den skulle bli sikret solid forankring og bli et viktig bidrag i det nasjonale folkehelsearbeidet.

I denne oppgaven ønsker vi å se nærmere på prosessen for utarbeidelse av NCD-strategien og hvordan NCD-alliansen var involvert. Vi har tatt utgangspunkt i følgende problemstilling;

---

<sup>1</sup> NCD er en forkortelse for Noncommunicable Chronic Diseases, ikke smittsomme sykdommer på norsk. Sykdommene er hjerte- og karsykdommer, diabetes, kroniske lungesykdommer og kreft.

*”I hvilken grad er NCD-strategien basert på medvirkning fra brukerorganisasjonene, og hvordan påvirker medvirkningen legitimiteten til NCD-strategien?”*

Som teoretisk grunnlag for oppgaven bruker vi Arnsteins medvirkningsstige (1969) og Amdams (2005,2011) teorier om legitimerende og kapasitetsbyggende planlegging.

Arnstein (1969) setter spørsmålstegn ved begrepene medvirkning og deltakelse. I hvilken grad medvirkningen fører til handling, eller om det inviteres til deltakelse av en mer symbolsk verdi er et sentralt spørsmål når man skal evaluere medvirkningsprosesser.

Amdam (2005,2011) beskriver planlegging som handling og kunnskap integrert, og argumenterer for at bærekraftig planlegging skapes gjennom åpne, humane og demokratiske prosesser. Folket skal avgjøre hva som er nødvendige og ønskede kollektive inngrep for å fremme eller hemme samfunnsutvikling og få satt viktige saker på den politiske dagsorden, organisere et gjennomføringsapparat, iverksette tiltak og lære av resultatene.

## Bakgrunn

Våren 2013 la daværende helseminister Jonas Gahr Støre fram «*Folkehelsemeldingen: God helse-felles ansvar*» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Folkehelsemeldingen gir en beskrivelse av helsen i den norske befolkningen og hvilke faktorer som påvirker denne. Regjeringen tok til orde for en mobilisering for å bekjempe helseforskjeller og gi alle like muligheter. Daværende helseminister Jonas Gahr Støre understreket dette ved å si følgende ved fremleggingen av meldingen:

*«Vi må forebygge sykdom og fremme helse i alle sektorer i samfunnet. Det er hver enkelts ansvar. Og det er et felles ansvar» (Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre, 2013).*

Det norske folk har generelt god helse. Vi er generelt sett friskere enn våre forfedre, og vi lever lengre. Mye av dette kan forklares gjennom velferdsstatens arbeid for å fremme helse og forebygge sykdom. Lover, regler, reformer, folkeopplysning og kunnskapsdeling sammen med et helsetjenestetilbud preget av høy kvalitet, har vært sentralt i det helsepolitiske arbeidet. Nå må vi ruste oss for nye utfordringer. Både Norge og resten av verden står overfor økt forekomst av sykdommer som i stor grad er knyttet til sosioøkonomisk status, kosthold, og fysisk aktivitet. I dag er det kreft, hjerte- og karsykdommer, lungesykdommer, psykiske plager og lidelser, muskel- og skjelettsykdommer og andre smertetilstander som har størst betydning for befolkningens helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Med påvirkning fra den internasjonale NCD- alliansen satt WHO utfordringer knyttet til forekomst og vekst av de fire ikke smittsomme sykdommene på dagsorden. I april 2011 ble det første ministermøtet om «Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control» arrangert og «Moskvadeklarasjonen» ble vedtatt (WHO, 2011).

I september samme år ble det for første gang i historien holdt et eget FN- toppmøte om ikke smittsomme sykdommer, og på WHO's generalforsamling i mai 2013 ble det vedtatt en internasjonal konvensjon der landene forpliktet seg til å støtte opp om den globale målsetningen om å redusere for tidlig død av NCD-sykdommene (hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft) med 25 % innen 2025. Det ble identifisert fire overordnede indikatorer og mål for å lykkes; forekomsten av høyt blodtrykk skal reduseres med 25 %, tobakksforbruket og saltinntaket skal reduseres med 30 % og andelen som er fysisk inaktive skal reduseres med 10 % (WHO, 2013).

Helseminister Jonas Gahr Støre deltok på FN-toppmøtet, og tok raskt initiativ til et arbeid i Norge for følge opp de globale målsettingene. Høsten 2013 la Helse- og omsorgsdepartementet, som det første landet i verden, fram en felles NCD- strategi for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Forordet til strategien har følgende overskrift:

*”Ett vet vi – vi må løfte i flokk. Gjør vi det, er seieren sikker!”*

Støre siterer her Klaus Hanssen, lege og formann i Nasjonalforeningen mot tuberkulosen rundt 1900. Med sitatet understreker Støre at arbeidet må gjøres på tvers av sektorer og forvaltningsnivå og gjennom samarbeid mellom offentlig, privat og frivillig sektor.

## **NCD-alliansen**

NCD-alliansen består av Landsforeningen for Hjerte- og lungesyke, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Kreftforeningen og Diabetesforbundet. Den ble etablert i 2008 etter initiativ fra Diabetesforbundet. Samtidig som den norske alliansen ble etablert ble det også en internasjonal NCD-allianse etter initiativ fra det internasjonale diabetesforbundet (Diabetesforbundet, intervju, 24.januar, 2014).

Formålet med alliansen var blant annet å skape fokus rundt de helsemessige, utviklingsrelaterte og økonomiske konsekvensene av NCD-sykdommene og påvirke norske myndigheter til å bremse

veksten av NCD-sykdommer og sikre at alle som lever med en eller flere ikke-smittsomme sykdommer får god behandling (Diabetesforbundet, 2011).

### **Diabetesforbundet**

Diabetesforbundet ble etablert i 1948 og er en uavhengig interesseorganisasjon for mennesker med diabetes eller som er interessert i sykdommen. Diabetesforbundet har omlag 40 000 medlemmer og jobber for at personer med diabetes ikke skal få sitt liv forkortet eller sin livskvalitet redusert på grunn av sin sykdom, og for å stimulere til forskning slik at diabetes og dens komplikasjoner i fremtiden kan forebygges og helbredes (Diabetesforbundet, 2013).

### **Nasjonalforeningen for folkehelsen**

Nasjonalforeningen for folkehelsen ble stiftet i 1910 og er en frivillig organisasjon som arbeider med helseinformasjon, forebyggende tiltak, helsepolitisk arbeid og gir store bidrag til forskning. Organisasjonen har som mål at alle skal ha mulighet til god helse og trivsel, hele livet (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2013).

### **Landsforeningen for hjerte- og lungesyke**

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke ble etablert i 1943 og er en landsomfattende interesseorganisasjon med 44 000 medlemmer som ivaretar interessene til hjerte- og lungesyke og deres pårørende. Organisasjonen driver egne klinikker, rehabiliteringsinstitusjoner og en videregående skole for voksne (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2014).

### **Kreftforeningen**

Kreftforeningen ble opprettet i 1938 og er en landsdekkende organisasjon for frivillig kreftarbeid. Kreftforeningen har om lag 111 000 medlemmer og jobber for at færre skal få kreft, at flere skal overleve kreft og best mulig livskvalitet for kreftrammede og pårørende. Kreftforeningen finansierer kreftforskning, tilbyr samtaler og kurs til kreftpasienter og pårørende, jobber helsepolitisk og med forebyggende aktiviteter (Kreftforeningen, 2014).

## **Teori**

### **Medvirkning i legitimerende og kapasitetsbyggende planlegging**

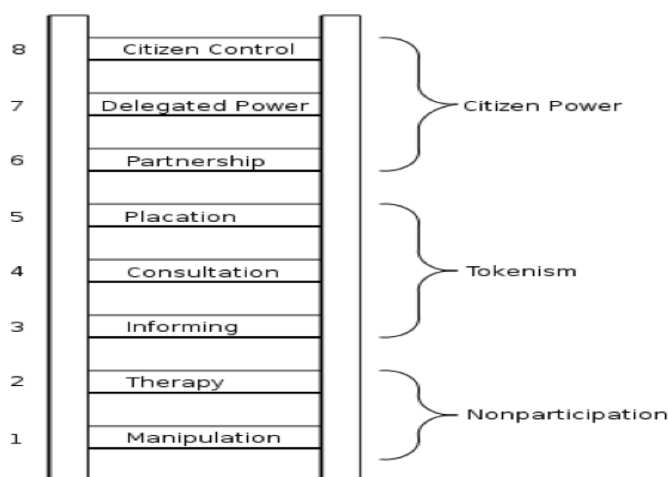
Som pådrivere og medvirkere i viktige samfunnsspørsmål er frivillige organisasjonene viktige bidragsytere både for å bedre kvaliteten på tjenester, og spille rollen som "vaktbikkje" for å styrke legitimiteten overfor viktige politiske spørsmål (Bergem, 2014). I et demokratisk perspektiv argumenterer Bergem (2014) ved å vise til Rudin og Pennington at politikk som legger til rette for medvirkning av et bredt spekter av aktører antas å føre til en større grad av tilslutning rundt det som

planlegges. Derimot vil graden av medvirkningen og om den er reell gjenspeiles i aksepten og legitimiteten til planlegger, prosessen og de ferdige plandokumentene (Amdam, 2005).

### Grad av medvirkning

I artikkelen «*A Ladder of Citizen Participation*» (1969) presenterer Sherry R. Arnstein en stige med åtte trinn der hun klassifiserer ulike nivåer av medvirkning fra manipulering uten reell deltakelse nederst, til full innbyggerkontroll på toppen. Hvert av nivåene sier noe om hvilke former for medvirkning som er benyttet, og hvordan medvirkningen har foregått. Ved trinn 1 og 2 er det ingen deltakelse, trinn 3-5 omtales som «alibi-deltakelse» og trinn 6-8 defineres som «borgermakt».

Arnstein (1969) viser til en plakatt malt av noen franske elever i 1968 som understreket det grunnleggende poenget om at deltakelse uten omfordeling av makt er en frustrerende prosess for de maktesløse. «...I participate, you participate, he participates, we participate, you participate...they profit» (Arnstein, 1969:1).



Figur 1: "Eight rung son the ladder of citizen participation" (Arnstein, 1969:2)

Stigen har følgende åtte trinn: Manipulering, terapi, informering, konsultasjon, plassering, partnerskap, delegert makt, borgerkontroll.

### Manipulering

På det nederste nivået i stigen blir borgere invitert til å delta, men uten reell mulighet til å påvirke utfallet av prosessen. Årsakene er at planleggerne allerede har bestemt utfallet, eller at forslagene som borgerne kommer med blir avvist. Borgere tror at de skal få medvirke, men har ingen legitim



funksjon eller makt da invitasjonen fra planleggere baserer seg et manipulativt tankesett kun for å vise til at man har invitert til deltakelse og involvering (Arnstein, 1969:4).

### Terapi

Som på forrige nivå handler det her om å få de som medvirker til å støtte opp om noe som allerede er bestemt. Det inviteres til deltakelse, men intensjonen er primært å realitetsorientere de som medvirker om sitt eget beste. Dette kan beskrives som ekspertenes forsøk på «å kurere borgernes sykdom», framfor å forsøke å endre årsakene til avmakt i planleggingsspørsmål (Arnstein, 1969:5).

### Informering

Å informere om innbyggernes rettigheter, ansvar og muligheter kan være det første viktigste steget mot å legitimere borgerdeltakelse. I realiteten fungerer dette ofte som en enveis flyt av informasjon ovenfra- og ned, uten muligheter for tilbakemelding eller makt til å påvirke. Ofte er planleggingsprosessen kommet langt når informasjonen finner sted.

Informasjonen kommer borgerne i hende gjennom media, oppslag og gjennom forespørslar. I møter kan enveiskommunikasjonen være preget av informasjon som holdes tilbake, slå ned på spørsmål eller gi irrelevante svar (Arnstein, 1969:5).

### Konsultasjon

Et steg i retning av reell deltakelse kan være å invitere borgere til å ytre sine meninger.

Holdningsundersøkelser, folkemøter eller offentlige høringer kan være metoder som benyttes. Ofte følges slik medvirkning ikke opp, og innspill blir i liten grad vektlagt i det videre arbeidet og medvirkningen blir illusorisk og skaper irritasjon og frustrasjon.

Dette trinnet kan betegnes som "humbug" eller en form for fasadepynting siden det ikke gir noen garanti for at meningene og ideene blir tatt hensyn til (Arnstein, 1969:6,7).

### Plassering

Arnstein (1969) beskriver dette som første nivå med reell medvirkning hvor deltakelsen begynner å bli preget av en viss grad av innflytelse. De styrende kan til syvende og sist avgjøre om forslagene som blir lagt fram er legitime og gjennomførbare, men dersom de medvirkende har opparbeidet seg innflytelse og makt gjennom mobilisering nedenfra kan de legge press på maktapparatet i viktige beslutningsprosesser (Arnstein 1969:7).

## Partnerskap

På dette trinnet av stigen er makten omfordelt gjennom forhandlinger mellom borgerne og maktapparatet. Partene blir enige om hvordan de skal dele planlegging og beslutningsansvar gjennom ulike styringsorgan og gjennom mekanismer for å løse motsetningsforhold.

En leder av et samfunn beskrev dette slik; «...like coming to city hall with hat on head instead of in hand» (Arnstein, 1969:10). Det Arnstein (1969) derimot merket seg ved å undersøke denne prosessen i ulike byer, var at nærmest alle kunne vise til at denne omfordelingen av makten og partnerskapsbyggingen var basert på en mobilisering nedenfra gjennom protester og krav overfor maktapparatet, og ikke som et initiativ ovenfra.

## Delegert makt

I politiske styrer hvor borgere har flertall av seter og stiller med spesifisert kompetanse, kan de få dominerende beslutningsmyndighet over bestemte planer eller program. Eksempler på dette kan være plan- og utviklingsarbeid som delegeres til egne organisasjoner hvor borgerflertallet representeres i styringsgrupper for bygdeutvikling og byfornyelse. I stedet for å gi etter for presset ved motsetningsforhold, vil de styrende ofte ty til forhandlingsprosesser for å komme til enighet (Arnstein, 1969:10,11).

## Borgerkontroll

På dette nivået er de som medvirker aktivt deltakende og har fått ansvar for å fatte beslutninger. Arnstein (1969:11,12) viser til økt etterspørsel etter samfunnskontroll og behov for innflytelse i forhold til hvem som representerer makten som skal ivareta velferdssamfunnet. Mennesker krever rett og slett en grad av makt som kan sikre og ivareta folket på best mulig måte til tross for argumentasjoner knyttet til kostnader og effektivisering.

Det man imidlertid må merke seg er at makt og innflytelse som delegeres til de medvirkende uten samtidig å tilby nødvendige økonomiske ressurser, kan i følge Arnstein (1969:12) sammenlignes med et Mikke Mus spill. I stedet for borgerkontroll fører dette til en form for klientifisering slik at man blir avhengig av tilrettelegging fra de styrende for å få gjennomført det som planlegges.

## Begrensning av typologien

Arnstein(1969) understreker at stigen er en forenkling, men likevel kan illustrere ulike grader av borgerdeltakelse. Videre poengterer hun at typologien begrenses ved at verken makthavere eller borgere er homogene grupper, men kjennetegnes av forskjeller som gjelder synspunkt, konkurrerende særinteresser og hvor de kan ha splittede undergrupper.

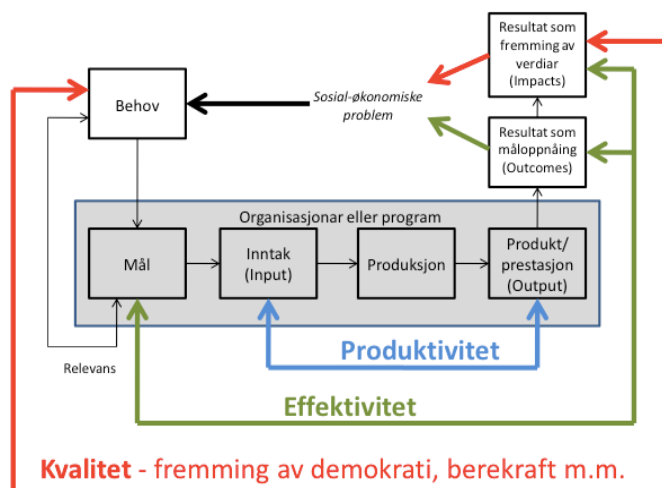
Hun rettfærdiggjør illustrasjonen ved at borgerne i de fleste tilfeller vil se på maktholdere som et ensartet system, mens maktapparatet har en tendens til å betegne borgere som «dem» med liten forståelse for klasser og forskjeller mellom disse.

Et annet forhold som typologien kritiseres for er at den ikke omfatter en analyse av de største barrierene for å oppnå reell deltakelse. Fra makthavernes side kan dette være rasisme, paternalisme og motstand mot omfordeling av makt, mens på borgersiden kan dette innebære utilstrekkeligheten av samfunnets dårlige politiske, sosioøkonomiske infrastruktur. Videre vil kunnskapsbasen til borgerne spille inn og hvilken grad av tillit de har opparbeidet seg. Dette kan ha betydning for organisering av et representativt og tilgjengelig borgerråd.

Stigen er en forenkling, og i den virkelige verden vil det være et stort antall former for medvirkning med glidende overganger mellom de ulike trinnene.

## Legitimitet

I politiske prosesser er legitimitet helt sentralt for at det som besluttes skal få aksept og være gjennomførbart. Amdam (2011:103) viser til at legitimitet er viktig for å rettfærdiggjøre selve planen og planprosessen. Legitimitet kan enten komme ovenfra eller gjennom mobilisering nedenfra.



Figur 2: Politikk som prosess (Amdam, 2011:55)

Videre er det viktig å skille mellom input-, output- og outcome-legitimitet. Prosessen som fører fram til avgjørelser legger til grunn at folket er eneste kilden til politisk makt og svarer til input-legitimiteten. Denne kan komme både ovenfra- og nedenfra, og innebærer at politikken er legitim dersom de styrende er representative, underlagt offentlig innsyn og kontroll. Legitimitet ovenfra er

basert på makt og ansvar til å forvalte regelverk, lover, ressurser og virkemiddel i den offentlige produksjonen. Nedenfra-og opp legitimiteten viser hva en som politisk institusjon er i stand til å mobilisere for å skape aksept, identitet og fellesskap. Output- og outcome- legitimiteten omtales ofte samlet og beskriver styringsorganets legitimitet etter evne til å produsere løsninger på problem som er i tråd med folks interesser, normer og behov.

Man ser at legitimitet ofte gjenspeiles i det instrumentelle synet som defineres av kost-nytte kalkuleringer, og som kan knyttes opp mot reformene som preger den moderne samfunnsutviklingen. Her kan man trekke fram New Public Management-tankegangen som i den senere tid har fått fotfeste i offentlig sektor med fokus på produktivitet og effektivitet i omsetning av varer og tjenester (Amdam, 2011:104).

Amdam (2005) viser til Skirbekk og Gilje som beskriver den instrumentelle rasjonaliteten som objektiv kausalforskning hvor man søker mer eller mindre godt dokumenterte sammenhenger mellom årsak og virkning og hvilke tiltak som må iverksettes for å nå bestemte mål. Planlegger kan i form av sin ekspertmakt opptre med legitim makt og intervensere i ulike utviklingsprosesser i organisasjoner og samfunn.

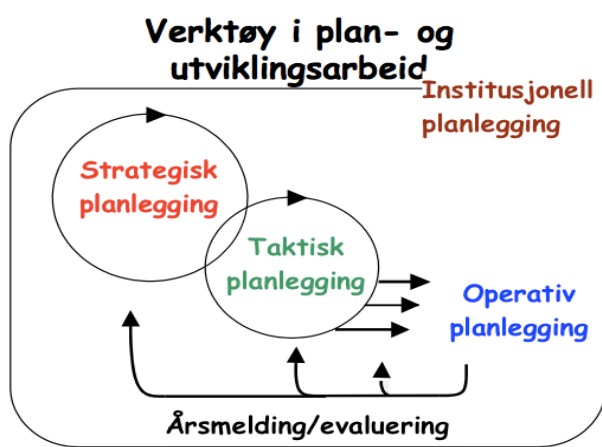
Denne ideologien får derimot kritikk fra flere hold som hevder at legitimitet er et resultat av selve produksjonsprosessen og som vil få framvekst dersom man legger til rette for den kommunikative rasjonaliteten i planleggingen. Beslutninger som bygger på gyldige argument heller enn makt, myter og særinteresser hos planleggere, vil i større grad representere allmenne interesser og bli akseptert, noe som støtter opp om legitimiteten i planprosessen (Amdam, 2011:104). Med et slikt utgangspunkt må det legges til rette for medvirkning på trinn høyt oppe i Arnstein (1969) sin medvirkningsstige.

Amdam (2005) viser til Habermas som argumenterer for at staten må legitimere seg selv ved å legge til rette for den kommunikative rasjonaliteten gjennom fri meningsutveksling i det offentlige, politiske rommet. Samfunnets utfordringer kan best møtes gjennom meningsdanningsprosesser mellom likeverdige aktører hvor det stilles krav om gjensidig grunngevingstvang og offentlighet. Med dette mener Habermas at det er tyngden i argumentasjonen som skal avgjøre resultatet og ikke makten til de ulike aktørene. Videre legger validitetskravene føringer for at det som ytres må være sant, ekte, riktig og forståelig. Ved å legge til rette for medvirkning på denne måten vil kunnskap og handling knyttes sammen og Friedmann (1987) beskriver dette som en dynamisk læringsprosess som veksler mellom ny erkjennelse og endret praksis. Legitimiteten vil gjenspeiles i makten som vokser fram i prosessen etter hvert som aktørene klarer å enes om felles mål og ser effektene av handlingene som iverksettes. Denne felles oppslutningen vil igjen bidra til å legitimere politiske institusjoner. Dette er også en viktig forutsetning for samfunnsutviklingen da den institusjonelle

kapitalen kan styrkes gjennom fellesskap, et mangfold av frivillige organisasjoner, koalisjoner på tvers av individuelle interesser og sterk grad av samhandling mellom sosiale grupper. Amdam(2005) viser til Amin og Thrift som omtalte dette som "institusjonell rikdom". Institusjoner i et samfunn er langt mer enn organisasjoner da de også skal representere de grunnleggende verdiene og normene i samfunnet. Dette samfunnslimet kan defineres som nettet av relasjoner som er involvert i styrings- og vedtaksprosesser knyttet til skrevne og uskrevne lover og regler om næringsdrift, offentlig virksomhet og det sivile samfunnet. I hvilken grad de lykkes med å enes om grunnleggende verdier og normer vil være avhengig av omgivelsene eller mekanismene som organisasjonene er påvirket av. Her trekker Amdam (2005) inn Scott som deler disse omgivelsene inn i tekniske og institusjonelle omgivelser. De sistnevnte er tredelte og består av regulative, normative og kognitive mekanismer som hver for seg representerer en legitimitet som bidrar til å legitimere institusjonen. Den legale legitimiteten svarer til vedtatte lover og regelverk. Den normative legitimiteten viser uskrevne regler for hva som forventes av organisasjonen vedrørende spørsmål om hva som er rett og galt, etisk og moralsk akseptert adferd. Kognitiv legitimitet er tankekonstruksjoner i form av bilder eller illustrasjoner som formidler organisasjonens eksistens i forhold til væremåte og oppførsel. Til slutt viser den regulative legitimiteten til organisasjonens tekniske omgivelser, hva som oppfattes som nyttig for produksjon av varer og tjenester.

### Legitimerende og kapasitetsbyggende planlegging

Amdam (2005, 2011) viser til sammenhenger mellom ulike variabler og planleggingsverktøy og argumenterer for at denne modellen kan bidra til å legitimere planleggere, planarbeidet og planprosessen som helhet. Elementene som er kjedet sammen er gjensidig avhengig av hverandre i hele prosessen for å bygge opp under legitimiteten og kapasiteten.



Figur 3 Verktøy i plan- og utviklingsarbeid (Amdam, 2013:9)

### **Institusjonell planlegging og legal legitimitet**

Konteksten og rammene som legger føringer for det som skal planlegges utgjør den institusjonelle planleggingen. Her inngår lover, regler og forskrifter som får sin legitimitet gjennom overordnet styringsnivå, eller den planleggende enhets egne planer. En god balanse mellom ovenfra- og ned legitimitet, og den legitimiteten som mobiliseres nedenfra vil være viktig for den institusjonelle planleggingen og kapasitetsbyggingen (Amdam, 2005, 2011).

### **Strategisk planlegging og normativ legitimitet**

I strategisk planlegging vil den kommunikative logikken være betydningsfull slik at man får samlet og aktivisert nøkkelpersoner som på tross av ulikheter kan slutte opp om et felles verdigrunnlag og normer for hva som er et godt og velfungerende samfunn. Klarer man å enes om visjon, strategi, mål og tiltak kan dette bidra til å mobilisere makt og legitimitet i politikken som skal utvikles og føres både i egen organisasjon og i samfunnet (Amdam, 2005, 2011).

### **Taktisk planlegging og kognitiv legitimitet**

Planlegging på dette nivået bygger videre på det som den strategiske planleggingen legger føringer for. Arbeidet er mer kortsiktig og fokuserer på hvordan ressurser skal fordeles, utnyttes og organiseres. Det skilles mellom de tiltakene man kan gjennomføre selv, i samarbeid med andre, og det som må overlates til andre aktører. Mobiliseringen fra den strategiske planleggingen er viktig, men i tillegg kreves det endringsvillige og omstillingsdyktige organisasjoner. Det kognitive bildet organisasjonen omgis med vil ha betydning for denne endrings- og omstillingsevnen (Amdam, 2005, 2011).

### **Operativ planlegging og regulativ legitimitet**

Målsetningen her er å fremme produksjon og effektivitet gjennom produksjonsstyring og god utnyttelse av ressurser. På bakgrunn av strategisk og taktisk planlegging settes det opp konkrete arbeidsmål og instruksjoner. Legitimiteten vil her vise seg i den grad man greier å få tilslutning til avtalene man utformer noe som kan være utfordrende. Bindende og detaljerte kontrakter eller avtaler mellom partene vil derfor være fordelaktig (Amdam, 2005, 2011).

### **Læring**

Amdam(2005, 2011) knytter videre evaluering og læring opp mot alle prosessene og argumenterer for at dette må settes i system. En kontinuerlig evaluering og tilbakeføring av kunnskap vil bidra til at planprosessen skaper legitimitet og dermed også bidrar til å bygge opp under den institusjonelle kapasiteten.

## Metode

For å svare på problemstillingen har vi valgt en kvalitativ tilnærming med intervju av representanter fra hver av de fire brukerorganisasjonene. Bakgrunnen for valget av kvalitativ metode var at vi mener at denne metoden var best egnet for å få belyst hvordan brukerorganisasjonene ser på prosessen og på hvilken måte de ble involvert.

Vi vurderte også å bruke kvantitativ metode med spørreskjema, men konklusjonen var at dette ville bli for snevert og ikke fange opp nødvendige nyanser for å kunne besvare problemstillingen.

Vi rettet en henvendelse til organisasjonene v/generalsekretær via epost der vi presenterte oppgavetemaet og ba om å få gjennomføre et telefonintervju. Alle organisasjonene var positive og ønsket å stille som informanter.

## Informanter

I henvendelsen til organisasjonene signaliserte vi at vi fortrinnsvis ønsket å intervju generalsekretæren. Begrunnelsen for dette var at det er generalsekretærene som representerer sine respektive organisasjoner i NCD-alliansen og vi antok derfor at de hadde best kjennskap til prosessen med utarbeidelse av strategien. Tre av organisasjonene stilte med generalsekretær og en med spesialrådgiver for internasjonalt arbeid. Alle informantene hadde vært direkte involvert i arbeidet med NCD-strategien.

Våre informanter var: Frode Jahren, generalsekretær i LHL, Tryggve Eng Kielland, spesialrådgiver Internasjonalt arbeid i Kreftforeningen, Anne Lise Ryel, generalsekretær Kreftforeningen, Lisbet Rugtvedt generalsekretær i Nasjonalforeningen for folkehelsen og Bjørnar Allgot, generalsekretær Diabetesforbundet.

## Intervjuguide

Det ble utarbeidet en intervjuguide med hovedspørsmål og eventuelle oppfølgingsspørsmål og alternative spørsmål ([vedlegg nr 1](#)). Intervjuguiden var primært ment som en «huskeliste» for å sikre at vi fikk med de temaene som skulle dekkes. Vi var opptatt av at intervjuguiden skulle være fleksibel slik at informantene skulle få mulighet å utdype og begrunne sine svar (Repstad, 2007).

Hovedspørsmålene ble sendt ut til informantene på forhånd slik at de skulle få mulighet til å forberede seg.

Hovedtemaene ved intervjuet var begrunnelsen for utarbeidelsen av strategien, på hvilken måte organisasjonene ble involvert og i hvilken grad organisasjonene mente de ble lyttet til. Vi spurte også

om i hvilken grad organisasjonene mente strategien vil få betydning for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av ikke-smittsomme sykdommer generelt.

Vi evaluerte intervjuguiden underveis og fant at det ikke var behov for justeringer. Det har heller ikke i ettertid vist seg at det var ting vi burde ha spurt om som vi ikke var med i undersøkelsen med.

## Gjennomføring

Intervjuene ble gjennomført på telefon, og tatt opp ved hjelp av programmet «TypeACall».

Lyddoptak ble godkjent av informantene før intervjuet startet. Vi foretok alle de fire intervjuene over en begrenset tidsperiode (3 dager) og med samme person som hovedansvarlig for intervjuene. Dette for å unngå for store variasjoner i gjennomføringen. Etter første intervju diskuterte prosjektgruppen om det var behov for justeringer eller presiseringer. Vi gjorde ingen endringer på intervjuguiden.

Informantene ble også spurt om de ønsket anonymitet. Det var ingen som ønsket det.

Omlag en uke etter intervjuene var gjennomført var prosjektgruppen samlet. Vi hørte på alle intervjuene og noterte hovedmomenter underveis. Av kapasitetsmessige årsaker valgte vi å ikke transkribere intervjuene. Vi er av den oppfatning av dette ikke svekker kvaliteten på oppgaven, og at det har vært mulig å gjøre en grundig analyse av datamaterialet uten å ha intervjuene skriftlig. Vi har imidlertid hørt gjennom intervjuene flere ganger.

## Metoderefleksjon

Fire intervjuer er isolert sett et lite utvalg og gir på generelt grunnlag et relativt svakt grunnlag for å generalisere. På den annen side representerer vårt utvalg alle de fire organisasjonene som var involvert i utarbeidelsen av strategien. Tre av respondentene av administrativ leder og medlem av NCD-alliansen. Den siste var spesialrådgiver for internasjonalt arbeid. Alle hadde god kjennskap og kunnskap om NCD-strategien. Vi vurderte å utvide antall respondenter ved å intervju flere personer fra hver organisasjon, for eksempel politisk ledelse. Gruppen konkluderte med at dette ikke var hensiktsmessig hovedsakelig av kapasitetsmessige grunner, men også fordi vi gjennom å intervju administrativ ledelse har innhentet informasjon fra de personene som var direkte involvert i arbeidet med strategien.

## Empiri

Empirien i oppgaven er intervju av representanter fra hver av de fire brukerorganisasjonene.

Informantene var: Frode Jahren, generalsekretær i LHL, Tryggve Eng Kielland, spesialrådgiver Internasjonalt arbeid i Kreftforeningen, Anne Lise Ryel, generalsekretær Kreftforeningen, Lisbet



Rugtvedt generalsekretær i Nasjonalforeningen for folkehelsen og Bjørnar Allgot generalsekretær Diabetesforbundet.

Spørsmålene skulle gi oss svar på organisasjonenes oppfatning av hva som lå til grunn for utarbeidelse av strategien, på hvilken måte organisasjonene var involvert, hvordan organisasjonene oppfattet at sin sykdom spesielt og forebygging av NCD-sykdommene generelt ble ivaretatt, tanker om oppfølging og gjennomføring av strategien og strategiens betydning.

Nedenfor presenterer vi hovedinntrykkene for hvert spørsmål.

## **Bakgrunnen for utarbeidelsen av strategien**

I 2008 tok Diabetesforbundet initiativ til en norsk NCD allianse for å etablere en personlig kontakt og opprette tillit mellom foreningene. Generalsekretærene i de fire organisasjonene deltok og møtearenaene var uformelle. Det viktigste var å etablere kontakt. En tilsvarende internasjonal allianse ble også opprettet etter initiativ fra det internasjonale diabetesforbundet (Diabetesforbundet, intervju, 24.januar, 2014).

Med påvirkning fra den internasjonale NCD-alliansen satt WHO de fire ikke smittsomme sykdommene på politisk dagsorden da disse sykdommene var i sterk vekst. Tall og fakta knyttet til utfordringer ble samlet inn og fikk politisk forankring. Med bakgrunn i dette ble saken diskutert på et FN-toppmøte i september 2011. Dette var første gang i historien at det ble holdt et eget toppmøte om ikke smittsomme sykdommer. Nesten 1000 frivillige organisasjoner verden over deltok.

I mai 2013 holdt WHO en generalforsamling hvor det er enighet om at forekomst og vekst av de fire ikke smittsomme sykdommene representerer en global utfordring. Alle land ble oppfordret til å gjøre noe, og Norge undertegnet en internasjonal konvensjon om å støtte opp om den globale målsetningen om 25 % reduksjon av dødelighet knyttet til NCD-sykdommene. Norge var i forkant allerede en sterk pådriver representert av daværende helseminister Jonas Gahr Støre med ønske om å sette folkehelse på kartet.

Den norske NCD-alliansen hadde jobbet for å få politisk aksept for utfordringer knyttet til de fire ikke smittsomme sykdommene. I 2011 og 2012 var det en sterk politisk uvilje i departementet til å lage strategier. Dette endret seg i 2012 med skifte av helseminister. Organisasjonene jobbet aktivt for å få på plass en NCD-strategi, og våren 2013 kom signalet om at regjeringen ønsket en NCD-strategi. Tiden var svært knapp, 2-3 uker for å få lagt fram strategien før valget.

Organisasjonene oppfattet dette som en «vinn-vinn situasjon»; brukerorganisasjonene fikk mulighet til å få fokus på NCD-sykdommene, og regjeringen fikk satt folkehelse på agendaen.

*” ...NCD-alliansen har over tid jobbet på folkehelseområdet og jobbet i tråd med det som er de spesielle risikofaktorene som vi har pekt ut og som er de helt sentrale i en folkehelse-strategi. Kombinert med at vi fikk en helseminister som var veldig opptatt av folkehelsearbeid så fant det der hverandre på en god måte” (LHL, intervju, 23.januar, 2014).*

## **Involvering i utarbeidelsen**

Helse- og omsorgsdepartementet inviterte de fire brukerorganisasjonene til et oppstartsmøte hvor daværende helseminister Støre la fram sine intensjoner og ønsker. På dette møtet var brukerorganisasjonene (representert ved de fire generalsekretærene), politisk statssekretær, sentrale aktører fra embetsverket og to aktører fra helsedirektoratet som skulle gjøre skrivearbeidet tilstede. Helse- og omsorgsdepartementet la føringer og orienterte om at det skulle utarbeides en NCD-strategi hvor organisasjonene ble invitert til å medvirke. De frivillige organisasjonene opplevde det positivt at det ble involvert så tidlig i prosessen, og fikk komme med sine innspill om sentrale temaer. *«...organisasjonene var involvert på en veldig tydelig måte fra starten av»* (Nasjonalforeningen for folkehelsen, intervju, 24.januar, 2014).

Strategien skulle være en retningsgiver, en oppsummering av kunnskap og førende for det videre arbeidet. Det ble imidlertid ikke lovet spesielle økonomiske intensiver for å følge opp arbeidet.

*” ...Jeg opplevde at vi ble lytta til. Vi spilte inn temaer som var sentrale for oss. Så ble det fra departementet lagt noen føringer på at dette her var ikke et dokument hvor det skulle loves mye penger ...det skulle mer være en oppsummering av kunnskap og det skulle være strategier som skulle være førende for det videre arbeidet” (LHL, intervju, 23.januar, 2014).*

Samtlige organisasjoner påpekte den raske prosessen med å utarbeide strategien. Den ble beskrevet som *«heseblesende»* og at brukerorganisasjonene ble involvert på en *«uvanlig og aktiv måte»* (Nasjonalforeningen for folkehelsen, intervju, 24.januar, 2014).

I den videre prosessen ble det gjennomført oppfølgende møter hvor organisasjonene fikk komme med skriftlige og muntlige innspill. Organisasjonene bidro med både fagkompetanse og brukerkompetanse.

*” Vi syntes det var en god dialog i de oppfølgende møtene vi hadde. ..Vi hadde med oss det siste vi hadde på forskning på området og vi stilte med en del fagfolk i de møtene” (LHL, intervju, 23.januar, 2014).*

Første utkast til NCD-strategien ble sendt til organisasjonene via epost. Organisasjonene ble invitert til å komme med innspill og kommentarer. Da det endelige utkastet forelå ba organisasjonene om å

få se dette før endelig ferdigstilling. Dette fikk de ikke lov til, noe organisasjonene reagerte negativt på. De framsatte krav direkte til helseministeren om å få lese sisteutkastet, noe ministeren da etterkom.

Da den endelige NCD-strategien ble lagt fram opplevde organisasjonene at mye av det som kostet penger var tatt bort. «...Vi synes at det er dumt at de veldig konkrete tingene er tatt vekk» (Diabetesforbundet, intervju, 24.januar, 2014).

## Ivaretakelse av de ulike sykdommene

Strategien har et kapittel for hver sykdom hvor organisasjonene bidro med tekst. De bidro også med oppdatert forskning, blant annet hadde LHL oppdaterte tall for kols som ikke var blitt presentert tidligere.

*“... de tallene som står der på forekomst av kols var helt nye tall som vi brakte med oss til departementet og som de enda ikke kjente til. Så på en lang rekke områder så opplevde vi at vi i dialog kom fram til det som står der ” (LHL, intervju, 23.januar, 2014).*

Det finnes allerede strategier for kreft, kols og diabetes, og NCD- strategien tar utgangspunkt i disse strategiene<sup>2</sup>. De fire ikke-smittsomme sykdommene har de samme fire risikofaktorene. Dette gjør at organisasjonene står sammen og jobber mot felles mål. De fire brukerorganisasjonene uttrykker at de mener sine sykdomsområder er godt ivaretatt og belyst på en riktig måte.

## Oppfølging

Etter regjeringsskiftet har det ikke vært noen oppfølging av strategien fra myndighetene side. Organisasjonene uttrykker klare forventninger om at NCD- strategien skal følges opp videre. De er forberedt på at den nye regjeringen vil gjøre justeringer i forhold til sine politiske prioriteringer. Folkehelserådet som er nevnt i strategien er så langt ikke opprettet.

Brukerorganisasjonene møtes jevnlig og arbeider innad i NCD- alliansen og er påvirkere og medvirkere til det videre arbeidet.

*“... Vi kommer til å følge med og vi forventer at den blir fulgt opp” (LHL, intervju, 23.januar, 2014).*

---

<sup>2</sup> Kreftstrategien er for perioden 2013 – 2017. Diabetesstrategien var for perioden 2007 – 2010 og Kolsstrategien var for perioden 2006 – 2011. Det er altså kun kreftområdet som har en «aktiv» strategi.

## Strategiens betydning

Organisasjonene mener at NCD-strategien er en viktig retningsgiver. De opplever at de står sterkere sammen og blir lettere hørt når de fremstår i en allianse. Det oppleves som viktig og nødvendig å ha et felles dokument hvor de ulike NCD-sykdommene blir beskrevet og hvor en skisserer mål og tiltak som er felles for NCD-sykdommene og spesifikke mål og tiltak for den enkelte sykdomsgruppe.

Det antydes at strategien er spesielt viktig for de sykdomsgruppene som ikke har en egen strategi. Kreftforeningen viser til kreftstrategien som har stor betydning for arbeidet på kreftområdet. Men de ser likevel verdien av å stå sammen som en allianse. *"... Det at man ser sykdommene sammen tror vi er en styrke også på kreftområdet"* (Kreftforeningen, intervju, 23.januar, 2014).

De er imidlertid tydelige på at verdien av strategien er avhengig av at den blir fulgt opp. NCD-strategien inneholder ambisiøse mål som krever handling og tiltak av stor betydning. Implementering av strategien krever politisk vilje.

## Analyse

Målet med oppgaven var å se nærmere på prosessen for utarbeidelse av NCD-strategien og hvordan NCD-alliansen var involvert. Vi har tatt utgangspunkt i følgende problemstilling;

*"I hvilken grad er NCD-strategien basert på medvirkning fra brukerorganisasjonene, og hvordan påvirker medvirkningen legitimiteten til NCD-strategien?"*

## Grad av medvirkning

Både Folkehelsemeldingen og NCD-strategien fokuserer på at offensiv forebygging og god behandling av de store folkesykdommene kun er mulig dersom vi lykkes med å mobilisere alle sektorer av samfunnet. Pasientorganisasjonene blir trukket fram som spesielt viktige både når det gjelder forebygging og forbedring av helsetjenestene.

Da regjeringen skulle utarbeide en NCD- strategi for Norge ble NCD-alliansen invitert til å medvirke i arbeidet. Vi har valgt å bruke Arnsteins medvirkningsstige, Arnstein (1969) for å analysere graden av medvirkning (Figur 1).

Myndighetenes beslutning om å utarbeide en NCD-strategi kom etter press fra flere hold; WHO, FN og NCD-alliansen. NCD-alliansen ble invitert med i prosessen, noe som vi gjenkjenner i trinn 6 i medvirkningsstigen. Dette omtales av Arnstein (1969) som partnerskap, og baserer seg på mobilisering nedenfra framfor initiativ ovenfra.

NCD-alliansen ble bedt om å komme med skriftlige bidrag og bistå med faglig dokumentasjon. Vi legger til grunn at invitasjonen er begrunnet både ut ifra en tro på at NCD-alliansen ville komme med viktige bidrag til strategien, og et ønske om å gi strategien legitimitet.

Vi finner at medvirkningen befinner seg helt i toppen av Arnsteins medvirkningsstige, på trinnene som omtales som «borgermakt». Organisasjonene fikk komme med innspill både muntlig og skriftlig og som en av informantene uttalte. «...*Dersom noe ikke stemmer, kan vi i stor grad takke oss selv*» (LHL, intervju, 23.januar, 2014). De var på flere møter i perioden da strategien ble utarbeidet. En av informant beskrev involveringen slik: «...*vi ble involvert på en uvanlig aktiv måte*» (Nasjonalforeningen for folkehelsen, intervju, 24.januar, 2014).

Det er likevel interessant å stille spørsmål ved om det å trekke NCD-alliansen inn i arbeidet også var begrunnet i et ønske om å sikre NCD-strategien legitimitet. I hvilken grad hadde departementet lagt føringer for innholdet i strategien, og hvor mye av innholdet var forhåndsbestemt? Vi forutsetter at det fra myndighetenes side ble sett på som positivt å kunne legge fram en NCD-strategi med «godkjenningstempel» fra NCD-alliansen. Dette ville bidra til å gi strategien legitimitet, og unngå at det i ettertid blir stilt spørsmål ved innhold og ambisjonsnivå. I så fall vil medvirkningen ligge i bunnen av stigen og bære preg av manipulasjon og «alibi-deltakelse».

Informantene beskriver at rammene for samarbeidet ble noe endret da arbeidet nærmet seg slutten. Organisasjonene ønsket å få siste versjon til gjennomlesning før strategien ble lagt fram, men dette fikk de ikke. De måtte øve press, først på embetsverket, senere direkte til ministeren for å få tilgang til det endelige utkastet. Senere registrerte organisasjonene at det hadde skjedd endringer i innholdet fra siste utkast til det som endelig ble lagt fram. Som den ene av informantene uttrykte det: «...*den hadde nok vært innom Finansdepartementet*» (Diabetesforbundet, intervju, 24.januar, 2014). Dette gir grunnlag for å stille spørsmål ved om medvirkningen, som vi i utgangspunktet plasserer i toppen av stigen som «borgermakt» også hadde elementer av «plassering» der organisasjonene var «håndplukket» for å gi strategien legitimitet.

Informantene ga ikke uttrykk for at de oppfattet medvirkningen slik, men heller at involveringen var preget av et syn på organisasjonene som sentrale bidragsyttere både i utforming og gjennomføring der deres kompetanse ble lyttet til og vektlagt i arbeidet. Som det ble påpekt; «...*organisasjonene var involvert på en veldig tydelig måte fra starten av*» (Nasjonalforeningen for folkehelsen, intervju, 24.januar, 2014).

## Legitimitet

### «Løfte i flokk»

For å analysere hvilken betydning medvirkningen har for legitimiteten av NCD-strategien viser teorien at det er flere moment som har betydning for dette. Bergem (2014) viser til rollen de frivillige organisasjonene har som påvirkere og medvirkere i viktige politiske spørsmål. Dette ble bekreftet av informant fra Diabetesforbundet som ga tydelig uttrykk for at utfordringsbildet, som de ikke-smittsomme sykdommene representerer, ikke er noe regjeringen klarer å bekjempe uten samarbeid med de frivillige organisasjonene.

*” ... Det som er viktig på disse områdene er vi er påvirkere, men også medvirkere. Vi fire organisasjonene har tydeliggjort at vi ikke bare krever at Norge skal gjøre godt på forebygging av disse sykdommene. Vi er også aktører. Vi har samme drakta på alle fire organisasjonene og departementet og regjeringen. Vi vil det samme, vi jobber for det samme. Ingen regjering i verden kan løse dette uten samarbeid med de frivillige organisasjonene og alle menneskene som bor i landet” (Diabetesforbundet, intervju, 24.januar, 2014).*

I kapasitetsbyggende planlegging viser Amdam (2005) til at samarbeid mellom et bredt spekter av aktører er selve fundamentet for å legitimere både planlegger, prosessen og den ferdige planen. Uten å bringe kunnskap og handling sammen i åpne og demokratiske prosesser, vil det bli vanskelig å enes om et felles utfordringsbilde og oppnå den nødvendige aksepten og legitimiteten som trengs slik at man kan gjennomføre det som besluttes. Dette støttes også av Bergem (2014) som viser til Rudin og Pennington som argumenterer for at politikk som legger til rette for medvirkning av et bredt spekter av aktører vil bidra til større oppslutning om det som planlegges.

Betydningen av dette støttes videre av Healey (1999) som beskriver at samarbeid mellom aktører fra offentlig, privat og frivillig sektor med felles forståelse og vilje til å enes om en samfunnsutfordring, kan bidra til å styrke den kollektive handlingskapasiteten noe som igjen kan øke den institusjonelle kapitalen.

Støre sitt budskap om «å løfte i flokk» viser at regjeringen ser på samarbeid og samhandling med brukerorganisasjonene som betydningsfullt og trekker brukerorganisasjonene med i arbeidet om å styrke satsingen i arbeidet knyttet til de fire ikke smittsomme sykdommene. Dette illustrerer at både regjeringen og de frivillige organisasjonene ser betydningen av å jobbe sammen. Budskapet til Støre er i seg selv er viktig, og det understreker også betydningen av fellesskap og sosial samhandling for å løse viktige oppgaver i samfunnet. Verdien av dette kan gi strategien og arbeidet aksept og legitimitet, men kan man lene seg på verdien av å samarbeidet alene? Hvilken betydning har måten

man blir involvert på for legitimiteten til dette samarbeidet og utformingen av NCD-strategien og for at strategien faktisk blir gjennomført? Vi stiller oss noe kritiske til hvorvidt NCD-strategien faktisk vil oppnå tilstrekkelig helsepolitisk forankring for å skape denne felles oppslutningen om å stanse utviklingen av de ikke smittsomme sykdommene.

I følge Amdam (2011) vil politisk gjennomslagskraft skapes i et dynamisk forhold og gjensidig avhengighet mellom legitimiteten som de styrende representerer og legitimiteten som skapes gjennom mobilisering nedenfra. Videre kommer legitimiteten til syne i den grad man greier å produsere løsninger på problem som er i tråd med allmenne interesser, normer og behov. Som viktige forkjempere står de fire brukerorganisasjonene samlet og fronter betydningen av arbeidet med å bremse veksten av diabetes, hjerte- og karsykdom, kols og kreft. Hver for seg har de i en årrekke arbeidet for å få aksept for at vi trenger en langt mer offensiv politikk for å møte framtidens utfordringer knyttet til disse sykdommene.

### Ulike roller – felles mål

I følge Amdam (2011) kan legitimiteten i politiske prosesser vise seg gjennom hva man som politisk institusjon er i stand til å mobilisere for å skape aksept, identitet og fellesskap. Prosessen som fører til avgjørelser legger til grunn at folket er eneste kilden til politisk makt. Friedmann (1987) viser i sin dynamiske læringsmodell at kunnskap og handling integrert i hverandre kan mobilisere en makt i prosessen som kan bidra til å skape innflytelse i viktige politiske beslutninger. Samtlige av de fire brukerorganisasjonene viste til alliansen som et ønske om å samarbeide nettopp for å bli sterkere og få politisk innflytelse. En av informantene uttrykte det slik: «...Sannsynligheten for gjennomslag er større enn om vi bare skulle jobbe hver for oss» (Diabetesforbundet, intervju, 24.januar, 2014). Til tross for at hver enkelt organisasjon har særinteresser og ulik opparbeidet innflytelse, så de nytteverdien av å samarbeide. Til tross for egen kreftstrategi understreket kreftforeningen at de opplevde det som en styrke å se sykdommene samlet (Kreftforeningen, intervju, 23.januar, 2014). Alle de fire organisasjonene representerer sykdomsgrupper som blir utfordret av fire identiske risikofaktorer; fysisk inaktivitet, dårlig kosthold, høyt inntak av alkohol og røyking, «fire ganger fire». Dette felles utfordringsbildet ble på mange måter limet som knyttet de sammen, og som legitimerte samarbeidet ved at de jobbet for samme sak.

Amdam (2005) viser til Amin og Thrift som beskriver nettet av frivillige organisasjoner som samhandler for fellesskapet som institusjonell rikdom. Videre viser Amdam (2005) til Scott som deler organisasjonene inn i tekniske og institusjonelle omgivelser, hvorav sistnevnte er tredelt og svarer til ulike typer av legitimitet. Den pragmatiske legitimiteten viser til det som oppleves som nyttig i forhold til organisasjonens produksjon av varer og tjenester. Amdam (2011) kobler dette sammen

med planlegging hvor legitimiteten på det operative nivået vises i organisasjonens opplevelse av at deres produksjon av varer og tjenester har en nytteverdi. Dette støtter opp under organisasjonenes beslutning om å samarbeide. Informantene fortalte at det var enkelte kritiske røster i organisasjonene som stilte spørsmål ved om enkeltsykdommene ville drukne i NCD-samarbeidet. Konklusjonen var at den kollektive nytten opplevdes som større da de kunne styrke sine posisjoner både individuelt og kollektivt, få politisk innflytelse og dermed legitimere seg selv og folkehelsearbeidet. «...Vi greier å gjøre to ting samtidig...vi bruker dette til å løfte diabetes lenger fram, samtidig som vi ser også at det er en allianse med myndighetene» (Diabetesforbundet, intervju, 24.januar, 2014). Dette ble videre illustrert ved å vise til snømåking; "...Vi håndmåker gangveiene, og så har vi en stor brøytebil med svær plog »(Diabetesforbundet, intervju, 24.januar, 2014).

Vi tolker dette som at de enkelte organisasjonene henter legitimitet fra fellesnevneren som NCD-sykdommene representerer. Dette fører til at de deler det samme utfordringsbildet og vi antar at dette vil føre til en felles forståelse av hva de som organisasjoner enkeltvis men også sammen må bidra med for å kunne bekjempe utfordringsbildet knyttet til risikofaktorene. Videre ser vi at plogen som Diabetesforbundet refererte til framstår som kraften av samarbeidet mellom organisasjonene, og makten de kan bygge opp for å få den nødvendige innflytelsen slik at de kan påvirke politiske beslutninger.

### **Mobilisering for politisk innflytelse**

En global mobilisering pågikk samtidig gjennom den internasjonale NCD-alliansen og styrken og innflytelsen dette skapte førte til at det for første gang i historien i september 2011 ble holdt et eget FN-toppmøte i New York om ikke smittsomme sykdommer. Over tusen frivillige verden over var engasjert i saken (WHO, 2013). Amdam (2005) trekker fram Habermas som argumenterer for at makten skal komme fra folket gjennom brede meningsdanningsprosesser som er demokratiske og åpne slik at man kan få satt viktige saker på den politiske dagsorden. Dette støttes også opp i den politiske prosessmodellen hvor legitimiteten i prosessen bak en politisk beslutning stiller krav om at folket er kilden til makten. Videre må de styrende være representative, underlagt offentlig innsyn og kontroll. Ovenfra og ned legitimiteten er basert på politisk makt til å forvalte lover og regelverk, mens nedenfra og opp- legitimiteten gjenspeiles i makten som mobiliseres gjennom samarbeid (Amdam, 2011).

Dersom vi ser på effekten av den globale mobiliseringen illustrerer dette tydelig hvor viktig denne oppslutningen var for å skape den nødvendige politiske innflytelsen for å sette de ikke smittsomme sykdommene på den politiske agendaen. Det pågående engasjementet og påvirkningen fra alliansene bidro til at WHO i mai 2012 holdt en generalforsamling hvor det ble vedtatt og erkjent bakgrunnen



for og utviklingen av de ikke smittsomme sykdommene. Alle land ble utfordret til å gjøre en innsats lokalt for å bekjempe disse sykdommene, og WHO satte en felles målsetning om 25 % reduksjon av for tidlig død knyttet til de fire ikke smittsomme sykdommene. Norge ga sin tilslutning til vedtaket, og sammen med den internasjonale politiske erkjennelsen representerer dette legitimiteten ovenfra som bidro til at de ikke smittsomme sykdommene og utfordringene dette fører med seg fikk helsepolitisk forankring. Vi ser her tydelig verdien av den globale mobiliseringen og hvordan makten som bygges opp i prosessen skaper politisk innflytelse for å legitimere det videre arbeidet for de ikke smittsomme sykdommene nasjonalt.

Kort tid før valget 2013 lanserte den rødgrønne regjeringen med Støre i front en norsk NCD-strategi. WHO sin målsetning ble førende, men for å tegne det norske utfordringsbildet valgte myndighetene å trekke brukerorganisasjonene gjennom NCD-alliansen med i arbeidet. Som nevnt innledningsvis fra arbeidet knyttet til de ikke smittsomme sykdommene allerede framtreddende i Norge. Den norske NCD-alliansen hadde siden opprettelsen styrket sin posisjon og var viktig medvirker og pådriver i den norske debatten knyttet til folkehelse spørsmål. Organisasjonene hadde hver for seg kjempet for å få individuelle strategier til de ulike sykdomsområdene, men i 2011 og 2012 var det en politisk uvilje mot å utforme strategier. Da kreftområdet fikk sin kreftstrategi ved regjeringsskiftet, holdt ikke lenger argumentene for ikke å utarbeide strategier på de andre sykdomsområdene. Etter påvirkning fra noen av brukerorganisasjonene ble derfor denne motviljen snudd til å innkalle til utforming av NCD-strategien (Diabetesforbundet, intervju, 24.januar, 2014). Dette viser at regjeringen, til tross for forpliktelsen gjennom WHO, likevel behøvde et legitimt dytt av makten som brukerorganisasjonene representerte for å få fortgang i prosessen. Derimot stiller vi oss undrende til at når det først ble besluttet å utforme NCD-strategien, så var tiden som ble satt til rådighet minimal og at den ble publisert like før valget. Prosessen ble betegnet som *"heseblesende"* og at de fire brukerorganisasjonene ble involvert på en *«uvanlig aktiv måte»* (Nasjonalforeningen for folkehelsen, intervju, 24.januar, 2014).

### Medvirkning og dialog

For å tegne et legitimitetsbilde for selve utformingen av NCD-strategien så vi på de innledende møtene og hvorvidt det ble lagt til rette for å få fram en best mulig situasjonsanalyse og en felles oppslutning om føringer knyttet til de ikke smittsomme sykdommene. Amdam (2005) trekker fram Habermas for å belyse verdien av å legge til rette for medvirkning hvor det kommunikative perspektivet blir vektlagt. Maktlikevekt mellom aktørene som får diskutere seg fram til en felles løsning er det sentrale i tillegg til at det understrekes at dette må skje i det offentlige rom. Friedmann (1987) støtter opp om dette og argumenterer videre at ved å legge til rette for medvirkning mellom et mangfold av aktører bringes kunnskap og handling sammen slik at man kan samene seg om et

felles bilde av en situasjon, komme fram til ønsket målsetning og definere hvilke tiltak som best kan imøtekomme målene. Ved å evaluere og lære av de effektene tiltakene gir kan man justere kursen og han beskriver dette som en dynamisk læringsprosess.

Helse- og omsorgsdepartementet inviterte NCD-alliansen til møter for å i fellesskap enes om strategiens retning og innhold. Brukerorganisasjonene opplevde invitasjonen til medvirkning som en tillitserklæring fra regjeringsapparatet. Tilbakemeldingene var at de opplevde seg som likeverdige aktører der de gjennom dialog fikk komme med innspill og diskutere seg fram til et felles utfordringsbilde knyttet til NCD-sykdommene. Med utgangspunkt i Habermas (i Amdam, 2005) og Friedmann (1987) sin argumentasjon om den kommunikative rasjonaliteten, ser vi at møtene bærer preg av dette. Likevel stiller vi oss undrende til om maktlikevekt er mulig å oppnå blant annet fordi hver av de fire brukerorganisasjonene representerer fire ulike sykdomsgrupper hvorav politisk innflytelse kan være basert på både egen opparbeidet makt, men også etter hvilke sykdomsområder myndighetene prioriterer. Informanten fra Kreftforeningen uttrykte at deres behov for å få en NCD-strategi i utgangspunktet ikke var like stort da kreftområdet hadde en egen strategi.

Nasjonalforeningen for folkehelsen uttrykte at de gjerne ønsket at demensområdet var tatt med i strategien *“...Vi synes demens burde komme på dagsorden som en folkehelseutfordring”* (Nasjonalforeningen for folkehelsen, intervju, 24.januar, 2014). De var derimot innforstått med at de internasjonale føringene måtte følges opp i den norske strategien hvor demens ikke var tatt med.

*«...Noen ganger må man bare bestemme seg for å jobbe konstruktivt med det utgangspunktet som ligger der. Men vi håper jo at det i det videre arbeidet med folkehelse og de ikke smittsomme sykdommene, at demens kommer til å bli inkludert i dette arbeidet»*  
(Nasjonalforeningen for folkehelsen, intervju, 24.januar, 2014).

Dette viser at det er ulikheter mellom organisasjonene, og det kan være interessant å stille spørsmål om dette fikk betydning for maktlikevekten og innflytelsen til de fire brukerorganisasjonene og om dette fikk betydning for utformingen av NCD-strategien.

Det er flere faktorer som gjør at vi stiller spørsmål ved legitimiteten av medvirkningen. Hvis vi tar for oss det første møtet for utforming av strategien, fikk vi tilbakemelding på at det var representert av generalsekretærer fra brukerorganisasjonene, politisk statssekretær, sentrale aktører fra embetsverket og to aktører fra helsedirektoratet som skulle skrive. Helse- og omsorgsdepartementet kalte inn til møtet og ledet møtet. De la også føringer innledningsvis knyttet til at strategien skulle først og fremst være et samlende dokument, en oppsamling av kunnskap og en retningsgiver for arbeidet. De utelukket enhver form for økonomiske intensiver. Amdam (2005, 2011) viser til det

instrumentelle fokuset på kostnader og effektivisering som har preget offentlig sektor etter at New Public Management fikk innpass for noen tiår siden. Ved å utelate økonomiske intensiver til gjennomføringen av NCD-strategien ser man at det instrumentelle tankesettet blir førende og kan bidra til å svekke legitimiteten ved å gå bort fra det som ble besluttet i fellesskap. Videre vil man være avhengig av lokal handlingskapasitet for å få gjennomført tiltakene, og uten finansielle midler kan dette føre til ulik grad av gjennomføring, eller at de ikke blir fulgt opp i det hele tatt.

I de påfølgende møtene blir brukerorganisasjonene invitert til å komme med skriftlige innspill. I forkant av disse hadde den enkelte brukerorganisasjon forberedt seg grundig, og la fram det siste på forskning og stilte med fagfolk. Det ferdige utkastet representerte et felles utfordringsbilde som de ulike organisasjonene støttet fullt og helt, og informasjonen knyttet til de enkelte sykdomsgruppene hadde de enkelte brukerorganisasjonene framstilt selv.

*«...Vi opplevde dialogen sånn, at hvis det er noe der som er dårlig beskrevet, så må vi også til en viss grad takke oss selv for det» (LHL, intervju, 23.januar, 2014).*

Dette viser en stor grad av tillit til brukerorganisasjonene, hvor medvirkningen og den felles oppslutningen om det generelle utfordringsbildet bidrar til å legitimere innholdet og prosessen. Et tankekors er at det allerede på første møtet mellom partene, ble det presisert at arbeidet skulle være ferdig i løpet av to til tre uker og at det skulle være valg. Det ble altså lagt opp til en uvanlig rask prosess noe som informantene bemerket. En av informantene uttrykte prosessen om «heseblesende» og at de fire brukerorganisasjonene ble involvert på en «*uvanlig aktiv måte*» (Nasjonalforeningen for folkehelsen, intervju, 24. Januar, 2014).

Tidsnøden førte til at bakgrunnsbeskrivelsene av de ulike sykdommene i stor grad var avskrifter fra de enkelte brukerorganisasjonenes handlingsprogram, og at organisasjonene i svært liten grad fikk tid til å forankre prosessen innad i egen organisasjon. Dette er forhold som kan utfordre graden av aksept og tillit nedenfra i den enkelte organisasjon. Informantene uttrykker imidlertid at innholdet i det som ble levert av skriftlige bidrag var av en slik karakter at det ikke ville være uenighet om dette innad i organisasjonene. Informantene påpeker tidsnøden og antyder at tidspunktet nok ikke var tilfeldig, men sier samtidig at det viktigste uansett var at det kom en NCD-strategi.

Dersom vi ser på hvordan den raske utarbeidelsesprosessen bidrar til å skille planlegging og handling, blir det vanskelig å få til den dynamiske læringsprosessen som Friedmann (1987) beskriver og som i følge Amdam (2005, 2011) bør være en sentral del i den strategiske planleggingen. Videre argumenter Amdam (2005, 2011) for i sin kapasitetsbyggende modell at planprosessen er dynamisk hvor de ulike planleggingsstadiene er koblet sammen og er gjensidig avhengig av hverandre. Det

korte tidsaspektet og at det skulle ferdigstilles før valget, viser at NCD-strategien blir utformet som et dokument og ikke som en dynamisk og legitim prosess. Legitimitetsbildet er her inne i en negativ retning som får konsekvenser både for prosessen og NCD-strategien.

Et annet punkt vi merket oss gjelder den politiske behandlingen av det ferdige utkastet. I forkant av dette ble det i første omgang ikke tilgjengelig for gjennomsyn av de fire brukerorganisasjonene. Men under påvirkning fra noen av organisasjonene endret derimot regjeringen beslutningen og sendte utkastet for gjennomsyn via mail. Det som viste seg var at det ferdige utkastet var mye svakere enn utgangspunktet, og de opplevde at utkastet var blitt utvannet, tilpasset og fikset til. Man kan se at legitimiteten blir preget av det instrumentelle synet hvor kostnadsspørsmålet blir styrende da alle tiltak som kostet penger var tatt bort. Som en av informantene sa; « *...Den hadde nok vært innom finansdepartementet* » (Diabetesforbundet, intervju, 24.januar, 2014). Dette understreker kritikken som det instrumentelle synet får fra flere da fokuset på kostnader og effektivitet blir overveiende og legger en demper for legitimerende planleggingsprosesser. Amdam (2005) viser til blant annet Habermas og Friedmann som hevder at dette fører til et skille mellom planlegging og handling og tilliten og aksepten til planleggere og det som planlegges svekkes. Man kan anta at å utelate brukerorganisasjonene bar preg av en byråkratisk handling som kunne forsvares med et nytte-kost fokus. Derimot ser man at NCD-strategien gikk fra å være en handlingsstrategi til å være en retningsstrategi. Ved kun å sende utkastet på mail får ikke medvirkningen kraften av den kommunikative rasjonaliteten som legger føringer for at man skal være fysisk til stede i dialog i det offentlige rom. Videre ble mye av det som kostet penger tatt bort fra strategien, og denne ovenfra- og ned styringen tydeliggjør at makten de representerte folkevalgte innehar er avgjørende i politiske beslutninger.

NCD-strategien skal være en samlende strategi med fokus på forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av de fire ikke smittsomme sykdommene. Regjeringen understreker at dette krever at både offentlig, privat og frivillig sektor samarbeider. På bakgrunn av dette mener vi det er grunn til å stille spørsmål ved hvorfor kun NCD-organisasjonene ble invitert til å delta i prosessen, og hvorfor ikke representanter fra for eksempel spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten var invitert? Vil dette bidra til å svekke legitimiteten til NCD-strategien? Vi ser også her at det instrumentelle synet preger prosessen slik at man ikke får til den integreringen av kunnskap og handling som Amdam (2005, 2011) argumenterer for som nødvendig for å bygge opp under legitimiteten av det som planlegges. I sin kapasitetsbyggende modell viser han hvordan planlegging og legitimitet knyttes sammen og understreker at prosessen er dynamisk og må sees på som en helhet. Det som besluttes i den strategiske delen vil legge føringer for den taktiske og den operative planleggingen som sammen sørger for å produsere løsninger til ulike behov i samfunnet. I

den grad man greier å samene seg om en felles vilje (strategisk planlegging), organisere et gjennomføringsapparat (taktisk planlegging), iverksette tiltak (operativ planlegging) og evaluere og lære av de effektene tiltakene fører til, vil gjenspeiles i legitimiteten av prosessen og bygge opp under den institusjonelle kapasiteten.

### Politisk vilje?

Dersom vi ser på oppfølgingen av NCD-strategien, er den ifølge våre informanter nærmest fraværende. NCD-alliansen har tatt kontakt med ny regjering for å få svar på hvordan de stiller seg til strategien, og tilbakemeldingen er at regjeringen støtter den, men at det ikke er full enighet rundt alle tiltakene. Hvilke tiltak dette konkret dreier seg om kommer ikke fram. Strategien ble beskrevet som *"tiltaksløs"*, og videre at *"...det som er det avgjørende er hva man gjør med planen, hvordan den følges opp. Strategier som ikke følges opp har ofte en virkning av at folk mister motet"* (Diabetesforbundet, intervju, 24.januar, 2014).

En annen refleksjon er at folkehelserådet som skulle opprettes i etterkant av strategien fortsatt ikke er etablert, og det er ifølge informantene uklart om det i det hele tatt blir opprettet. Dersom vi ser disse tilbakemeldingene i lys av det Amdam (2005, 2011) argumenterer for i legitimerende planlegging, viser denne mangelen på konkret oppfølging, at man blir stående fast i den strategiske fasen.

På den andre siden representerer strategien en retning som de fire brukerorganisasjonene har vært med på å påvirke retningen på, og som vil være et viktig dokument i den strategiske debatten framover for de ikke smittsomme sykdommene. NCD-alliansen kan vise til strategien som et politisk dokument som forplikter myndigheten til en viss grad å videreføre, men hvor viljen til faktisk å gjennomføre dette til syvende og sist sitter hos maktapparatet.

En folkehelsepolitikk som skaper nasjonal bærekraft, vil kreve balanse mellom tillit og kontroll, og en viktig forutsetning for dette er at politiske institusjoner kan legitimere seg selv gjennom å legge til rette for brede og åpne medvirkningsprosesser. Den institusjonelle rikdommen som samarbeidet mellom regjeringen, bruker-organisasjonene og samfunnet for øvrig kan representere må ikke undervurderes.

*«...Ingen regjering i verden kan løse disse utfordringene uten samarbeid med de frivillige organisasjonene og alle menneskene som bor i landet»* (Diabetesforbundet, intervju, 24.januar, 2014).

Bergem (2014) viser til rollen de frivillige organisasjonene har som «vaktbikkje» for å bidra til å legitimere viktige politiske spørsmål. LHL tok fram betydningen av dette i deres rolle som påvirkere

for at NCD-strategien blir fulgt opp videre; «...Vi kommer til å følge med. Vi forventer at den blir fulgt opp!» (LHL, intervju, 23.januar, 2014).

Videre ble det presisert at NCD-strategiens kortfattet og enkle form har en betydning fordi den er konkret; «...det mener jeg har en betydning fordi det gjør det lettere å følge opp, og det gjør det lettere å påse at det blir fulgt opp. Det er bra for oss som skal være vaktbikkjer på feltet» (LHL, intervju, 23.januar, 2014).

Det kom fram fra flere av informantene at den framtidige betydningen og utfallet av NCD-strategien er helt avhengig av at det er politisk aksept for å følge den opp. «... Den viktigste faktoren er politisk vilje» (LHL, intervju, 23.januar, 2014).

Amdam(2005) understreker betydningen av dette innledningsvis i boken «Planlegging som handling». For å skape bærekraftig utvikling må det et systematisk arbeid til hvor planlegging og handling er integrert sammen for å sette viktige saker på den politiske dagsorden, organisere et gjennomføringsapparat, iverksette handling og lære av de resultatene og effektene tiltakene gir;

*«...Planlegging blir på denne måten ein reiskap for politikktutforming og eit uttrykk for politisk vilje, men der planlegginga og plandokumenta ikkje oppnår meir aksept og legitimitet enn den graden av politisk vilje dei har samla» (Amdam, 2005: forord).*

## Oppsummering

Målet med oppgaven var å se nærmere på prosessen for utarbeidelse av NCD-strategien og hvordan NCD-alliansen var involvert. Vi har tatt utgangspunkt i følgende problemstilling;

*”I hvilken grad er NCD-strategien basert på medvirkning fra brukerorganisasjonene, og hvordan påvirker medvirkningen legitimiteten til NCD-strategien?”*

De fire brukerorganisasjonene som utgjør NCD-alliansen representerte samlet og hver for seg en legitim makt. Myndighetene ønsket og la til rette for stor grad av medvirkning da NCD-strategien skulle utformes.

Både den nylig framlagte Folkehelsemeldingen og forpliktelsen til WHO sin globale målsetning ga regjeringen den legale legitimiteten i prosessen med å utforme NCD-strategien. Sammen med legitimiteten nedenfra som ble mobilisert gjennom engasjementet som de fire brukerorganisasjonene representerte hver for seg og gjennom NCD-alliansen, ga dette nødvendig politisk makt for å kunne møte utfordringene de ikke smittsomme sykdommene gir.

Medvirkningen representerer en stor grad av kommunikativ rasjonalitet, hvor brukerorganisasjonene ble aktive medvirkere i møter hvor de var fysisk til stede og fikk argumentere og diskutere seg fram til et felles utfordringsbilde og målsetninger. Dette kan i følge Arnstein (1969) illustrere en form for partnerskap som bidrar til å bygge tillit og aksept mellom aktørene og som støtter opp under legitimiteten.

Organisasjonene i NCD-alliansen ble invitert til å delta aktivt i prosessen, og dersom vi analyserer medvirkningen ved bruk av Arnsteins (1969) medvirkningsstige (Figur 1) ser vi at medvirkningen i stor grad befinner seg mot toppen av stigen og kan karakteriseres som «borgermakt».

Vi stiller imidlertid spørsmål ved om involveringen av brukerorganisasjonene også hadde en mer manipulativ begrunnelse. Tiden fra arbeidet startet til strategien ble presentert var svært knapp. Organisasjonene bidro med mye tekst og faktainformasjon. Var det rent praktiske årsaker til å ta de med? Et annet spørsmål vi mener det er grunn til å stille er om organisasjonene ble trukket inn for å sette sitt «godkjenningstempel» på og dermed gi strategien legitimitet.

Dette bidrar etter vår mening til å svekke det totale bildet av legitimiteten i prosessen da legitimerende planlegging viser til langsiktighet, kunnskap og handling integrert i hverandre gjennom bred medvirkning hvor aktørene identifiserer seg med den retningen som besluttes. Videre skal det være rom for refleksjon og læring av de tiltakene man iverksetter slik at man kan justere retningen etter de målene og effektene man ønsker å fremme (Amdam, 2005, 2011).

Oppfølgingen av NCD-strategien stoppet opp etter regjeringsskiftet, og vi oppfatter at brukerorganisasjonene er avventende med hensyn til hvordan regjeringen vil følge opp strategien. De er likevel tydelige på at de forventer at den følges opp både fordi NCD-sykdommene representerer en nasjonal og global utfordring og fordi strategier uten oppfølging kan bidra til å svekke legitimiteten til myndighetene, NCD-strategien og prosessen som helhet.

For at NCD-strategien skal få legitimitet må utformingen bære preg av en dynamisk prosess som legger til rette for brede, åpne og demokratiske medvirkningsprosesser. Bare slik kan man skape det reelle bildet som folket støtter seg opp om. Dette legger fundamentet for det videre arbeidet med å organisere et gjennomføringsapparat og sikre at riktige tiltak blir iverksatt.

De fire brukerorganisasjonene vil sammen og hver for seg være sentrale pådrivere, påvirkere og bidragsyttere i arbeidet for å sikre en offensiv politikk mot NCD-sykdommene. Det er likevel i samspillet mellom legitimiteten til organisasjonene og myndighetene det skapes makt og kraft til å gjøre en forskjell. Vi støtter derfor brukerorganisasjonene og viser til Amdam (2005), det som er avgjørende nå er den politiske viljen.

## Avslutning

Arbeidet med denne prosjektoppgaven har vært lærerik og inspirerende. Vi har fått innblikk i en spennende politisk prosess, og sett verdien av å ta brukerkompetansen med. De fire store sykdomsgruppene representerer store folkehelseutfordringer og vi oppfatter at det er en erkjennelse av at disse utfordringene kun kan møtes i et nært samarbeid av både offentlig, privat og frivillig sektor.

Vi er tre studenter som står bak oppgaven. Vi har ulik faglig bakgrunn, ulik arbeidserfaring og ulik alder, noe som har vært spennende og bidratt til interessante faglige diskusjoner underveis. Gruppen ble etablert på første studiesamling, og vi laget tidlig en framdriftsplan som har blitt fulgt og som har vært av avgjørende betydning for å sikre jevn progresjon i arbeidet i en travel hverdag.

Arbeidet med oppgaven har utfordret oss til å utforske fagområdet og pensumet knyttet til medvirkning og legitimitet, og gitt oss erfaring i å innhente informasjon ved hjelp av intervju. I prosessen med å velge relevant litteratur, utforme intervjuguide og problemstilling har vi hatt stor nytte av faglig veiledning. Vi vil derfor rette en stor takk til Randi Bergem og Roar Amdam for viktige bidrag underveis i prosessen.

Sist men ikke minst vil vi takke våre fire informanter Frode Jahren, generalsekretær i LHL, Tryggve Eng Kielland, spesialrådgiver Internasjonalt arbeid i Kreftforeningen, Anne Lise Ryel, generalsekretær Kreftforeningen, Lisbet Rugtvedt generalsekretær i Nasjonalforeningen for folkehelsen og Bjørnar Allgot. generalsekretær Diabetesforbundet. Uten deres velvilje, åpenhet og viktige bidrag ville denne oppgaven ikke være mulig å skrive.



## Vedlegg

### Vedlegg 1, intervjuguide

#### Intervjuguide

Informanter: Politisk/administrativ leder av Kreftforeningen, Norges Diabetesforbund, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke og Nasjonalforeningen.

##### **Innledning:**

Gi en orientering om studiet og om prosjektoppgaven.

Informert om bakgrunn og mål for intervjuet, varighet, hvordan dataene vil bli brukt.

Informert om at vi ønsker opptak av samtalen og hvorfor. Sørg for evt godkjenning av dette og orienter om at opptakene vil bli slettet.

Ønsker informanten anonymitet?

##### **Spørsmål**

Hva var bakgrunnen for utarbeidelsen av strategien?

På hvilken måte var (navn på organisasjon informanten representerer) involvert i utarbeidelsen av strategien?

I hvilken grad mener du at (navn på sykdom informanten representerer) er ivaretatt i strategien? (beskrivelse av status, nødvendige tiltak, prioritering osv)

Hvordan er oppfølging og gjennomføring av strategien organisert? (aktører, implementering, osv)

I hvilken grad mener du strategien vil ha betydning for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av (navn på sykdom informanten representerer).

I hvilken grad mener du strategien vil ha betydning for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av ikke-smittsomme sykdommer generelt.

##### **Avslutning**

Er det noe informanten ønsker å legge til?

Kort oppsummering

Takk for deltakelsen!

## Referanser

Amdam, R. (2005): *Planlegging som handling*. Oslo, Universitetsforlaget

Amdam, R. (2011): *Planlegging og prosessleing*. Oslo, Samlaget

Amdam, R. (2013): Helse og omsorg i plan, Høgskolen i Volda 2013/2014, forelesning 12.11.13

Arnstein, S. R. (1969): A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35:4, 216-224.

Bergem, R. (2014): Helse og omsorg i plan, Høgskolen i Volda 2013/2014, forelesning 28 og 29.04.14, 10.04.14

Diabetesforbundet. (2011): *Ikke-smittsomme sykdommer Vekst, trender, utfordringer og samarbeid*, presentasjon Diabeteskonferansen 1011.

Hentet fra [http://www.diabetes.no/filestore/-Diabetesno\\_-\\_filarkiv/For\\_tillitsvalgte/Presentasjoner/Diabeteskonferansen\\_/Ikke-smittsommesykdommer.pdf](http://www.diabetes.no/filestore/-Diabetesno_-_filarkiv/For_tillitsvalgte/Presentasjoner/Diabeteskonferansen_/Ikke-smittsommesykdommer.pdf)

Nedlastet 08.04.14.

Diabetesforbundet. (2014): Om forbundet. [http://diabetes.no/no/Om\\_forbundet/](http://diabetes.no/no/Om_forbundet/) Nedlastet 08.04.14.

Friedmann, J. (1987): *Planning in the Public Domain: From Knowledge to Action*. Princeton, NJ: Princeton University

Healey, P. Magalhaes C, Madanipour A, (1999). *Institutional Capacity-building, Urban Planning and Urban Regeneration Projects*. Futura vol. 18. no. 3.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013): Pressemelding nr 31/2013

Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/hod/Nyheter-og-pressemeldinger/pressemeldinger/2013/til-kamp-mot-folkesykdommene.html?id=735276>

Nedlastet 23.03.14

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012: *Folkehelsemeldingen*. St.meld.nr 34 (2012-2013)

Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/38307106/PDFS/STM201220130034000DDDPDFS.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013): *NCD strategi 2013 – 2017*

Hentet fra [http://www.regjeringen.no/pages/38449517/ncd\\_strategi\\_060913.pdf](http://www.regjeringen.no/pages/38449517/ncd_strategi_060913.pdf)

Kreftforeningen. (2014): Om Kreftforeningen. <https://kreftforeningen.no/om-kreftforeningen/>.

Nedlastet 08.04.14.

Nasjonalforeningen. (2014): Om oss. [http://nasjonalforeningen.no/no/Om\\_oss/](http://nasjonalforeningen.no/no/Om_oss/). Nedlastet 08.04.14.

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. (2014): Om LHL. <http://www.lhl.no/om-lhl/organisasjonen/presentasjoner/presentasjoner/generell-presentasjon-av-lhl/>. Nedlastet 08.04.14.

Repstad, P. (2007): *Mellom næret og distanse*. Oslo, Universitetsforlaget

World Health Organization. (2011): *Moscow Declaration Preamble*

Hentet fra

[http://www.who.int/nmh/events/moscow\\_ncds\\_2011/conference\\_documents/moscow\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/conference_documents/moscow_declaration_en.pdf?ua=1)

World Health Organization. (2011): *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*. Hentet fra [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf)