

Hvis Frisklivssentraler er svaret, hva var da spørsmålet ?

En maktanalytisk tilnærming til kommunale frisklivssentraler

Anna Birna Ólafsdóttir



Mastergradsoppgave
Institutt for helse og samfunn, avdeling for helsefag,

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2014

I thought I could organize freedom
How Scandinavian of me

- Björk

Copyright Anna Birna Ólafsdóttir

Ár 2014

Tittel: Hvis Frisklivssentraler er svaret, hva var da spørsmålet.
En maktanalytisk tilnærming til kommunale frisklivssentraler.

Forfatter: Anna Birna Ólafsdóttir

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Denne studien tar for seg hvordan individrettet styring av borgerne mot sunn livsstil og helseatferd blir en måte å løse det som oppfattes å være problemet for helsen og helsevesenet. I løpet av det 20. århundre har oppfatningen av såkalte "helseutfordringer" endret seg betydelig. Tidligere var det infeksjonssykdommer som stod i fokus. Nå står ikke-smittsomme sykdommer knyttet til livsstil og helseatferd langt mer sentralt. Et av de nyeste skuddene på det norske helsevesenets tre er såkalte "frisklivssentraler". I denne oppgaven blir frisklivssentraler studert som eksempel på slik individfokuset styring. Frisklivssentraler gir tilbud til personer som trenger hjelp til endring av livsstil og helseatferd. Endringen skal føre til at personene selv tar ansvar for å opprettholde den gode helsen. Denne oppgaven argumenterer for at denne formen for endringsorientert tilnærming i stigende grad er blitt den vinklingen som helsepersonell forventes å ha overfor pasienter.

Ved hjelp av Michel Foucaults *governmentality*-perspektiv, studeres denne tendensen til å sette individet i sentrum som både *årsak* til og *løsning* på den manglende helsen. Basert på Foucaults teorier, anvendes en diskursanalytisk tilgang, utarbeidet av statsviteren Carol Lee Bacchi. Denne innebærer blant annet en gransking av bakgrunn, antakelser og effekter av den problemforståelse som ligger til grunn for de forslag som frisklivssatsingen innebærer. Det empiriske materialet for studien er "*Veileder for kommunale frisklivssentraler*", utarbeidet av Helsedirektoratet for norske kommuner som nå anbefales å etablere slike sentraler.

Studien viser hvordan individuell livsstil og helseatferd blir utpekt som problemframstilling av de ikke-smittsomme sykdommene. Individets *ansvar* for egen helse settes dermed i sentrum for de intervensjoner som prioriteres. Ved hjelp av Foucaults beskrivelser av moderne styring analyserer oppgaven for det første hvordan *kunnskapsmakt* og *risiko* definerer folkehelseinnsatsen. For det andre analyserer den hvordan *subjektivering* og *selvteknologier* forutsetter forestillinger om handlekraftige og autonome individer. Frisklivsdiskursen baserer seg på forestillingen om den frie borgeren som lar seg styre mot sunnhet.

Abstract

This thesis is a study of how the governing of citizens towards healthy lifestyle and behavior becomes a way to solve what is perceived to be a problem for health and the public health system. The dominant perception of so-called "health challenges" has changed considerably during the 20th century. In earlier epochs focus was placed more on infection diseases. Currently, non-communicable diseases connected to lifestyle and health behavior take a much more central role. One of the latest additions to the Norwegian public health system is the so-called *Frisklivssentral* (Healthy Living Central). This thesis is an analysis of how such centrals represent an individual-focused approach to governance. The centrals provide services to persons in need of assistance in changing their lifestyle and health behavior. Changes are meant to strengthen the capacity of individuals to take charge of their own lifestyle maintenance. In this thesis it is argued that such a change-oriented approach increasingly has become the framework in which health personnel is expected to interact with patients.

By way of Michel Foucault's perspective on *governmentality*, the thesis analyzes this said tendency to place the individual at the center of attention as both a *cause* and a *solution* to the lacking health. Based on Foucault's theories, a discourse analysis developed by the political scientist Carol Lee Bacchi is used. Among other things, this implies a study of backgrounds, assumptions and effects of the problem definition at the base of the Healthy Living Central approach. The empirical material for the thesis is "*Veileder for frisklivssentraler*" (Guidelines for Healthy Living Centrals), developed by the *Helsedirektoratet* (The Norwegian Directorate of Health) for Norwegian municipalities – recommending that such Healthy Living Centrals should be established.

The analysis shows how individual lifestyle and health behavior commonly is linked as causes to non-communicable diseases. In this manner, individuals' responsibility for their own health is contextualized at the center for the interventions that are prioritized. Using Foucault's perspectives of modern governance, the thesis analyses how *knowledge regimes* and *risk* define public health approaches. Secondly, the analysis concerns the ways and means by which *subjectification* and *self-technologies* presuppose imaginations of resourceful and autonomous citizens. The *Healthy Living Centrals* discourse is based on the imagination of *free citizens governed* towards healthy living.

Forord

En lang vandring er ved veis ende. En vandring i ytre og indre fjellheim. Den har bestått av atskillige turer mellom Kristiansand hvor jeg bor og jobber, og Oslo hvor jeg har valgt å studere ved det medisinske fakultetet ved UiO de siste årene. Det har vært en inspirerende reise inn i teoretiske, metodiske og fordypende landskap hvor jeg også har vært så heldig å møte en hyggelig gjeng medstudenter og et profesjonelt fagmiljø ved avdeling for helsefag.

Disse årene har vært travle for meg med både jobb og studier. Det har nok vært til tider underlig for familien å se meg bli såpass distré og opptatt med studieturer, eksamensfrister og endeløs oppgaveskriving. Jeg har ikke angret ett sekund på denne prioriteringen men må vedgå at jeg ser frem til å kanskje igjen begynne å huske hvor jeg har lagt nøkler og telefon, hvor jeg skal ut av rundkjøringer og hvor jeg just parkerte sykkelen.

Jeg synes dette er en fin anledning til å vise all den takknemligheten jeg bærer på. I tillegg til medstudenter, forelesere og lærere, vil jeg rette en særlig takk til mine to veiledere på denne oppgaven; hovedveileder Eivind Engebretsen og biveileder Lisbeth Thoresen, begge ved avdeling for helsefag. Takk for uvurderlige og konstruktive innspill samt oppmuntring hele veien. De kritiske spørsmålene fikk meg til å tenke selv, tilliten og støtten fikk meg til å tro på prosjektet.

Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter takkes for stipend som har vært fornuftig anvendt til tog- og bussbilletter samt til innkjøp av fagbøker.

Kollegaer, venner, familie og andre som har heiet på meg får varm takk. Alle venner i Oslo-området som raust har åpnet sine hjem for en hybeltrengende student gang på gang: Tusen takk for meg ! Husk at vårt hjem i Kristiansand står like åpent.

Til slutt vil jeg rette den dypeste takknemlighet til min nærmeste familie; Oddgeir, Alda, Pål og Eydís. Uten deres aksept og tilrettelegging ville jeg ikke klart å gjennomføre disse 3 årene. Jeg gleder meg stort til mer fritid sammen med dere !

Kristiansand, mai 2014

Anna Birna Ólafsdóttir

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Tema for oppgaven.....	1
1.2	Bakgrunn	2
1.3	Avgrensning:.....	4
1.4	Hensikt:	4
1.5	Problemstilling:.....	5
1.6	Tidligere studier:	5
1.7	Oppgavens oppbygning:	7
2	Metode og teoretisk begrepsapparat	8
2.1	Diskursanalyse	8
2.2	Governmentality	9
2.3	"Hva er problemet"-tilnærmingen.....	11
2.3.1	Analysespørsmål	13
2.3.2	Anvendelse av Bacchis tilnærming.....	16
2.4	Etiske overveielser:.....	17
2.5	Forskerrollen og egen posisjon:	17
3	Presentasjon av tekstmaterialet	18
3.1	Tekstens tilblivelse:	18
3.2	Tekstens utforming og innhold:.....	18
3.3	Hvorfor analysere en offentlig veileder	19
4	Analyse	21
4.1	<i>Hva sies problemet å være?</i>	21
4.2	<i>Hvilke antagelser ligger til grunn for denne framstillingen?</i>	23
4.2.1	Dikotomier:	23
4.2.2	Kategorier:.....	26
4.2.3	Nøkkelbegreper:	28
4.3	<i>Hvordan har denne framstillingen blitt til?</i>	34
4.3.1	Noen trekk i folkehelseutviklingen.....	34
4.3.2	Risikotankegangen	37
4.3.3	Kunnskapsleverandører:	38
4.3.4	Forholdet mellom staten og borgeren.....	39
4.4	<i>Hva er usagt eller uproblematiskert i denne framstillingen?</i>	41
4.4.1	Vilje og valg	41
4.4.2	«Utfordringer».....	42
4.5	<i>Hvilke effekter/ virkninger skapes av denne framstillingen?</i>	43
4.5.1	Diskursive effekter.....	43
4.5.2	Subjektiverende effekter.....	46
4.5.3	Materielle effekter.....	55
4.6	<i>Hvordan/hvor har denne framstillingen av "problemet" blitt produsert, spredt og forsvart?</i>	56
5	Oppsummerende drøfting	58
5.1	Hva muliggjør frisklivssatsingen og helsetjeneste som frisklivssentraler?	58
5.2	Hvem styres?	59
5.3	Hvordan foregår styringen?	59

5.3.1	Beslutningstakere	59
5.3.2	Ansatte/helsepersonell	60
5.3.3	Deltakere.....	60
5.4	Metodiske refleksjoner.....	61
	Litteraturliste	63

1 Innledning

1.1 Tema for oppgaven

I løpet av 20 år som yrkesaktiv fysioterapeut, har jeg observert en viss fokusendring innen min og flere andre helsefaglige yrkesgrupper. Inntrykket er at forventningene til hva helsepersonell skal formidle til pasienter¹ har endret seg i en bestemt retning. Fra å være hjelpende behandlere, oppfordres vi i økende grad til å "lære pasienten å ta ansvar for egen helse" og sørge for å "gi hjelp til selvhjelp" fremfor å "sy puter under armene". Vi bes påse at pasienten opplever "egenmestring, empowerment og brukervedvirkning" fremfor å møte "en bedrevitende ekspertise". Etter oppfordring fra en tidligere helseminister oppfordres folk sågar til å "være sin egen helseminister" (Fugelli & Solbakk 2003).

Både helsepersonell og private aktører innen den stadig voksende helse- og livsstilsbransjen skolerer nå i metoder som skal gjøre pasienten/klienten bedre i stand til å leve et varig sunnere, lykkeligere og friskere liv gjennom bevisste valg og disiplinær livsførsel. Denne utviklingen kan muligens beskrives som typisk for det moderne menneskets prosjekt. Et prosjekt som blant annet innebærer at forvaltningen av ens gode helse blir en måte å realisere seg selv på. (Rysst 2010, McCuaig 2008). Sunn livsstil blir i den samme vendingen en måte å både vise egen suksess og et samfunnsansvar på. Helsen er nemlig ikke kun et personlig prosjekt men også et samfunnsanliggende og av den grunn også noe som i stor grad berører myndigheter og politiske avgjørelser (Pajari m. fl. 2006, Fullager 2002). De siste par årtiene har det vært tydelige signaler fra norske myndigheter om at helsevesenet skal forebygge mer og behandle mindre. Myndighetene ønsker at individer tar "riktige" valg i forhold til livsstil og helseatferd for å sikre god helse og lite sykdom i befolkningen (Helse- og omsorgsdep. 2013, Helsedep. 2003). Fra politisk hold foreslås det derfor tiltak og verktøy for å styre utviklingen i ønsket retning. Dette kommer blant annet frem som økning av livsstils- og selvhjelpstilbud innen helsevesenet og flere studieprogrammer innen helsefagene med fokus på helseatferd, livsstilsveiledning og kognitiv tilnærming.

¹ Pasient kan her også leses som bruker, klient, individ eller person.

På bakgrunn av det jeg har beskrevet over, kan det virke som om det skjer en gradvis forflytning av ansvar og makt over helsen. En forflytning fra et behandlende helsevesen til et livsstilsorientert individ. En forflytning fra det ytre fysiske til det indre kognitive. Dette har fanget min interesse. I løpet av mastergradsstudiet, og kurset "*Makt, omsorg og verdighet*" i særdeleshet, har ønsket om å tematisere dette i oppgaven, vokst frem. Jeg har derfor kommet frem til at jeg gjerne vil studere denne tendensen med fokus på hvordan individet styres til selvstyring. Et nytt og dagsaktuelt eksempel er såkalte frisklivssentraler; en ny kommunal helsetjeneste for personer som trenger hjelp til endring av livsstil/levevaner. Mitt inntrykk er at frisklivssentralene nettopp baseres på en tilnærming som innebærer styring av selvstyring.

I det følgende avsnittet vil jeg gi en kort oversikt over den offentlige folkehelsesatingen som har ledet frem til dagens frisklivssentraler (heretter også: FLS).

1.2 Bakgrunn

I løpet av det 20. århundre har norske myndigheter forsøkt å påvirke folkehelsen og innbyggernes livsstil gjennom blant annet holdningskampanjer, informasjonsarbeid, skolehelsetjeneste og mediedekning (Elvebakken & Stenvoll 2008). Slike tiltak har vært rettet mot både befolkningen generelt og mot såkalte risikogrupper- og individer spesielt. De siste 20 årene har, som tidligere nevnt, helsepolitiske dokumenter vektlagt at fremtidige helsetjenester skal i større grad forebygge og ikke kun reparere sykdommer. I 2003 kom Stortingsmeld. nr. 16 *Resept for et sunnere Norge* som setter fokus på folkehelsearbeidet i Norge. Meldingen legger frem strategier for et sunnere Norge og politikk som skal bidra til flere leveår med god helse i befolkningen og reduserte forskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

Meldingen løfter frem individets ansvar for egen helse og påpeker samfunnets ansvar for å legge til rette slik at individet gjør sunne valg. Dette særlig med tanke på fysisk aktivitet, kosthold og tobakk (Helsedepartementet 2003). Gjennom denne meldingen tydeliggjøres det politiske fokuset på livsstilspåvirkning gjennom helsetjenesten. Dette fokuset er fortsatt til stede i Stortingsmelding nr. 34 *Folkehelsemeldingen* (Helse- og omsorgsdep. 2013).

I årene etter 2003 er det produsert en del handlingsplaner og tiltak igangsatt, rettet mot både individ og samfunn i forhold til livsstil og helseatferd i befolkningen (Klepp m.fl. 2010/Bahr m.fl. 2009). I forlengelse av disse tiltakene har det altså dukket opp et nytt begrep og en ny institusjon knyttet til dette feltet; frisklivssentral. Riktignok ble den første frisklivssentralen etablert i Modum kommune så tidlig som i 1996. Denne var videre et forbilde for samarbeid mellom 5 fylker og Helsedirektoratet for videreutvikling av slike tilbud (Helse- og omsorgsdep. 2013).

Frisklivssentraler er et tilbud innen kommunal helse- og omsorgstjeneste, rettet mot personer med behov for å endre levevaner i forhold til fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Det er innvilget statlige stimuleringstilskudd til etablering av sentralene og gjort et betydelig arbeid i så vel Helsedirektoratet som hos fylkesmenn for å støtte og veilede kommuner i denne prosessen. Frisklivssentral er ikke en lovpålagt kommunal tjeneste og en oversikt fra april 2013 viser at det er etablert 150 slike sentraler men variasjonen er stor mellom fylkene (ibid).

I regi av Helsedirektoratet ble det i 2011 utarbeidet en offentlig veileder: *Veileder for kommunale frisklivssentraler* og denne revidert i 2013 (Helsedirektoratet 2011 & 2013). Veilederens reviderte utgave er tilgjengelig og nedlastbar fra Helsedirektoratets nettsider.² Norske kommuner ble anbefalt å etablere FLS med henvisning til samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. jan. 2012. Ifølge veilederen knyttes helseutfordringene i Norge i stor grad til helseatferd og FLS skal være tilbud til personer som trenger hjelp til endring av helseatferden.

Tilbudet ser altså ut til å rette seg mot individer som av en eller annen grunn ikke selv tar initiativ til de endringer som myndighetene ønsker at befolkningen gjør for å bedre folkehelsen. FLS skal fortrinnsvis være organisert av helsetjenesten og der skal personer kunne oppsøke treningstilbud, motiverende veiledningssamtaler, røykesluttkurs og kostholdskurs. Kommunene rådes til å ansette kyndig fagpersonell på sentralene og målet er at sentralenes brukere oppnår varige endringer gjennom tilbudene.

² Hyperlinker til veilederens forskjellige utgivelser finnes i kap. 3.2.

Veilederen refererer til en mengde litteratur og institusjoner som hevder at vi nå står overfor en epidemi av ikke-smittsomme sykdommer som diabetes type-2, kreft, hjerte- og karsykdommer. Selv om årsakssammenhengene til disse sykdommene gjerne presenteres som sammensatte så går de ofte under samlebetegnelsen *livsstilssykdommer*, med hentydning til usunn livsstil og atferd som påvirker helsen i negativ retning (WHO 2011 / WCRF/AICR 2007).

1.3 Avgrensning:

Som nevnt innledningsvis er det styrings- eller maktperspektivet ved myndighetenes verktøy jeg ønsker å studere her. Begrepet makt kan høres voldsomt ut i denne sammenheng. En tradisjonell forståelse av makt forbindes gjerne med noe negativt som tvang eller ubalanse i styrkeforhold aktører i mellom. Men maktbegrepet forstås her innen en bredere ramme som hverken defineres som positiv eller negativ. Makt forstås her som all form for styring og påvirkning. Den rommer begreper som empowerment³, selvstyring og styring av individers selvstyring (Askheim 2012, Engebretsen & Heggen 2012, Dean 2010). Det er særlig denne siste formen for makt; styring av individers selvstyring jeg synes det er interessant å se nærmere på i forhold til FLS.

Som et empirisk grunnlag har jeg valgt å ta for meg den offentlige veilederen *Veileder for kommunale frisklivssentraler* (Helsedirektoratet 2013). Jeg vil studere denne ved hjelp av en diskurs/maktanalytisk tilnærming. Begrunnelse for dette tekstvalget samt nærmere presentasjon av veilederen blir gitt i kapittel 3.

1.4 Hensikt:

Helsefaglig praksis er aldri nøytral. Den er alltid preget av blant annet holdninger, valg, tidsånden og teoretiske perspektiver (Juul Jensen/ Fuur Andersen m.fl. 1995). Hensikten med

³ På de skandinaviske språkene ofte oversatt til *myndiggjøring* eller *maktmobilisering* (Askheim 2012 / Sørensen & Graff-Iversen 2001)

oppgaven er å finne frem til den bakgrunn og de holdninger som kommer til syne skjult eller tydelig, ved analyse av veilederen. Mitt anliggende er ikke å vurdere i hvilken grad FLS som helsetjeneste har et eksistensgrunnlag med utgangspunkt i de såkalte helseutfordringene. Det er derimot frisklivssatsingen og dennes styringsimplikasjoner som er oppgavens dreiningspunkt.

1.5 Problemstilling:

Jeg ønsker å avklare hvilke problemer veilederen er tenkt å løse og videre hvilke styringsformer den presenterer; hvem som styres og på hvilken måte. I tillegg vil jeg forstå bedre de betingelser som muliggjør FLS.

Jeg har formulert følgende problemstilling:

Hvilket problem er frisklivssatsingen tenkt å løse? Hvilke former for makt og styring kommer til syne i "Veileder for kommunale frisklivssentraler"?

1.6 Tidligere studier:

Denne studien er et bidrag til et allerede eksisterende felt. Et felt som setter lys på helse og styring av borgere. Innledningsvis og underveis i skriveprosessen har jeg søkt etter litteratur og studier som omhandler det samme, om enn ikke nødvendigvis med samme eksemplifisering (frisklivssentraler). Når det gjelder studier av myndighetenes metoder for å påvirke individers livsstil og helseatferd er det gjort en del både norske og skandinaviske studier, blant annet den norske boken *Reisen til helseland - propaganda i folkehelsens tjeneste*, redigert av Elvebakken & Stenvoll (2008). Boken drar opp de historiske linjer som har gått fra påbud til påvirkning i norsk folkehelsearbeid på 1900-tallet. Denne boken har gitt en nyttig innsikt i historien til den norske folkehelsesatsningen som belyses i oppgavens analysekapittel. Dorothy Porters bok *Health, civilization and the state* (1999) har også gitt

god oversikt over utviklingen i folkehelsesatsingen i flere samfunn fra tidlige tider og frem til i dag.

Danske forskningsmiljøer har kanskje vært de mest produktive blant de skandinaviske når det gjelder studier knyttet til såkalt *governmentality* (styringsmentalitet) innen helse- og sosialfeltet. Signhild Vallgård har publisert flere studier om skandinavisk folkehelsepolitikk med maktanalytisk tilnærming. Hun har bidratt med blant annet komparative analyser av folkehelsepolitikken i forskjellige land, analyser av folkehelsepolitiske intervensjoner samt operasjonalisering av maktbegreper i lys av medisin- og helsefagene (Vallgård 2001, 2004, 2011a, 2011b, 2012).

Kaspar Villadsen (Villadsen 2003, 2004, 2007 / Karlsen & Villadsen 2007, 2008 / Mik-Meyer & Villadsen 2007 / Dean & Villadsen 2012, Villadsen & Pii 2012) har sammen med flere forskere levert litteratur om styring og forming av borgeren gjennom sosialt arbeid innen den moderne velferdsstat. Kjær & Reff (2010) har i samarbeid med flere andre danske forskere publisert studier om pasienten som styringsobjekt innen dansk helsevesen. I Norge har blant annet Engebretsen & Heggen redigert boken *Makt på nye måter* (2012), som også tar for seg velferdsstatens mykere og mer indirekte maktformer. Boken presenterer maktteori og metode samt flere eksempler på analyse av disse indirekte maktformene innen norsk helse- og sosialtjeneste.

Forskere av internasjonal størrelse som Nicolas Rose (1992, 1999a, 1999b, 2007, 2013), Deborah Lupton (1992, 1997, 1999, 2013) og Mitchell Dean (2010, 2012) har skrevet betydelige publikasjoner om helse- sosial- og medisintjenester i maktperspektiv. Alle ovennevnte forskere og studier har vært blant viktige kilder til teoretisk og empirisk inspirasjon i min oppgave.

Når det gjelder studier av frisklivssentraler og lignende tilbud, foreligger det en rekke kvantitative studier som måler effekter av slike tilbud (Kunnskapscenteret 2012). Foreløpig har jeg kun funnet én studie (mastergrad) som tar for seg frisklivssentraler og norsk folkehelsepolitikk i et diskursanalytisk perspektiv (Vaule 2012). Denne har imidlertid et annet fokus enn min studie ved at den konsentrerer seg om hvordan folkehelsepolitiske diskurser former og gir retning i folkehelseinnsatsen.

1.7 Oppgavens oppbygning:

Det kapittelet som her avsluttes er innledning og skal gi leseren et innblikk i hva oppgaven omhandler. Bakgrunn for temavalg, presentasjon av problemstilling samt plassering av denne oppgaven i det forskningsfeltet den står i, er også gjort rede for.

I kapittel 2 vil både metode og teoretisk begrepsapparat forklares. Jeg har valgt å holde dette i samme kapittel da den diskursanalytiske tilnærming egentlig rommer både teori og metode som hengende tett sammen. Metodisk fremgangsmåte med 6 konkrete analyse spørsmål forklares, begreper som danner rammen for analysen introduseres og styringsforståelsen gjøres rede for.

Kapittel 3 gir presentasjon av den teksten som analyseres: *Veileder for kommunale frisklivssentraler*. Jeg forsøker å gi et bilde av hvordan veilederen fremstår og er utformet, kort om hvordan og hvorfor den har blitt skrevet og til slutt en kort begrunnelse for hvorfor det kan være på sin plass å analysere veilederen i denne sammenhengen.

Opgavens hoveddel er kapittel 4. Her presenteres analysen av veilederen ved hjelp av de 6 analyse spørsmålene og drøftes fortløpende. Dette kapittelet inneholder derfor også oppgavens hoveddiskusjon.

Avslutningsvis oppsummeres analysens hovedfunn i kapittel 5 med utgangspunkt i problemstillingen. Jeg prøver her å dra frem hovedtrekkene som har særlig relevans for belysning av den måten styring og makt kommer til syne på i veilederen. Jeg vil også gi en avsluttende metoderefleksjon.

2 Metode og teoretisk begrepsapparat

I oppgavens teori- og metodekapittel vil jeg gi en presentasjon av den makt- og styringsforståelse som ligger til grunn for analysen. Det er to viktige teoretiske begreper for analysetilgangen jeg vil gjøre rede for først; *diskursanalyse* og *governmentality*. Deretter presenterer jeg den metodiske fremgangsmåten jeg har valgt for arbeidet; analysetilnærmingen *Hva er problemet?*

2.1 Diskursanalyse

Diskursanalyse er både teori og metode. Som vitenskapstradisjon er den relativt ung og regnes gjerne som en kritisk reaksjon mot objektivitet som tilnærming til den politiske og sosiale virkelighet (Neumann 2001 / Jørgensen & Phillips 1999). Diskursanalyse er en kvalitativ, fortolkende tilnærming til språk og sosial praksis, i denne studien ved tekster om helsefaglig praksis. Den består av å stille spørsmål til teksten for å finne frem til nyanser ved praksisen som kanskje ikke virker opplagte. Dette innebærer en kritisk holdning til en for-gitt-tatt kunnskap og metoden som sådan skal gi motstand til det feltet som undersøkes, løfte frem både synlige og usynlige stemmer uten å skulle formidle en objektiv sannhet (Lupton 1992).

Der finnes mange varianter av diskursanalytisk tilnærming men de langt fleste er inspirert av den franske filosofen og idéhistorikeren Michel Foucault som regnes som en av 1900-tallets viktigste tenkere. Det var særlig hans undersøkelser om maktens flyktige og ofte usynlige former som etterlot viktige spor. Arild Utaker (2000) beskriver Foucault som en *stifinner* som utfordrer våre tilvante perspektiver ved å åpne opp helt nye. Ved bruk av begrepskonseptet om diskurser, identifiserte Foucault makt- og avmaktrelasjoner innen felt som seksualiteten, galskapen, medisin, forbrytelse og straff. Hans teorier om makt og diskurs vil være et viktig perspektiv i denne oppgaven.

Diskursanalyse har vitenskapsteoretisk forankring innen sosialkonstruktivismen, dvs. verden betraktes som å være konstruert gjennom sosiale handlinger, blant annet språk. (Berger &

Luckmann 1967). Foucaults diskursanalyse er likevel ikke en ren språkanalyse men innebærer undersøkelse av teknologier, praksiser, institusjoner og kropper (Mik-Meyer & Villadsen 2007).

Men hva er en diskurs? Diskurser kan sees på som meningsrammer. Det er disse rammene som definerer hva det er mulig å mene, formidle og tenke innenfor en gitt kontekst eller felt. I tillegg definerer de **hvem** som kan uttale seg innen for det gitte feltet. All kommunikasjon, skriftlig som muntlig foregår innen diskurser (Lupton 1992). Diskursen rommer det vi tar for gitt om et tema, meget enkelt forklart. Det vi tar for gitt er i sin tur avhengig av en mengde forutsetninger. Det vi tar for gitt om fattigdom for eksempel, avhenger blant annet av våre forestillinger om nødvendig, tilgjengelig materialitet, økonomi og ressurser.

En diskursanalytiker ønsker å utfordre for-gitt-tatte kategoriseringer da de egentlig ikke er naturgitte eller sementerte størrelse men i stor grad sosialt konstruerte (Foucault 1999). Diskursanalysen skal bringe frem en forståelse av hvordan tekster og tale både springer ut fra og gjør seg gjeldende innen sosiale kontekster (Mathisen 2003).

Foucaults verker sies å være lite egnede som en enkel innføring i diskursanalyse (Utaker 2000, Neumann 2001) og dette gjenspeiles til en viss grad i denne oppgaven da jeg primært anvender sekundærlitteratur. De teoretikerne som videre har latt seg inspirere av Foucault, har i varierende grad utarbeidet konkrete analysemetoder og -modeller. Diskursanalyse gir slik sett i utgangspunktet stor frihet til fremgangsmåte, dette da selvsagt både til glede og til frustrasjon. Som metode krever diskursanalyse at den som analyserer har god kunnskap om temaet som analyseres men at en samtidig er subjektiv og fanger og følger opp de inntrykk teksten gir gjennom analysen (Jørgensen & Phillips 1999).

2.2 Governmentality

Michel Foucault interesserte seg i det moderne subjektet; hva vil det si å være menneske i dag? Han hevdet at det moderne subjektet skapes gjennom to styringsteknikker/teknologier; maktens teknologi og selvets teknologi (Coveney 1998). Disse teknologiene fremtrer i mange

former og Foucault beskrev disse som *governmentality*, på norsk også kalt styringsmentalitet. Hans hypotese var at spesifikke former for normalisering og disiplinering er det moderne individets vei til eget herredømme (Utaker 2000). Det er særlig Foucaults teorier om selvets teknologi som er relevante og interessante i forhold til min oppgave, i og med frisklivstilbudenes fokus på at individet skal oppnå økt selvkontroll over sin helseatferd.

Slik Foucault beskrev det, har makten historisk sett hatt forskjellige former. Governmentality skiller seg fra maktfomer som diktatur, vold og tvang ved at det som styres er menneskets indre styringsmekanismer i forhold til eget liv og egen atferd (Otto 2006). Altså en styringsform som forutsetter en viss frivillighet hos de/den som styres fordi den i stor grad utøves ved å påvirke folks valg (Vallgård 2001). Det sies at makten blir mer og mer redd for seg selv og finner derfor stadig opp nye redskaper (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 30).

Kunnskap og makt henger tett sammen i det governmentale maktperspektivet. Kunnskap genereres gjennom aksepterte diskurser som oppnår en sannhetsverdi, gjeldende i den samtid de finner seg i (Rose & Miller 1992). Kunnskap om befolkningen eller grupper innen den, legitimerer styring i form av disiplinering og regulering av gruppene i en bestemte retninger (ibid).

Tradisjonelt var makten knyttet kun til posisjoner, institusjoner og personer men ifølge Foucault har makten i moderne tid utvidet sin arena til individets selvkontroll og teknikker/teknologier som forbedrer denne (Foucault 1988). Han beskrev denne makten som produktiv gjennom sin virkning på individer som selv gjør seg til bestemte subjekter. Denne subjektivering er en av forutsetningene for governmental maktutøvelse (Villadsen 2007). Gjennom subjektivering forsøker makten å stimulere bestemte evner og handling hos individet, basert på idealer om hva som er riktig eller godt. Individet skal kjenne seg selv og handle på seg selv, på sin kropp og på sin sjel (ibid).

Dette kan gi inntrykk av at i stedet for en autoritær, undertrykkende makt, flyttes makten nå direkte over til individet. Men det Foucaultanske synet på makten er mer nyansert enn som så. Fokuset på individets selvstyring er, ifølge Foucault karakteristisk for moderne liberal styring men har også tydelige paralleller til den kristne kirkes pastorale måter å lede individet

mot frelse. Mens individet tidligere bekjente seg til kirken og dens tjenere, kan den samme bekjennelsesformen nå identifiseres i flere moderne helse- og sosialtjenester (Dean 2010, Villadsen 2007).

Dette kan sees i sammenheng med de siste tiårenes utvikling innen helsefagene. Helsepersonellet skal påvirke og styrke pasientens evne til å endre og/eller mestre sunn livsstil, helst på en måte som får pasienten til å føle at endringen og mestringen skjer fullstendig etter eget ønske og initiativ (Askheim 2012). Livsstil og helseatferd er slik sett eksempler på variabler i menneskers liv som i dag typisk styres gjennom governmentality og derfor er det god grunn til å analysere FLS som nettopp et slikt styringstiltak.

2.3 "Hva er problemet"-tilnærmingen

Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling og de begreper som vil være sentrale i analysen, har jeg funnet det hensiktsmessig å benytte meg av en analysemetode utarbeidet av den Australiske statsviteren Carol Lee Bacchi. Hennes bok "Analycing Policy: What's the problem represented to be" (2009) presenterer 6 spørsmål for analyse av offentlig politikk og politiske dokumenter. Metoden eller tilnærmingen kaller forfatteren WPR-approach, som hentyder til siste del av bokens tittel, **What's the Problem Represented to be**. Ifølge forfatteren er målet med denne metoden å finne frem til hvordan vi blir styrt og hvordan regler og styring i samfunnet blir til. Bacchis metode går ut på å vaske frem den ofte implisitte problemforståelsen som politiske løsninger er tuftet på. Hun viser hvordan problemer blir representert via bestemte synsvinkler slik at noen perspektiver blir løftet frem mens andre blir anonymisert og oversett. Flere av analysebegrepene Bacchi anvender kommer direkte fra M. Foucault og hun drar i stor grad veksler på hans teorier om makt og diskurser.

Bacchi stiller seg kritisk til det hun kaller det populære problemløsnings-paradigmet innen intellektuell og politisk sfære. Hun hevder at "problemene" ikke er gitt men blir konstruerte gjennom innrammingen av de politiske sakene. Et av Bacchis kritiske ankerpunkter er at slik

problemkonstruksjon sløver evnen til å se helheten i menneskers vanskelige livsforhold (ibid: 263). Iveren etter problemløsning fører videre til at vi blir styrt gjennom *problematisering*. Som Rose & Miller (1992: 181, sitert i Bacchi 2009: 31) også hevder; den politiske styringens natur er å være en "*problematiserende aktivitet*". Bacchis metode er derfor tenkt som en studie av problematiseringen og ikke av "problemet".

Dette innebærer en gransking av tankegangen bak de prosesser som definerer en sak eller et tema som et "problem". For å lokalisere problemrepresentasjonen, bør preskriptive tekster, som inneholder forslag til hvordan en sak skal løses, studeres nøye. Politiske proposisjoner og deres påfølgende metoder for implementering, tilbyr i så henseende viktige innganger til problematiseringen (Bacchi 2009: 34). Til denne granskingen kan de 6 analyse spørsmålene systematisk anvendes.

Bacchi presiserer at hennes tilnærming ikke fokuserer på styrings*sint*esjoner eller på noe vis hevder at styringen dreier seg om en bevisst manipulasjon av de som styres. Det kan snarere tas for gitt at offentlig politikk alltid forsøker å opprettholde orden i befolkningen (ibid: 30). Det er imidlertid viktig å innse, ifølge Bacchi, at myndigheter har en privilegert rolle som følge av at deres versjon av "problemet" blir konstituert gjennom lovgivning, dokumenter og styringsteknologier. Deres versjon av "problemet" lever derfor sitt eget virkelige liv (ibid: 33).

Bacchi betegner sin tilnærming som en kritisk analyse fremfor deskriptiv (ibid: 39). Hennes analyse spørsmål byr på en gransking av dokumenters og diskursers bakgrunn og innhold samt drøfting av alternative måter å se problemet på i utgangspunktet fremfor en konkret løsning som låser seg til et bestemt syn på sakens kjerne. Jeg anser denne fremgangsmåten som en nyttig måte å systematisere min analyse på slik at jeg kan belyse den for-gitt-takingen samt det usagte som eventuelt ligger i veilederen.

2.3.1 Analyse spørsmål

Nedenfor vil jeg gi en presentasjon av Bacchis 6 analyse spørsmål.⁴ Innledningsvis står spørsmålene i kortversjon i tabell 1, etterfulgt at mer utdypende forklaring av hvert spørsmål.

Tabell 1:

Kortversjon:

1.	Hva sies problemet å være, hvordan framstilles det i den aktuelle politiske saken?
2.	Hvilke antagelser eller forutsetninger ligger til grunn for denne framstillingen ?
3.	Hvordan har denne framstillingen blitt til?
4.	Hva er usagt eller uproblematisert i denne framstillingen?
5.	Hvilke virkninger skapes av denne framstillingen?
6.	Hvordan og hvor har denne framstillingen blitt produsert, spredt og forsvart?

1. Hva sies problemet å være, hvordan framstilles det i den aktuelle politiske saken?

Dette spørsmålet kan indikere at det tas for gitt at et problem eksisterer. Men Bacchi poengterer at her bør begrepet problem leses i hermetegn. Hennes metode tar utgangspunkt i at politikk og politiske forslag alltid er problematiserende. Problemer ønskes løst eller fikset og de som utarbeider de politiske forslagene fremstår ofte som problemløserne. Politiske forslag framstilles derfor gjerne som positive bidrag til fremskritt og forbedringer (Bacchi 2009; ix).

Vi må ta utgangspunkt i at forut for det politiske forslaget er det gjort en form for gransking av det aktuelle feltet. Denne granskingen styres gjerne av bestemte perspektiver og definisjoner. Konkurrerende perspektiver kan da vektlegges ulikt, og avhengig av hvilket perspektiv som så å si vinner frem, skapes det en bestemt representasjon eller framstilling av

⁴ I arbeidet med å oversette spørsmålene har jeg undersøkt andres oversettelse av Bacchi (Johansen & Solbjør 2012, Mathisen 2003). Jeg har valgt å bruke begrepet framstilling fremfor representasjon da jeg mener det er et bedre norsk begrep i denne sammenhengen.

problemet. Forslag på løsning på problemet vil si noe om hvordan problemet oppfattes og tenkes om.

2. Hvilke antagelser eller forutsetninger ligger til grunn for denne framstillingen?

For å svare på dette spørsmålet, foreslår Bacchi at det foretas en form for arkeologisk undersøkelse av for-gitt-tatte antagelser som gjør en slik framstilling mulig. Det dreier seg her ikke om å prøve å forstå hva tekstens forfattere tenker eller mener om saken, men snarere å forstå de diskurser eller meningssystemer som en politisk sak står i⁵. Dette krever en analyse av de kulturelle, ubevisste verdier som underbygger aktuelle framstilling. Ifølge Bacchi er det fruktbart å studere det språket som anvendes og hun foreslår i denne sammenhengen å systematisk se etter *dikotomier*, *nøkkelbegreper* og *kategorier* i teksten.

Med *dikotomier* eller motsetninger menes begreper som innebærer motpoler som stort sett utelukker hverandre som for eksempel ansvarlig-uansvarlig, privat-offentlig, natur-kultur. Blant dikotomiene finnes det gjerne hierarki hvor det ene begrepet forstås som viktigere, riktigere eller mer positivt ladet enn sin motsetning. Bacchi hevder at disse motsetningene gjerne brukes som en måte å forenkle komplekse saker på og hun påpeker derfor viktigheten av å oppdage hvilken effekt dette kan ha for framstillingen.

Nøkkelbegreper er såkalte "åpne begreper". Det vil si at disse kan tilegnes forskjellige meninger og tolkninger avhengig av aktør, kontekst og perspektiv. Et godt eksempel er begrepet helse, som kan virke abstrakt og dekke vidt forskjellige definisjoner. Bacchi anbefaler at slike begreper lokaliseres i problemframstillingen og at en undersøker hvilken mening de gis i teksten/konteksten.

Å studere *kategorier* er den tredje innfallsvinkelen til å finne de underliggende antagelser ifølge Bacchi. Slike kategorier kunne man også kalt identitetskategori eller menneskekategori da det her snakkes om kategorier av menneskelige identiteter. Eksempler på slike kategorier kan være "innvandrere", "røykere", "alennemødre". Denne formen for kategorisering eller gruppetilhørighet kan altså bestemmes blant annet av atferd, familiestatus og nasjonalitet. Vi snakker ikke om en indre, privat identitet men en sosialt definert identitet. I utforming av

⁵ Politisk sak her forstått som frisklivssentraler

(helse)politikk, refereres det gjerne til disse gruppene i forbindelse med overvåking, screeninger, spørreundersøkelser og andre målemetoder og forskning. Bacchi påpeker viktigheten av å undersøke i hvilken grad slik måling refereres til i teksten da dette også forteller noe om de styringsteknikker som anvendes.

3. Hvordan har denne framstillingen blitt til?

Dette spørsmålet setter lys på forhistorien til problemrepresentasjonen. Det må spørres: hva har skjedd hittil - hvordan har man kommet frem til dagens praksis og/eller mening? Bacchi anbefaler at dette gjøres ved hjelp av Foucaults begrepskonsept om genealogi som gjerne sammenlignes med slektsgransking, i det det dreier seg om å spore tilbake til opphavet til nåtidens praksis. Det er selvsagt ikke slekters gang som er i fokus men en slags diskursens slektstre. Genealogien skal vise hvordan makt og kunnskap henger sammen. Den skal ikke være noen tømmende, kronologisk historiebeskrivelse men snarere fange opp de brudd av begivenheter som har oppstått, som for eksempel avgjørelser som er tatt og derav har tatt en sak i en bestemt retning eller aktører som har påvirket slik at bestemte perspektiver har vunnet frem og andre eventuelt ikke blitt hørt. Genealogien kan belyse skillet mellom modernitet og før-modernitet (Villadsen 2004, Mik-Meyer & Villadsen 2007, Bacchi 2009).

4. Hva er usagt eller uproblematisert i denne framstillingen?

Dette spørsmålet skal sette fokus på det tausgjorte eller usagte i framstillingen eller i den analyserte teksten. Dette kan være aspekter som en ser spontant ved lesingen men kan også analyseres mer systematisk ved å se på de 3 forutgående spørsmålene. Eventuelle begrensninger i den underliggende problemrepresentasjonen kan vurderes, analysen av dikotomier og forenklinger kan kaste lys på noe av det usagte i framstillingen og genealogiens oppklaring av konkurrerende perspektiver kan også være til god hjelp her (Bacchi 2009: 13-14).

5. Hvilke virkninger/ effekter skapes av denne framstillingen?

Dette spørsmålet tar utgangspunkt i tilnærmingens kritiske syn på at bestemte framstillinger skaper ulemper for noen sosiale grupper, som det kan være vanskelig å få øye på umiddelbart. Bacchi foreslår at 3 virkningsområder studeres i denne sammenheng:

Diskursive effekter; de virkninger som oppstår som følge av begrensningene i det som kan sies og tenkes innen et diskursivt felt.

Subjektiverende effekter; hvordan subjekter og forskjellige subjektposisjoner konstitueres innen en gitt diskurs. Subjektiveringen er med på å danne grunnlaget for styringen.

Materielle effekter: problemframstillings og diskursers virkninger på liv, død og materielle kår. Det kan dreie seg om hvordan plassering i forskjellige velferds kategorier kan være begrensende og ha innvirkning på tilgang til forskjellige tjenester og ressurser. Den samme plasseringen kan også føre til stigmatisering og/eller følelsesmessige vansker for de det gjelder.

6. Hvordan og hvor har denne framstillingen blitt produsert, spredd og forsvart?

Dette spørsmålet retter oppmerksomheten på hvordan legitimiteten og meningsdannelsen rundt en rådende problemframstilling bygges opp, særlig innen media. Hvem har tilgang til diskursens produksjon og hvem skal være tilhørere? Det kan også kaste lys på en eventuell motstand som måtte finnes mot problemframstillinger og diskurser da Bacchis underspørsmål her er: Hvordan kan dette forstyrres, kritiseres eller erstattes?

2.3.2 Anvendelse av Bacchis tilnærming

Jeg har valgt å bruke Bacchis 6 spørsmål som utgangspunkt for min analyse (kapittel 4). Hvert avsnitt i analysen innledes derfor med ett av disse spørsmålene. Bacchis analyseverktøy består av såpass presise analytiske spørsmål at jeg mener disse fungerer godt som styrende for analysen. Samtidig bidrar nettopp dette faktum til et visst paradoks når det gjelder å holde metode og analyse atskilt. Selv om hovedprinsippene i Bacchis analysemodell er fremstilt i metodekapittelet, vil flere av Bacchis analysespørsmål innebære en kontinuerlig innveving av det aktuelle teoretiske og metodiske grunnlaget for analysen.

De forskjellige spørsmålene kan muligens ha varierende relevans for min problemstilling og vil derfor behandles noe ulikt. Dette verktøyet er primært utviklet for analyse av (større) politiske dokumenter. En veileder fra Helsedirektoratet vil nok, i hvert fall i en snever forstand, ikke defineres som et politisk dokument. Det er imidlertid et dokument der politiske prinsipper kommer til uttrykk og med politisk betydning. Jeg mener derfor at Bacchis metode har overføringsverdi til mitt materiale.

2.4 Etiske overveielser:

Min oppgaves metodiske vinkling og karakter er ikke underlagt formalkrav i forhold til regional etisk komité eller innsamling og oppbevaring av datamateriale. De undersøkte tekstene er offentlige og tilgjengelige for alle. Jeg kan dog ikke av den grunn fritta meg fra å håndtere mine tolkninger av disse på en etisk forsvarlig og respektfull måte. Jeg forsøker å gi leseren innsikt i fremgangsmåten ved analysearbeidet for å sikre en best mulig gjennomskiktighet.

2.5 Forskerrollen og egen posisjon:

Kvalitativ metode bygger på en anerkjennelse av at vi ikke kommer uten forutsetninger og forkunnskap inn i forskningsfeltet. Et faglig blikk forutsetter ikke nøytralitet men krever en gjennomskiktighet og avklaring av egen posisjonering og forforståelse (Ruyter 2010 / Kvale & Brinkmann 2009). Kvalitativ forskning innebærer at forskeren selv er en viktig del av forskningsinstrumentet; forskeren er deltaker og tilskuer (Skjervheim 1996). Forskerens blikk og deltakelse kan derfor regnes som en ressurs og ikke, slik det ofte oppfattes, som bias eller forstyrrende forforståelse (Thornquist 2003).

Denne oppgaves hensikt er å hente frem holdninger og meninger som allerede ligger i den teksten som analyseres. Likefremt vil mine egne reaksjoner så vel som refleksjoner prege lesingen og analysen av datamaterialet. Interessen for det valgte temaet og perspektiv på dette bygger på mitt nåværende ståsted som fysioterapeut med 20 års praksis, med en etter hvert voksende undring rundt det jeg oppfatter som en overdreven beundring av og fokusering på helse- og sunnheitsidealer. Som praktiserende helsearbeider blir man lett en selvsagt del av denne forståelsen. Jeg har ønsket å løfte dette undrende blikket opp fra klinikken for bedre å forstå hvordan denne forståelsen har blitt en slik selvfølgelighet. Det er denne undringen som styrer mitt forskerblikk i oppgaven.

3 Presentasjon av tekstmaterialet

3.1 Tekstens tilblivelse:

Veilederen ble først utgitt i 2011 og gjort tilgjengelig for [nedlastning](#) på Helsedirektoratets og flere andre offentlige instansers nettsider. I 2012 ble det i tillegg lagt ut et foreløpig revidert hørings[utkast](#) av veilederen før den i april 2013 forelå i en endelig [revidert](#) utgave etter innsamling av høringsinnspill⁶. Fra første til siste utgave har det skjedd en del endringer både i innhold, design og tekstmengde. For enkelthets skyld, velger jeg i hovedsak å konsentrere meg om den reviderte utgaven i denne oppgaven. Veilederen er utarbeidet av Helsedirektoratet i samarbeid med en ekstern arbeidsgruppe, bestående av 11 navngitte personer som er representanter for allerede eksisterende frisklivssentraler samt noen brukerorganisasjoner. Veilederen er skrevet fordi flere kommuner har etterspurt råd om hvordan FLS etableres, organiseres og driftes.

3.2 Tekstens utforming og innhold:

Den reviderte versjonen er 55 sider lang, hvorav de siste 8 er referanseliste. Den er rikelig illustrert med store fargebilder av mennesker i aktiviteter og samhandling. Den består av 8 kapitler (Innledning - Begrepsavklaring - Hvorfor kommunale frisklivssentraler - Krav til frisklivssentralen - Etablering og organisering - Levevaner, endring og mestring - Frisklivsresept - Registrering, statistikk og evaluering). I veilederens innledning fremkommer det at de forskjellige kapitlene rettes mot forskjellige målgrupper; de første mot ledere og beslutningstakere mens de siste er rettet mot utøvende personell ved sentralene. Det gjenspeiles også i temaene i de forskjellige kapitlene hvor de første vektlegger begrunnelser og argumenter for FLS som helsetjeneste mens de siste hovedsaklig beskriver innholdet i tilbudene.

⁶ Linkene er lagt inn i teksten i des. 2013 og per dags dato ligger kun den nyeste utgaven av veilederen på Helsedirektoratets egne sider.

Det beskrives relativt detaljert hvordan frisklivssentraler bør organiseres og drives. Tilbudet skal være en del av kommunens forebyggende helsetjenester. NAV, fastleger og annet helsepersonell i spesialist- eller primærhelsetjenesten kan henvise til sentralene gjennom såkalt "frisklivsresept". Resepten gir tilgang til et tidsbegrenset (minimum 12 ukers) gruppetilbud som innledes og avsluttes med en individuell samtale. Personer kan også selv ta direkte kontakt med FLS med forespørsel om en slik oppfølging. Sentralenes kjernetilbud bør være knyttet til fysisk aktivitet, kosthold og tobakkstopp. Under den innledende samtalen avklares om personen trenger oppfølging i sentralen eller bør henvises direkte til andre lokale lavterskeltilbud i regi av frivillige eller private aktører. I løpet av reseptperioden kan personen delta i gruppetrening samt flere temasamlinger og kurs om kosthold. Gruppetreningen skal være mest mulig overførbar til aktiviteter som deltakeren kan fortsette med selv, og gjerne foregå utendørs med minst mulig utstyr. Tilbud om tobakksavvenning kan foregå individuelt eller i grupper.

Veilederen beskriver også andre potensielle tilbud innen frisklivssentralene rettet mot blant annet psykiske vansker og søvnproblemer. I veilederen refereres det til en "verktøykasse" som skal være tilgjengelig på direktoratets nettsider med ytterligere råd og veiledning om alt fra faglig innhold og praktisk gjennomføring til fargevalg og skrifttyper på klær, plakater, brosjyrer og annet skriftlig materiale i en FLS. Frisklivsresepten og det 12-ukers forløpet illustreres også gjennom 2 figurer i veilederens kap. 7 (*Frisklivsresepten*). Disse figurene refereres det ikke til i den øvrige teksten og de blir slik sett stående noe for seg selv.

De fleste avsnittene i veilederen er kortfattede og først og fremst *beskrivende* for de forskjellige temaene. Det presiseres innledningsvis hvilke lesergrupper de forskjellige kapitlene henvender seg til og det er ingen direkte "du" henvendelser til leseren.

3.3 Hvorfor analysere en offentlig veileder

Folkehelsediskursen er et stort felt med både faglig og politisk innhold. Det lages omfattende nasjonale og internasjonale retningsgivende dokumenter, blant annet Stortingsmeldinger, helselover og internasjonale intensjonsavtaler. I Norge er det Helsedirektoratet som skal bidra til å sette helsepolitikken ut i praksis og slike skriftlige veiledere er en del av dette arbeidet.

De skal speile den politiske viljen og samtidig være på et lettfattelig språk som fremmer den ønskede praksis.

Veileder for kommunale frisklivssentraler henviser i stor grad til andre offentlige tekster, utgitt av blant annet Storting og Helsedirektorat. I tillegg baserer den seg på en gradvis fremvoksende folkehelsediskurs som blir til gjennom fagperspektiver, forskning og internasjonale føringer⁷. Alt dette er viktig som bakgrunn for undersøkelse av FLS men når jeg velger veilederen som det sentrale datamaterialet så er det fordi den er det mest konkrete som er utgitt så langt om FLS og at den, i egenskap av å være veileder, bør beskrive FLS som et helsepolitisk satsingsområde, både overordnet målsetting og praktisk gjennomføring.

Slike veiledere er en del av offentlige publikasjoner som retter seg så vel mot fagpersoner som etatsledere innen helsevesenet. Ifølge Helsedirektoratets nettsider skal direktoratet være en faglig rådgiver samt iverksetter av vedtatt helse- og omsorgspolitik. I lys av dette er det naturlig å se på en slik veileder som et eksempel på et politisk styringsverktøy og ikke kun en form for praktisk brukerhåndbok for kommunehelsetjenesten.

Jeg mener det også hører hjemme å presisere at denne analysen tar for seg de forslag som fremkommer i *Veileder for kommunale frisklivssentraler*. Denne representerer ikke alle forslag til tiltak som helsemyndighetene har lagt frem i forhold til ikke-smittsomme sykdommer. I rapporten *Reduksjon i ikke-smittsomme sykdommer - nasjonal oppfølging av WHO's mål* (Helsedirektoratet 2013) samt i Stortingsmelding 34 *Folkehelsemeldingen* (Helse- og omsorgsdepartementet 2013) fremkommer flere forslag til strukturelle, befolkningsrettede tiltak i tillegg til individrettede tiltak som FLS. Strukturelle tiltak blir ikke gjenstand for analyse i min oppgave da de i liten grad omtales i veilederen og nevnes her kun for å illustrere den større sammenhengen FLS tross alt står i.

⁷ Blant annet fra Verdens Helseorganisasjon, WHO.

4 Analyse

Min analysetilgang er, som tidligere nevnt, basert på Carol Lee Bacchis "Hva er problemet?"-tilnærming. I dette kapittelet presenterer og diskuterer jeg de funnene jeg har gjort ved å stille Bacchis 6 spørsmål til tekstmaterialet. I analysen av hvert spørsmål har jeg forholdt meg til hele veilederen og dels de aktuelle referanser denne viser til. Dette gjelder blant annet en del av informasjonen og såkalt verktøykasse som er lagt ut på Helsedirektoratets nettsider og er et supplement til veilederen. Jeg tilstreber å forklare fremgangsmåte og drøfte funn under hvert avsnitt. En oppsummerende drøfting gis i kapittel 5.

4.1 *Hva sies problemet å være?*

Fremgangsmåten for spørsmålet *Hva sies problemet å være?* er å se etter de *forslag* som teksten gir og deretter arbeide bakover for å lokalisere hva problemet sies å være. Ved gjennomlesing av veilederen har jeg derfor sett etter de forslag som der legges frem. Siden dette er en veileder, inneholder den naturlig nok mange praktiske forslag knyttet til konkrete intervensjoner. Når det gjelder målbærende forslag påstår jeg at veilederen har ett hovedforslag som er styrende og beskrives tydelig i veilederens forord:

"Velstandsutviklingen i Norge har vært stor de siste tiårene. Helsetilstanden i befolkningen har bedret seg. Levealderen i Norge har i snitt økt to år per tiår. Vi forventer fortsatt vekst i forventet levealder fremover. Utviklingen i helsetilstanden henger nøye sammen med en rekke utfordringer knyttet til tobakk, kosthold, overvekt og psykisk helse. Dette gjør at den positive utviklingen kan trues. Helsedirektoratet arbeider for å fremme folkehelsen og endre levevaner hos befolkningen i positiv retning. Målet er flere leveår med god helse i befolkningen og mindre helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. I mai 2012 ga Norge sin tilslutning til et vedtak fattet av Verdens Helseforsamling (WHA), om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer, som hjerte-og karsykdommer, kreft, kroniske lungesykdommer og diabetes, med 25 prosent innen 2025. Helsedirektoratet mener at frisklivssentraler er et viktig bidrag i dette arbeidet. Å endre levevaner kan være en krevende prosess. På frisklivssentralene får deltakere hjelp til dette gjennom metoder med dokumentert effekt. Det å delta i grupper i regi av frisklivssentralen kan i tillegg bidra til økt motivasjon og til nettverksbygging."

- fra veilederens *Forord* (side 3)

Målet er altså flere år med god helse og mindre helseforskjeller. Forslaget er å hjelpe personer til å endre levevaner.

Videre er følgende tiltak foreslått i denne sammenheng:

- Helsedirektoratet anbefaler alle norske kommuner å opprette frisklivssentraler (FLS) i sine helsetjenester. FLS skal gi tilbud til personer med behov for å endre levevaner.
- Disse personene kan foreskrives en såkalt frisklivsresept som gir tilgang til individuell helsesamtale samt gruppetilbud innen fysisk aktivitet, kostholdskurs, røykesluttkurs og evt. mestringskurs i f. m. psykiske plager.

Ut fra disse forslagene følger jeg Bacchis råd om å jobbe bakover for å finne frem til den forståelsen som ligger bak og har dannet forslagene. Arbeidet her går ut på å finne ut hvilket "problem" FLS skal reparere. FLS foreslås som et tiltak for å møte en trussel mot helse- og velstandsutviklingen; en antatt økning i ikke-smittsomme sykdommer. Forslaget går ut på å tilby de individer/grupper som utgjør trusselen, hjelp til å endre levevaner. Dette er individer/grupper som ikke følger nasjonale anbefalinger om fysisk aktivitet, som røyker, som ikke følger kostrådene og som ikke mestrer motgang og psykiske belastninger i livet. De defineres som å ha behov for endring av levevaner og livsstilsvalg. De tilbys hjelp i offentlige sentraler i form av gruppetrening, kostholdskurs og endringssamtaler. En logisk tolkning av dette vil være at individene oppfattes å trene for lite, at de ikke tar kunnskapsbaserte valg og har manglende endringsevne. En fellesnevner for disse komponentene kan fremstå å være at det dreier seg om personlige egenskaper og vaner.

Problemrepresentasjonen kan derfor forstås slik: Ikke-smittsomme sykdommer skyldes manglende personlige egenskaper knyttet til levevaner og helseatferd.

Denne måten å "forstå problemet på" kan virke noe kortfattet og enkel men jeg velger her å nettopp, slik Bacchi anbefaler, finne frem til en formulering som enkelt og likefrem beskriver det som foreslås løst i forslaget. Dette første spørsmålet skal først og fremst være en enkel avklaring.

Bak denne enkle formuleringen ligger dog også noen flere og sammensatte aspekter av hva FLS representerer i et samfunn hvor god helse kanskje ansees som ikke kun et gode men også

som en plikt. Et samfunn hvor individer forventes å håndheve sunnhetens praksis og hvor myndighetene velger å prioritere kommunal satsing som har dette som ledesnor.

4.2 Hvilke antagelser ligger til grunn for denne framstillingen?

Denne delen av analysen tar for seg noe av språkbruken i veilederen i den hensikt å se etter de for-gitt-tatte mønstrene som ligger her. De undersøkte aspektene av dette er: *dikotomier* (motsetningsforhold), *identitetskategorier* og *nøkkelbegreper*.

4.2.1 Dikotomier:

Veilederen presenterer flere motsetningsforhold som kan hevdes å understøtte den forståelsesrammen som frisklivsdiskursen er og som muliggjør den typen helsetjeneste som FLS er.

4.2.1.1 Helse vs. uhelse

Helse vs. uhelse fremstår som kanskje den grunnleggende motsetningen. Helse er et kulturelt og historisk betinget begrep som er forsøkt definert på svært variert vis gjennom tidene med grunnleggende forskjellige perspektiver. Andrews (1997) hevder at det skjedde en radikal endring i perspektivet på helse på høyeste politiske nivå i Norge i løpet av årene 1988-1992. Hun forklarer hvordan den norske helsepolitikken i store deler av 1900-tallet var dominert av et medisinsk helsebegrep, hvilket innebar helse forstått som fravær av sykdom, være seg hos den enkelte eller generelt i befolkningen (folkehelse). Dette førte videre til helsepolitiske programmer med mål om å forebygge og redusere sykkelighet. Mot slutten av 1900-tallet ble imidlertid ideen om helse i de politiske programmene dreid mer over på generell livskvalitet. Dette var inspirert av Verdens Helseorganisasjons noe utopiske definisjon fra 1946: "fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom og lyte" men også av blant andre T.Parsons og L.Nordenfelts (Parsons 1981 og Nordenfelt1987, begge sitert i Andrews 1997) definisjoner av helse som en evne til å mestre hverdagens krav og vansker samt realisere sine mål. Disse forsøkene på å utvide helsebegrepet har nok møtt like

mye kritikk som den snevre biomedisinske forståelsen om fravær av sykdom, og diskusjonen om definisjon av helsebegrepet blir neppe noen gang et avsluttet kapittel.

Det biomedisinske perspektivet på helse blir ofte satt opp mot et sosialt perspektiv hvor helsen forstås som å avhenge av en rekke fundamentale forutsetninger som fred, bolig, utdanning, mat, inntekt, et stabilt økosystem, bærekraftige ressurser, sosial rettferdighet og likeverd (WHO 1986). Et slikt perspektiv fordrer at innsatsen for forbedret helse må skje langt utover det som foregår i helsesektoren og handler i større grad om helsefremmende arbeid enn bekjempelse av sykdom. De siste årene har helsefremmingsperspektivet og påvirkningsfaktorer i økende grad blitt tatt opp og definert i politiske dokumenter i Norge (Helse- og omsorgsdep. 2013)

Når det gjelder veilederen, så gir hverken første (2011) eller reviderte utgave (2013) av denne en definisjon av helsebegrepet. Imidlertid lå det ute en foreløpig revidert høringsversjon av veilederen på Helsedirektoratets hjemmeside i en periode i mellom disse to utgivelsene. I denne står følgende på side 8 (kap. 1 *Begrepsavklaringer*):

1.3 Helse: Helse er overskudd i forhold til hverdagens krav.

Strengt tatt kan en da ha god helse til tross for sykdommer, så sant en har overskudd i forhold til hverdagens krav. Dette avsnittet er dog fjernet fra den reviderte utgaven (2013) og helsebegrepet defineres ikke spesifikt i denne. Slik jeg tolker helsebegrepet i veilederen så fremstår det noe forvirrende og uavklart. På den ene siden forstås helse som et produkt av sunn livsstil, noe som signaliserer mestring og er den ønskede tilstanden. Uhelse er da den negative motpolen; et resultat av manglende kontroll og feil valg. Det kan fremstå som et visst paradoks at et av FLS basistilbud, "*helsesamtalen*" ikke berører helse som et tema i det hele tatt. I veilederen anbefales det at helsesamtalen bidrar til følgende:

- identifisere deltakerens behov og motivasjon for endring*
- utforske ambivalens og barrierer for endring*
- identifisere aktuelle tiltak ut fra deltakerens behov*
- bistå deltakeren i å sette seg konkrete målsettinger*
- kartlegge og sammenligne helseatferd før og etter reseptperioden*
- informere om aktuelle tilbud (hvor, når, hva, pris)*

- fra veilederens kap. 7.3 *Helsesamtalen* (s. 39-40)

Helsen kan her forstås som en slags personlig prosess som skal utforskes, planlegges og mestres men ikke nødvendigvis knyttes til en tilstand for eksempel sykdom eller fravær av sykdom. På en andre siden er helsebegrepet også i veilederen overordnet knyttet til det medisinske paradigmet, sykdommer og tidlig død, særlig i de innledende kapitler. Helsebegrepet blir altså både knyttet til en biomedisinsk sykdomsmodell **og** til personlige egenskaper/evner og atferd. Overfor beslutningstakere i kommunene blir den medisinske terminologien brukt men overfor frisklivssentralens deltakere blir den atferdsorienterte terminologien brukt.

4.2.1.2 Forebygging vs. behandling

Et annet dikotom som er sentralt i frisklivsdiskursen er *forebygging vs. behandling*. En ofte brukt mantra blant norske politikere de siste årene har vært at det skal "forebygges mer og repareres mindre". I en del tilfeller er det riktignok glidende overgang mellom forebygging og behandling, for eksempel når fokuset først og fremst er å forhindre forverring av en allerede oppstått sykdom. Forebygging deles gjerne inn i ulike nivåer, både i forhold til hva som tenkes forebygget (primærforebygging, sekundærforebygging, tertiærforebygging) og hvem eller hvilken gruppe tiltakene rettes mot (universal forebygging, selektiv forebygging, indikativ forebygging) (Klepp m.fl. 2010). Tiltakene i FLS kan i all hovedsak defineres som *selektiv og indikativ forebygging*:

"Selektiv forebygging er tiltak som bare rettes mot risikogrupper i befolkningen. Ett av hovedmålene med selektiv forebygging er å hindre negativ utvikling i grupper med antatt høy eksponering for én eller flere risikofaktorer. Ved indikativ forebygging er intervensjonene rettet mot personer som viser tegn til å utvikle en sykdom/lidelse, men som ikke oppfyller de diagnostiske kriteriene for en lidelse."

-fra veilederens kap. 2 *Begrepsavklaring* (s. 11)

I veilederens forord står, som tidligere nevnt, at målsettingen er å redusere tidlig død og hindre at sykdom oppstår. Utover dette kan to hovedargumenter identifiseres i veilederen som tydeliggjør hvorfor kommunale forebyggingstiltak er aktuelle. For det første fordi ny lovgivning (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011/ Folkehelseloven 2011) pålegger kommunene et nytt og utvidet ansvar på det forebyggende helsefeltet. For det andre fordi det

forventes samfunnsøkonomisk innsparing ved å forebygge. Det sistnevnte belegges med en del statistikk og fakta i veilederens kap. 3 *Hvorfor etablere kommunale frisklivssentraler*. Innsparingene presenteres i forventede beløp innspart årlig for samfunnet når personer for eksempel går fra å være fysisk inaktive til å bli moderat fysisk aktive. Det presenteres dog ikke hva som er den overordnede visjonen med innsparingen; om det på sikt skal bli billigere å drive helsevesenet eller om helsekronene skal brukes på andre helsetjenester.

Ett av de sentrale trekkene ved forebyggende og helsefremmende tiltak innen helsetjenesten er at de setter pasienten i sentrum som både årsak til sin tilstand/sykdom og middel til sin bedring (Pii 2010). Behandling derimot setter i større grad sykdom og medisinske funn i sentrum og forventer eksperthjelp til både forklaring og bedring (Anderssen & Gjernes 2012). Hovedmotivasjonen og -argumentet for å forebygge fremfor å behandle kan i mange politiske dokumenter fremstå som å være samfunnsøkonomisk. Fokuset på det autonome og myndiggjorte individ kan også gi inntrykk av at det foregår en slags humanisering av helsevesenet (Kjær & Reff 2010:13). Begge deler gir nok en viktig forklaring på medvinden for det forebyggende fokuset. Styringsperspektivet med utgangspunkt i Foucaults governmentalitybegrep peker dog også på at forbygging er viktig fordi det er den styringsformen som forventes å gi den mest optimale styring av det moderne individ.

4.2.2 Kategorier:

Ved kategoriseringen av mennesker og problemer dannes maktutøvelsens gjenstand (Vallgård 2004). Hensikten med å identifisere slike menneskekategorier er også å finne ut av hvordan kategoriseringen påvirker den måten mennesker ser på seg selv og andre. Ved gjennomlesing av veilederen, har jeg notert alle former for beskrivelser av mennesker.

De kategoriene som nevnes i veilederen har til en viss grad korte benevnelser som "røykere, eks-røykere, risikoindivider, innvandrere", men i større grad beskrives kategoriene via setninger som "personer med utfordring knyttet til overvekt, personer som står i fare for å falle ut av arbeidslivet, de med lavere sosioøkonomisk status, de med lav utdanning, de som har arbeid, personer med behov for å endre levevaner, personer med utfordring knyttet til psykisk helse, personer som har økt risiko for, eller allerede har sykdommer eller utfordringer

knyttet til fysisk og psykisk helse". Denne måten å beskrive mennesker på leser jeg som en form for forsiktighet. Personene blir noe løst knyttet til et problem fremfor å defineres som nærmest værende problemet slik som "overvektige", "fattige", "psykisk syke" o.s.v. Når det gjelder kategorien *pasient* henviser jeg til avsnitt 4.2.3.3 om nøkkelbegreper.

Det som kan sies å kjennetegne flere av disse kategoriene, er at de er noe diffuse og kan kanskje være vanskelige å kjenne seg igjen i, samtidig som noen av de kan være vanskelig å allment **ikke** kjenne seg igjen i. Kan for eksempel den siste av de ovennevnte kategoriene (personer med utfordringer knyttet til fysisk eller psykisk helse) gjelde tilnærmet hvem som helst? Felles for disse kategoriene, når de nevnes i forbindelse med FLS, er blant annet at det dreier seg om personer som i kraft av sin helseatferd og sosioøkonomisk status, representerer en slags trussel mot folkehelsen. Slik framstilling av årsak-virkning sammenheng kan gi inntrykk av at det er et absolutt likhetstegn mellom f.eks. å ha lav utdanning og å ha dårlig helse, dårlige levevaner og trenge hjelp til endring. Å ta høyere utdanning vil derfor kunne motiveres av ikke kun behov eller ønske om økt kunnskap og kompetanse men også av frykt for å havne i en risikogruppe knyttet til sykdom. Utdanning vil kunne bli et tiltak i forhold til plikten til å holde seg frisk.

Kategorier skapes også ved den måten forskning (måling, screeninger, overvåking og undersøkelser) på befolkningsgrupper foregår (Bacchi 2009: 9). I veilederen refereres det til mange, stort sett kvantitative undersøkelser og forskningsrapporter knyttet til røykevaner, alkoholkonsum, fysisk aktivitet, kosthold og innvandrerhelse.

Et aspekt ved dannelsen av de kategoriene som nevnes i tilknytning til FLS er at det foreslås intervensjoner innen helse- og omsorgssektoren overfor grupper som ikke nødvendigvis er syke eller oppfatter seg som hjelpetrengende. Denne form for intervensjoner kan også være med på å forme menneskers oppfatning av seg selv og andre som "klienter". Den danske boken *At skabe en klient* (Järvinen & Mik-Meyer 2011) gir et interessant innsyn i de mange sidene av klientskapingen i sosialt arbeid som på mange måter kan sammenlignes med de foreslåtte tiltakene i FLS. Moderne form for sosialt arbeid tar gjerne utgangspunkt i å øke klientens mestring, empowerment og autonomi. Villadsen (2011) påpeker i boken at slik klientskaping kan studeres som maktutøvelse men at den samtidig vanskelig lar seg kritisere siden den er såpass positivt ladet. Maktutøvelse eller styring er kanskje ikke det tilsiktede da intensjonen gjerne er å hjelpe klienten.

Til tross for at det virker som det utøves en viss forsiktighet i forhold til å beskrive tydelige probleidentiteter i veilederen så er det mitt inntrykk at det dras opp et bilde av ressursvake mennesker i forbindelse med FLS. Intervensjonen i sentralene kan likevel virke ganske krevende med sitt endringsfokus og det kan være grunn til å spørre om det er samsvar mellom målgruppens ressurser og de krav slike langvarige endringer fordrer.

Kort oppsummert kan det nok sies at den mest dekkende beskrivelsen av de kategoriene som veilederen drar frem, er at de er risiko-identiteter. Disse identifiseres gjennom undersøkelser og forskning for så å kunne intervenseres på. Undersøkelsene har oftest et kroppslig/fysisk fokus. Dette er interessant i lys av flere governmentality-studier som påpeker hvordan kroppen i stor grad er utgangspunktet for farer og mangel på "renhet" i moderne kultur (Lupton 2013, Rose 2007)

4.2.3 Nøkkelbegreper:

Hensikten med å lokalisere såkalte nøkkelbegreper i teksten er å identifisere konsepter som i utgangspunktet kan virke noe åpne og til og med uklare ved at de kan lades med forskjellig forståelse og innhold. Hvilken mening slike begreper gis i teksten vil kunne si noe om hvilke perspektiver som er styrende i den aktuelle saken.

Veilederen har et eget kapittel (kap. 2) for begrepsavklaringer hvor følgende 10 begreper forklares: *frisklivssentral - frisklivsresept - helsesamtale - helseatferd - folkehelsearbeid - helsefremmende arbeid - forebyggende arbeid - frivillig sektor - salutogenese - sosiale helseforskjeller.*

Det gjøres ikke rede for hvorfor nettopp disse begrepene bør avklares men siden det likevel gis en forklaring på de må det være for å henlede til én bestemt måte, og muligens utelukke andre måter å forstå de på. Nedenfor presenteres og belyses andre nøkkelbegreper som er identifisert ved lesing av veilederen.

4.2.3.1 Friskliv

Friskliv er et begrep det kan være interessant å se nærmere på. Begrepet som sådan er nytt i det norske språket og per 2013 sannsynlig ikke finnes i en norsk ordbok. Ordet friskliv gis ikke noen nærmere definisjon i veilederen. Utvilsomt skal begrepet gi en assosiasjon til sunnhet, vitalitet og et liv uten sykdom. Et begrep som kanskje skal bidra til å skape en slags virkelighet for brukere av FLS; det friske livet. Det er altså et begrep som godt kan fungere til tross for å være nytt og ukjent fordi det baserer seg på en konvensjon og en slags kulturell kontrakt om felles forståelse for begreper (Berkaak & Frønes 2007).

4.2.3.2 Livsstilssykdommer

Livsstilssykdommer eller ikke-smittsomme sykdommer er begreper som blir fremstilt som noe entydig i veilederen; sykdommer som skyldes livsstil. Vallgård (2011a) advarer mot bruk av begrepet livsstilssykdommer. Idéen om livsstilssykdommer baserer seg på de to antakelsene at 1) sykdommene øker i land med økt industrialisering og 2) at de har sin årsak i folks levevaner og atferd. Vallgård hevder at dette kamuflerer det faktum at alle sykdommer har sammensatte årsaker og at samfunnsendring, levevaner og helseatferd kun er en del av dette. Hun påpeker at de nevnte sykdommene også ser ut til å ramme flere fordi levealderen øker, færre dør av infeksjoner enn før men rekker å leve lenge nok til å utvikle sykdommer som kreft, hjerte- kar- og lungesykdommer (ibid). Det er grunn til å hevde at begrepet livsstilssykdommer i seg selv bidrar til å skape en generell oppfatning av at disse sykdommene utelukkende skyldes livsstil og levevaner.

Kapittel 3 i veilederen (*Hvorfor etablere kommunale frisklivssentraler?*) retter seg hovedsaklig mot politikere, ledere og andre beslutningstakere i kommunene. Det vil derfor være naturlig å anta at dette kapittelet formidler de argumenter og informasjon som er viktig for å "selge inn" idéen om å etablere sentralene. Kapittelet appellerer for det første til kommunenes nye, lovpålagte plikt/ansvar til å forebygge sykdommer. Videre beskrives det som oppfattes som vår tids helseutfordringer og til slutt legges det frem argumenter, tall og statistikk som skal betegne mulig kostnadsbesparelse og effektivisering. Livsstilssykdommer/ ikke-smittsomme sykdommer drøftes i dette kapittelet, både identifisert som trussel mot folkehelsen og landets økonomi. Denne drøftingen kan forstås som en del av maktutøvelsen i veilederen. Vallgård (2004: 17) trekker frem *begrunnelser* som en av måtene å styre de som

skal styre borgerne på. Begrunnelser for tiltak innen folkehelsesatsingen kommer sjelden direkte til borgerne men rettes mot beslutningstakere og fungerer i så henseende som styring av de. Fremhevelsen av livsstilssykdommer i nevnte kapittel i veilederen leser jeg som en del av slik styring. Tre sitater fra kapittelet kan tjene som relevante eksempler på dette. Det første er fra avsnitt 3.3 *Helseutfordringer og risikofaktorer* (s. 14):

"Sykdomsgruppene kreft, diabetes, hjerte- og karsykdommer og kroniske luftveissykdommer er til sammen årsak til langt over halvparten av for tidlige dødsfall (dødsfall før 75 års alder) i Norge (64 prosent blant menn og 70 prosent blant kvinner i 2009). Andelen forventes å øke med 15 prosent på verdensbasis innen 2025. Verdens Helseorganisasjon (WHO) har påpekt at de fire viktigste underliggende risikofaktorene er usunt kosthold, fysisk inaktivitet, tobakk og alkohol. Endring av levevaner knyttet til disse risikofaktorene er estimert til å kunne redusere for tidlig død med 80 prosent når det gjelder hjerte-/karsykdommer og type 2-diabetes og 30-50 prosent når det gjelder kreft."

Under dette avsnittet følger det også videre drøfting av demografi, diabetes, overvekt og fedme, tobakk, fysisk inaktivitet, kosthold, alkohol, psykisk helse og søvnvaner. Her forsøker veilederen å få beslutningstakeres oppmerksomhet mot at livsstilssykdommene drar ned levealderen, at dette forventes å bli verre men at levevaneendringer (derav et argument for FLS) vil snu tendensen ganske dramatisk. Kapittelet har rikelig med referanser som understøtter fakta og prognoser. De andre to sitatene er hentet fra avsnitt 3.8 *Samfunnsøkonomiske gevinster* (s. 17-18).

"Sykdommer knyttet til helseatferd medfører både direkte og indirekte et betydelig velferdstap gjennom tap av leveår og livskvalitet, tap av arbeidskraft og store kostnader til behandling i helsevesenet. Det finnes ikke noe eksakt mål for hva et vunnet leveår med god livskvalitet eller såkalt kvalitetsjustert leveår (QUALYs - Quality Adjusted Life Years) er verdt, og et QUALY trenger ikke gis en økonomisk verdi for at det skal kunne anvendes i analyser, men Helsedirektoratet anslår at 500.000 kr. kan anvendes som verdien av å vinne et QUALY i analyser av folkehelseiltak."

"I Sverige er kostnaden per vunnet leveår for rådgivning til den som ønsker å slutte å røyke beregnet til mellom 3 000 og 10 000 svenske kroner. En studie fra Sverige viste at oppfølging av fysisk aktivitet og kosthold over tre år ga flere kvalitetsjusterte leveår (QUALY) og færre besøk hos fastlegen. Tilbudet ga en netto innsparing på 47 dollar per deltaker i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, som kun fikk skriftlig og muntlig rådgivning."

Det er fortsatt livsstilssykdommer og helseatferd som drøftes her med beslutningstakerne som målgruppe. Men nå forsøker veilederen å appellere mer direkte til en visjon om økonomiske innsparinger og tar i bruk et markedsspråk hvor levetid og livskvalitet kan måles og uttales i kroner og dollars.

4.2.3.3 Pasientbegrepet

Pasientbegrepet er kanskje ett av de begreper som tydeligst har utviklet seg til å bli et glatt såpestykke i helsevesenets hender de siste 30-40 årene. Siden Talcott Parsons analyse av pasientrollen og den asymmetriske maktrelasjonen i pasient-legeforholdet (Parsons 1964, sitert av Pedersen 2010), har det skjedd en betydelig endring i oppfatningen av pasientbegrepet innhold. Fra å forventes å være passiv, autoritetstro og uvitende, betegnes pasienten i stigende grad som værende velinformert, aktiv og stående i den sentrale rollen. Pedersen (2010) beskriver i sin analyse av (den danske) pasientens politiske diskurshistorie, hvordan det i perioden 1970-2007 har formet seg to forestillinger om pasienten i politiske dokumenter. Den ene om den ansvarlige samfunnsborger og den andre om den krevende forbruker. Forestillingen om pasienten som den ansvarlige borger har, ifølge Pedersen, oppstått på 1970-tallet i tilknytning til politiske målsetninger om reduserte utgifter til helsevesenet. Politiske dokumenters beskrivelse av den ansvarlige borger, som senker forventningene og kravene til helsevesenets innsats og tar ansvar for egen helse, blir en måte å forsøke å redusere utgifter til helsevesenet. Forestillingen om den krevende forbrukeren mener Pedersen derimot springer ut fra 1990-tallets politiske dokumenter hvor ressursknapphet og økte ventelister i helsevesenet møtes med konkurranseutsettelse. Pasienten, som nå i markedsøkonomisk ånd også blir kalt *bruker*, kan stille krav til service og individualitet. Forventningspresset som på 1970-tallet var et problem blir på 1990-tallet snudd til et positivt press som skal resultere i et bedre fungerende helsevesen. Pedersen argumenterer for at slike idealer om pasienten skapes under artikuleringen av helsepolitiske problemstillinger. Målet om et bedre og mer bærekraftig helsevesen kan fortsatt være det samme men middelet, pasientrollen, forandres (ibid).

I veilederen brukes flere begreper om pasienten. Begrepene *pasient* og *bruker* står gjerne sammen når det refereres til lover og forskrifter. Det presiseres at FLS er en helsetjeneste

som må forholde seg til både helsepersonelloven og forskrift om pasientjournal, hvilket befester formaliseringen av pasientrollen tilknyttet FLS. Som det fremkom i avsnitt 4.2.2 brukes også begrepet *person* hyppig i veilederen, da primært som beskrivelse av de forskjellige identitetskategoriene. I tillegg brukes begrepet *deltaker* i utstrakt grad, særlig i kap. 6 (*Levevaner, endring og mestring*) og kap. 7 (*Frisklivsresept - strukturert oppfølging ved frisklivssentralen*). Oppsummert kan det sies at det er *personer* med forskjellige statuser, utfordringer og behov som fører til at de blir *pasienter* i en helsetjeneste. Når de først er innen denne tjenesten er de likevel ikke lenger pasienter men *deltakere*. Som deltaker *tar en del* i noe som foregår. Deltakeren er den aktive, myndige og medansvarlige. Dette svarer til det som Kjær og Reff (2010: 12) kaller *det nye pasientskap* med referanse til helsevesenets drøm om en ny form for likeverdighet mellom pasient og helsevesen. De hevder at pasientbegrepet i de siste 30-40 årene har utviklet seg fra å være noe som entydig og klinisk beskriver en syk person, til å bli utsatt for et *selvfølgelighetstap* (Schmidt 1994, sitert i Kjær og Reff 2010:17). Pasientrollens selvfølgelighetstap viser seg ved at legenes enerett på å uttale seg om pasientens interesser og behov, opphører. Derav installeres nye selvfølgeligheter, av ledelsesmessig, samfunnsøkonomisk og helsepolitisk art som former den nye pasientrollen kun ved å beskrive og håndtere den. Kjær og Reff mener at dette kan gi en illusjon av at det skapes én ny type pasientrolle i stedet for den forrige men at det faktisk utvikles et mangfold av pasientkonstruksjoner som ikke er innbyrdes forenlige (ibid:18).

Mitt inntrykk er at dette også er noe av det som er problematisk med pasientrollen som beskrives i veilederen. Det kan være høyst forsvarlig å utfordre det opprinnelige, "passive" pasientbegrepet men det virker forførende enkelt å beskrive deltakeren som en *aktør*⁸ som eier sin endringsprosess, setter i gang varige livsstilsendringer og resultatet blir flere leveår med god helse.

4.2.3.4 Empowerment og mestring

Empowerment og mestring er også nøkkelbegreper jeg identifiserer i veilederen. Begrepene har lenge vært brukt i norske dokumenter som omhandler folkehelsearbeidet med store forventninger til bedring av folkehelsen, brukt som både strategi og som mål (Vallgård 2001). Begrepet empowerment viser seg å dekke mange og dels uklare nyanser og forståelser.

⁸ Se avsnitt 4.4.1 som også omhandler aktørbegrepet.

Populæriteten av begrepet i politiske programmer og offentlige samt private satsinger har ført til at mange forskere har gått begrepsbruken nærmere etter i sømmene (Askheim 2012, Juritzen m.fl. 2012, Dean 2010, Madsen 2010, Ekeland & Heggen 2007, Tengland 2007, Powers 2003, Villadsen 2003, Cruikshank 1999). Mange av disse har studert empowerment-tenkingen i lys av Foucaults governmentality perspektiver.

Empowerment blir i veilederen definert slik: "*Empowerment handler om å sette folk i stand til å ta kontroll over egen helse og påvirkningsfaktorene for helse, og å mestre sin egen livssituasjon*" (fotnote i kap. 7.3 *Helsesamtalen*). I fotnoten henvises det forøvrig videre til folkehelseloven av 2011. Nevnte lov sidestiller begrepene empowerment, mestring og myndiggjøring. Her presiseres det også at empowerment handler både om individuelle egenskaper og strukturelle forhold/ livsbetingelser.

De fleste kan nok enes om at mestring, myndiggjøring og empowerment er svært positivt ladete begreper som hentyder til noe optimistisk, oppbyggende og selvstendigjørende hos den eller de det gjelder. Paradoksalt nok har anvendelsen av slike begreper innen helse- og sosialfeltet skutt fart parallelt med nye styringslogikker med fokus på mål- og resultatstyring samt evidensbasert praksis. Styringslogikker som kanskje vanskeliggjør den fleksibiliteten som egentlig trenges for å fremme slik mestring og medvirkning hos pasienter og brukere (Ekeland & Heggen 2007).

Powers (2003) beskriver bruken av empowermentbegrepet i helsefaglig litteratur som en dårlig skjult tvang- og kontrollmekanisme. Hun hevder at det ofte ukritisk knyttes til allerede eksisterende, kontrollerende intervensjoner for at utførere skal føle seg mer vel med tiltakene. Det er derfor ikke uten grunn at det oppfordres til varsko når empowermentbegrepet brukes som fanfare i forskjellige sammenhenger. Det kan ofte vise seg å være kun en glansfull innpakning (Askheim 2012: 74).

Den amerikanske statsviteren Barbara Cruikshank som blant annet har studert amerikanske selvrespektbevegelser, problematiserer hvordan selvstyringen og empowerment skjuler samfunnsmessig urett og ujevnhet. I sin bok *The will to empower* (1999) hevder hun at det, ut fra et demokratisk perspektiv, bør stilles spørsmål ved i hvilken grad en slik individrettet myndiggjøring kan brukes som en vaksine mot grunnleggende samfunnsanliggende problemer.

Hun beskriver empowerment og selvfølelse som en form for medborgerskapsteknologi ("technology of citizenship"). Borgerne enten fanger opp de forventninger som stilles til de eller deltar i dertil gjorte programmer og handler deretter. Om empowerment som slik strategi brukes i markedsøyemed eller som et løfte om et bedre og mer selvstendig liv, så er det alltid den som blir "empowered" som skal handle etter andres interesser eller forslag (ibid: 69).

Fra det Foucaultanske perspektivet blir empowerment-strategien som sagt ofte kritisert for å være en myk form for styring hvor eksperten, i form av en slags guide, møter den avmektige og hjelper denne å treffe "riktige" valg (Villadsen 2003). Denne styringsformen kan også gjenkjennes i veilederen og i frisklivssatsingen. Det sies at frisklivssentralenes tilnærming skal preges av empowerment og mestring og: *"målet med intervensjonen er å bidra til endring og mestring."* (fra veilederens kap. 7 *Frisklivsresepten* s.38).

4.3 Hvordan har denne framstillingen blitt til?

Ifølge Foucault er historien et nødvendig redskap for å forstå nåtidens praksis og diskursive formasjoner (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Det vil nødvendigvis være mange perspektiver som kan kaste lys på hvordan dagens praksis med livsstilsveiledning samt fokus på individuelt ansvar for sykdom og helse er i ferd med å bli den valgte tilnærmingen i norsk helsetjeneste. Jeg har valgt å se på følgende temaer for å belyse dette: folkehelsearbeidets utvikling, risikotanken, kunnskapsleverandører, og forholdet mellom staten og borgeren.

4.3.1 Noen trekk i folkehelseutviklingen

Det offentlige helsevesenet har alltid hatt folkehelse og forebyggende helsearbeid blant sine oppgaver. I løpet av de 200 årene Norge har hatt statlig helseforvaltning har dette tatt forskjellige former og utviklet seg i takt med samfunnsutfordringer og behandlingsmuligheter. Dette har også endret seg i takt med demokratisering og forholdet mellom staten og borgeren (Elvebakken 2009). Økende globalisering og internasjonalt

samarbeid har også ført til en viss utvisking av skillet mellom nasjonale og internasjonale helseproblemer (Helsedepartementet 2003). Flere forskere påpeker en generell trend med økende fokus på individrettede tiltak på det forebyggende helsefeltet de siste årtiene (Vallgård 2004, Ravneberg 2008, Elvebakken 2008, Pond m.fl. 2010, Nettleton 1997, Fullager 2002).

Ifølge Powers (2003) var den prekapitalistiske folkehelsediskursen i stor grad preget av religiøs karakter. Befolkningens atferd ble påvirket gjennom moralsk og religiøs språkbruk for å oppnå moralsk renhet som i sin tur skulle føre til god helse. Etter hvert som naturvitenskapens forklaringer og behandling av sykdom ble mer utbredt, ble helse og sykdom i større grad forstått gjennom et vitenskapelig språk fremfor et moralsk og religiøst. Powers påpeker også at befolkningens helse i moderne tid betraktes som et økonomisk anliggende; som en økonomisk ressurs eller belastning (ibid).

Frem til begynnelsen av 1900 tallet definerte sykehusets vegger gjerne den (vestlige) medisinske arenaen med sitt sterke preg av biomedisinsk paradigme og fokus på individuell patologi. Utover 1900 tallet vokste det frem flere konkurrerende paradigmer, hvor blant annet forebyggende medisin ble enda viktigere med fokus på overvåking av den generelle befolkningens helsetilstand, livsstil, helseatferd og risiko. Folkehelsearbeidets prosjekt er sågar å lokalisere risiko for sykdom og påvirke både myndigheter og personer slik at affæretas (Gastaldo 1997/ Powers 2003).

Porter (1999) beskriver noen av tendensene i folkehelseutviklingen i demokratiske land fra 18-hundretallet frem til våre dager som en utvikling fra *rett til helse* til *plikt til helse*. Porter hevder at dette også bør sees i en sammenheng med at 18-hundretallets sykdoms- og helseforståelse hang sammen med miljøfaktorer som ikke var under kontroll, særlig bakterier. Etter oppfinnelsen av antibiotika og bedre behandlingsmuligheter for infeksjonssykdommer, flyttet fokuset på sykdom og helse i større grad over på individet og dets ansvar (plikt) i forhold til egen helse (ibid).

I etterkrigstiden begynte den norske statens styringsambisjoner i forhold til folkehelsen å ta tydeligere form. Dette ga seg uttrykk i flere tiltak som innebar blant annet oppbygging av breddeidrettsbevegelser og påvirkning gjennom helseopplysning (Ravneberg 2008). Det var da særlig leger som fikk ansvar for dette påvirkningsarbeidet. Idrett, hygiene og sunt,

tilstrekkelig kosthold skulle resultere i bedre helse og velvære. Idrettsbevegelsen hadde et særlig samfunnsansvar for å stimulere til "en sterkere, sunnere og mer livsglad mennesketype" og målet så ut til å være en godt fungerende arbeidsstokk i et samfunn som var i rask oppbygging etter krigen (ibid). De samme trekkene sees i andre vestlige land i etterkrigstiden (Porter 1999).

Flere faglige og politiske debatter internasjonalt i 1960, 70 og 80-årene tok for seg det faktum at store investeringer i medisinsk teknologi ikke så ut til å resultere i bedret helsestatus hos flere befolkningsgrupper. Disse debattene identifiseres som en del av grunnlaget for helsefremmende arbeid. Fagfeltet rundt helsefremmende arbeid kan sies å ha blitt formalisert av Ottawa-Charteret under den første internasjonale konferansen for helsefremming i 1986 (Stevensen & Burke 1991, sitert i Anderssen 1997). Charteret bygger på en tese om at folkehelsen bedres først når marginaliserte grupper selv definerer sine behov og tar kontroll over egen helse (ibid).

Folkehelsepåvirkningen ble i tiltakende grad rettet mot individet og dette er også en periode hvor individuell frihet og autonomi generelt begynner å bli en større selvfølge (Porter 1999). Det kan være naturlig å se på disse elementene som hengende tett sammen, altså at den individrettede påvirkningen blir definert som det passende virkemiddelet for autonome borgere. Argumentasjonen for hvorfor god helse er viktig forandret seg også fra 1960-årene fra å appellere til samfunnsnytte og ansvar for fellesskapet til å appellere til individets ønske om "et bedre liv" (Vallgård 2003).

Utover 1980- og 1990-årene la helsemyndighetene ytterligere vekt på individuelt ansvar for egen helse, blant annet gjennom omfattende kampanjer for fysisk aktivitet. Verdens helseorganisasjon og internasjonalt samarbeid begynte å spille større rolle i livsstils- og helsepåvirkningen. Mot slutten av 1990 årene kunne dette blant annet observeres gjennom utbredelsen av slagord og oppskriftslignende anbefalinger som "røyking dreper", "5 om dagen" og "30 minutters fysisk aktivitet" som flere stater benyttet i sin måte å informere og påvirke innbyggerne på (Ravneberg 2008).

I det senmoderne samfunn har idealisering, for ikke å snakke om **besettelse** av helse, sunnhet og skjønnhet blitt et stadig mer fremtredende trekk. Mens eliten mot slutten av 17-hundretallet paradoksalt nok så på sykdom som et nødvendig tegn på sensitivitet og dermed

et statussymbol, var sykdom 200 år senere mer å regne som en dysfunksjon og hørende til de lavere sosiale lag i samfunnet (Porter 1999).

4.3.2 Risikotankegangen

På 2000-tallet har fedme blitt definert som en epidemi i den vestlige verden, sterkt knyttet til en allestedsnærværende risikotanke (Gard 2010). Overvekt og fedme omtales i veilederen som risikofaktorer for kroniske, ikke-smittsomme sykdommer og overvekt nevnes som en av de vanligste grunnene til henvisning til FLS. Framstillingen av overvekt og fedme i risikoperspektiv kan ofte se ut som den tydeligste pisken og/eller gulroten når individuell livsstil diskuteres.

I sin banebrytende bok *Risk Society* (1992) hevder Ulrich Beck at moderne vitenskap, teknologi og globalisering skaper en samfunnsform som han kaller risikosamfunnet. Globaliseringen fører med seg en større bevissthet rundt tanken om hva som kan skje med oss alle sammen. Inspirert av Beck har flere forskere analysert risikofenomenet innen vestlig kultur og *nyliberal* statsstyring⁹. Av disse har mange bidratt med analyser som fokuserer på konstitueringen av borgeren som risikoobjekt (Lupton 2013, Mik-Meyer & Villadsen 2007). Risikoforestillinger fungerer som styringsteknologi i nyliberale politiske strømninger og flere samfunnsprosesser styres da av disse forestillingene. Noe som videre hevdes å være konstituerende for måten borgerne oppfatter seg selv på (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 150)

Mary Douglas (1994, sitert i Mik-Meyer & Villadsen 2007) definerer risiko som den moderne form for tabu og synd. Tabu og synd fungerte før (og gjør fortsatt i en del ikke-vestlige samfunn) som beskyttelse mot farlig eller uønsket atferd som kunne true fellesskapet. Det noe mer nøytrale begrepet risiko har overtatt mye av denne funksjonen, om enn nå med større fokus på beskyttelse av individet enn fellesskapet. Risikofokuset avslører også en viss trang til å kontrollere fremtiden (ibid 2007: 151).

⁹ Madsen (2010) har oversatt David Harveys (2005) definisjon av nyliberalismen som følger: "en teori om politisk-økonomiske praksiser som går ut fra at velferd best sikres gjennom å frisette individuelt entreprenørskap innenfor et institusjonelt rammeverk preget av sterk privat eiendomsrett, fritt marked og fri handel" (Madsen 2010: 125)

Lupton (2013) mener at risiko har overtatt det tidligere *behovs*-språket innen velferds- og helsefeltet. Risiko brukes som en argumentasjonsteknikk eller "moralsk teknikk" for å påvirke helseutviklingen.

Novas og Rose (2000) og Rose (2007) argumenterer for at risikodiskursen har avlet frem en ny mennesketype; *det somatiske individ*, som konstant måles ut fra risikoparametre, manifestert i det kroppslige. Det somatiske individ blir identifisert ut fra sin risikoprofil og er i grunnen til enhver tid potensielt syk (Lupton 2013 / Novas & Rose 2000).

Statistikk og helseøkonomi blir naturlige elementer i dette risikokonseptet og det kommer til uttrykk på mange vis. Blant annet regnes en forventet levealder hos mennesket til å være 75 år. Om døden inntreffer før dette (tidlig død), regnes det som tapte leveår eller YPLL; years of potential life lost (Gardner/Sandborn 1990). Jo høyere gjennomsnittlig levealder en nasjon har, jo bedre regnes dennes helse og livskvalitet å være. En kan ane en viss konkurranse nasjoner i mellom og norske helsemyndigheter har slik sett en ære å forsvare da levealderen her er høy og stigende, samtidig som prognoser hevder at de nevnte sykdommene forventes å ramme flere i årene som kommer med flere tidlige dødsfall (Brunborg/Texmon 2010).

4.3.3 Kunnskapsleverandører:

I et samfunn og en tid hvor ordrer og befaling er mindre legitime styringsformer enn tidligere, blir kunnskap et viktig verktøy for makt (Mathisen 2003). Det er derfor ikke likegyldig hvilke kunnskapsleverandører som står bak når en politisk sak tar form og settes ut i tiltak. Moderne styring, i hvert fall i demokratiske stater, er alltid basert på kunnskap, noe som etablerer den sterke forbindelsen mellom kunnskap og makt (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Folkehelsekunnskapen er i stor grad basert på innhenting av statistisk helseinformasjon om befolkningen. Det foretas opptellinger, screeninger, spørreundersøkelser og overvåking i befolkningen.

I veilederen refereres det til en mengde rapporter som er baserer seg på slik informasjon. Disse brukes til å forklare det som oppfattes å være "helseutfordringene" for dermed å

begrunne satsingen på FLS. Kunnskapen om befolkningens helsestatus brukes slik sett ikke kun som informasjon men i den hensikt å styre utviklingen i bestemt retning da kunnskapsteknikker som tall og prognoser legitimerer den politiske innsatsen (Farsethås 2009).

Veilederen har referanseliste med drøye 100 referanser. Godt over halvparten av disse er offentlige dokumenter fra Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, Storting og Folkehelseinstituttet, stort sett basert på fagkunnskap innen folkehelse og medisin. De øvrige er for det meste faglitteratur som omhandler de metoder som foreslås i frisklivssentralenes intervensjoner. Dette demonstrerer tydelig tradisjonen for kunnskapsbasert politikk for helsetjenesten.

4.3.4 Forholdet mellom staten og borgeren

I sin beskrivelse av medborgerskapets historie, benytter Rose (2007) seg av begrepet *den biologiske borger* eller biologisk borgerskap når han drar opp bildet av den nåtidige borger. Det biologiske borgerskap kan ses som en videreutvikling av det Marshall (1950, sitert i Rose 2007 og Porter 1999) hevdet var 18-hundretallets politiske og 19-hundretallets sosiale borgerskap. Det biologiske borgerskap knyttes til en samtid preget av sterke biomedisinske paradigmer og teknologioptimisme i forhold til bio- og genteknologi. Den biologiske borger gjør krav til staten eller andre aktører dersom hans biologiske materiale på noe vis kommer til skade ved for eksempel miljøkatastrofer eller andre hendelser som disse kan stilles til ansvar for. Det biologiske medborgerskapet medfører altså en viss rett til beskyttelse av kroppen, helsen og det biologiske materialet som oppfattes som viktige og dyrebare verdier (Rose 2007: 133). Disse verdiene ligger dog ikke kun under statens og fellesskapets ansvar men også individets. Det individuelle ansvaret innebærer at borgeren skal ha kunnskap om egen kropp og helsestatus samt aktivt forhold til hvordan helsen påvirkes av egne valg og atferd. Inspirert av Foucault argumenterer Rose for at *biopolitikk* fungerer som en måte å holde orden og økonomisk sikkerhet på.

Biopolitikk innebærer både disiplinær- og regulerings-teknikker og har befolkningen som sitt objekt for kunnskap og makt. Gjennom politikken skal befolkningen ikke kun disiplinæres til

bestemt kontroll men også kartlegges demografisk i forhold til blant annet fødsels- og dødsrater samt endringer i forholdet disse i mellom som blir koblet til politiske og økonomiske konsekvenser (Farsethås 2009).

Den historisk politiske epoken som er identifisert som den rådende i flere vestlige velferdsstater (inkludert de skandinaviske) de siste årtiene, blir knyttet til nyliberalismen. Sentrale begreper og verdier i nyliberalismen er blant annet frihet, rasjonalitet, selvansvar, autonomi, effektivitet og empowerment (Madsen 2010 / Mik-Meyer & Villadsen 2007). Velferdsstaten setter rammer for møtet mellom de profesjonelle og borgerne i velferdsstatens institusjoner. Typisk sees krav om institusjoners stadig nye prosjekter som sikrer den ønskede endring og utvikling hos borgeren som etter idealforskriften skal være viljesterk og kontrollert samt tenke og handle rasjonelt (ibid). Den liberale borgerstyring må likevel alltid vurdere grensene for sin makt da den samtidig må forholde seg trofast til idealet om individuell frihet og egenvilje. Foretrukne liberale styringsmetoder vil derfor kjennetegnes av at de skal *fremme* og *fasilitere* de ønskede egenskapene hos borgeren (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 12).

Slik styring skjer gjerne *på avstand* blant annet gjennom en forventning om at befolkningen tar til seg kunnskap om sykdomsforebygging, risiko og helsefremming og styrer seg selv i den ønskede retning (Thompson 2008). Styringsavstanden ser dog ut til å reduseres når det gjelder grupper og individer som oppfattes å stå i særlig risiko eller som ikke ser ut til å styre seg selv i den optimale retning (Porter 1999) slik som tilfellet er ved for eksempel FLS.

4.4 Hva er usagt eller uproblematiskert i denne framstillingen?

Jeg har valgt å dra frem her et par aspekter som jeg har identifisert som noe mangelfullt presentert i veilederen. Det er slik sett ikke mangler i problemframstillingen per se jeg her undersøker men sider ved selve teksten som jeg ønsker å løfte frem.

4.4.1 Vilje og valg

Veilederen omtaler behov for endring og endringsevne som om helsemyndighetene og frisklivssentralens målgruppe vil og velger det samme. Målgruppen er personer som blant annet ikke følger kostholdsradene og ikke beveger seg i forhold til nasjonale anbefalinger og dermed kan stå i fare for å utvikle sykdommer. Men er det dermed sagt at disse personene ikke kan ha tatt aktivt valg med egen vilje om å leve slik de gjør? Deler alle nordmenn myndighetens målsetting om å leve så lenge som mulig? Det presiseres at:

"Det er individet selv som er den aktive og som eier endringsprosessene. Målet er å styrke deltakeren som aktør i eget liv, gjennom å bidra til økt tillit til egen mestring, fremme indre motivasjon gjennom kompetanse, tilhørighet og autonomi, bedre funksjonsevne og bedre fysisk og psykisk helse."

- fra veilederens kap. 3.1 (*Hvorfor frisklivssentraler*) s. 13

Dette kan gi inntrykk av at deltakeren i utgangspunktet ikke er en "aktør" i eget liv. Hva er han da? Er han en viljeløs person uten forhold til sine valg og sitt liv? Hvis deltakeren eier endringsprosessen, er det da sikkert at han vil endre seg i den retningen som myndighetene peker? Det virker å tas for gitt at deltakeren vil styres men samtidig skal rådgiveren være ytterst forsiktig med å være for styrende slik at ikke deltakeren mister motivasjonen.

Det drøftes ikke hva som eventuelt kan være grunnene til at individer gjør de valg som de gjør. Det refereres til mange undersøkelser som omtaler hvor mange prosent av befolkningen som følger eller ikke følger anbefalinger i forhold til for eksempel kosthold og fysisk aktivitet

4.4.2 «Utfordringer»

Et påfallende trekk ved veilederen er det noe forsiktige språket. Hensikten med å ta dette opp her er ikke å forsøke å svare på hvorfor det eventuelt er slik men snarere å drøfte kort hvordan dette ser ut til å manifestere seg i veilederem. Flere steder brukes begrepet *utfordringer* på en måte som jeg oppfatter som en del av denne forsiktigheten. Det snakkes blant annet om:

- *helseutfordringene* i Norge
- *utfordringer* knyttet til overvekt
- mestring av *utfordringer* knyttet til psykisk helse
- *utfordringer* eller sykdom
- *helseutfordringene* fremover
- *utfordringer* med å endre vaner
- *utfordringer* med kommunikasjon
- *utfordringer* og belastninger
- erfaringer og *utfordringer*

Det som gjentas oftest er *utfordringer knyttet til overvekt* og *utfordringer knyttet til psykisk helse*. Norsk bokmålsordbok (web-versjon) forklarer begrepet utfordring som noe som: *krever en kamp, hardt arbeid (for å overvinnes)*. Slik forklaring gjør begrepet ganske meningsladet og gir inntrykk av at veilederen beskriver mange harde kamper og overvinnelser.

Samtidig som begrepet virker å være sterkt og meningsladet i de sammenhengene det står i kan det samtidig se ut til å skulle dekke (over) noe som det unngås å sette ord på. Det er nok ingen grunn til å hevde at dette er enestående for veilederen da utfordring som begrep har gjort sitt inntog i det norske språket langt utover denne settingen. Det kan likevel være grunnlag for å påpeke slik begrepsbruk i nettopp denne sammenhengen.

Populært sies det at det ikke finnes problemer, bare utfordringer. Dette forstås gjerne som et signal om positiv og innsatsvillig innstilling, at problem er noe som vanskelig lar seg løse mens utfordring bare er en oppgave som må utføres. Kanskje begrepet utfordring har fått en

funksjon som en slags hjelpemotor for begrepet problem. Men dette forklarer lite av hvor skillet går mellom utfordring og problem og når det ene blir det andre.

Personer har ikke psykiske eller psykiatriske sykdommer i veilederen men *psykiske plager, lidelser* eller *utfordringer*. Denne begrepsbruken tjener også som eksempler på nevnte forsiktighet i veilederen og inntrykk av at "utfordringene" ikke skal problematiseres eller gis en nærmere beskrivelser som anliggende for helsevesenet.

4.5 Hvilke effekter/ virkninger skapes av denne framstillingen?

Det bør presiseres at det her ikke menes effekter i form av kvantitative utfallsmål som gjerne måles i forbindelse med forskjellige (helsefaglige) tiltak. Snarere er det snakk om de mer subtile virkningene som oppstår på grunn av begrensninger og premisser som former diskurser og problemrepresentasjoner (Bacchi 2009:15). I denne sammenhengen er det tre forskjellige, om enn ganske sammenvevde virkninger som skal undersøkes; *diskursive effekter*, *subjektiverende effekter* og *materielle effekter*.

4.5.1 Diskursive effekter

Diskursive effekter handler om hvordan diskurser er meningsdannende. Det som sies og tenkes innenfor en diskurs, setter også visse føringer for det som ikke kan sies. Dette former diskusjonen og meningsdannelsen innen diskursens felt og konstituerer slik sett hvordan vi forstår oss selv (Bacchi 2009 / Jørgensen & Phillips 1999). De diskursene som ser ut til å være sentrale i innrammingen av frisklivsfeltet handler i stor grad om risiko, livsstil og individuelt ansvar. I det følgende vil jeg derfor se nærmere på de diskursive effektene rundt dette.

4.5.1.1 Diskursen om den individuelle livsstil

Det at frisklivssentraler foreslås som tiltak innen helsetjenesten, kan sies å bygge på en form for enighet og ideologi om at den "*sunne borger*" er et motsvar til helseproblemer og livsstilssykdommer (Boch Waldorff 2010). Veilederen vektlegger tiltak som retter seg mot individet og dets vaner og valg. Det er disse som er "problemet" i forhold til ikke-smittsomme sykdommer, ved at det er disse som er tenkt løst eller endret på. Dette fokuset skaper en form for "sannhet" om at ansvaret ligger hos individet ikke hos samfunnet og at årsaken ligger hos individet og ikke i sosiale- eller andre forhold. En sannhet som det kan være vanskelig å utfordre.

Den individuelle livsstilsmodellen "*flytter lyskasterne fra sosial urett til individuelle mangler*" slik Per Fugelli beskriver det (Fugelli 2012). Veilederen omtaler riktignok sosiale helseforskjeller som en del av folkehelseutfordringene, både i innledningen (se sitat i avsnitt 4.1) samt i 3. kapittel (*Hvorfor etablere kommunale frisklivssentraler*). Det presiseres at det er ønskelig at de ansatte i FLS har kunnskap om sosiale helseforskjeller men dette gjenspeiles ikke veilederens forslag til tiltak i sentralene. Frisklivs- og livsstilsdiskursen, slik den framstilles i veilederen, beskriver en virkelighet hvor den individuelle livsstil og det individuelle ansvar er sentralt og defineres som utgangspunkt for handling.

De politiske dokumentene som veilederen flere steder henviser til (Helse- og omsorgsdep. 2013 / Helsedirektoratet 2010), presiserer egentlig at tiltakene bør foregå både på individ- og samfunnsplan. Veilederens beskrivelse av tiltakene innen FLS skriver seg dog kun inn i diskursen om individuell livsstil. Dette kan få virkninger for frisklivssentralenes deltakere da de kun blir introdusert for de tiltak som skal fremme endringer på individuelt plan. Det kan videre bygge opp under en forestilling om at det kun er individet som påvirker sin helse og generelle livskvalitet og at sosiale- og samfunnsforhold har lite betydning.

4.5.1.2 Risikodiskursen

Risikoforestillinger om sykdom og død kan fungere som styringsteknologi. Frykten for fedmeepidemien som har vært mye diskutert de siste årene illustrerer et godt eksempel på dette. Personer med overvekt og fedme sies å være i særlig risiko for å utvikle

følgesykdommer som diabetes type 2, og hjerte- karsykdommer. I tillegg blir de ofte vurdert til å sannsynlig slite med psykososiale problemer og ikke kun sin kroppsvekt (Mik-Meyer & Villadsen 2007).

Risiko er basert på en ufullstendig kunnskap da den definerte faren kun er potensiell og det dreier seg om en forestilt fare (ibid). Det vites for eksempel at noen overvektige utvikler sykdommer som skyldes overvekten men ved plassering i slike risikokategorier, blir konsekvensen for *alle* overvektige at de antas å bli syke (ibid: 150). Når det gjelder frykten for fedmeepidemien har flere forskere tatt til motmæle mot hvor reel denne faren er. Dette blant annet på grunn av tendensen til å sette alle overvektige under samme hatt og på grunn av det som hevdes å være overdreven villighet til å bruke moralske og kulturelle ideologier for å skjule usikkerhet i biomedisinsk kunnskap (Monaghan m.fl. 2013 / Gard 2010).

Det er to viktige aspekter ved fedmerisikoen og øvrig livsstilsrelatert helserisiko som kan trekkes frem med tanke på diskursive effekter. For det første det Lupton (2013) kaller å havne i "sykdommens ingenmannsland". Å bli plassert i slike risikogrupper, innebærer å være hverken syk eller frisk men alltid potensielt syk. Den potensielt syke må stadig sjekke om han/hun er blitt mer syk eller mindre syk og slik sett gjøre seg avhengig av eksperters tjenester, blikk og vurderinger (ibid).

For det andre så medfører risikodiskursen en funksjon hos risikoindividene og -gruppene som en slags skrekkens eksempler. Mik-Meyer & Villadsen (2007: 154) trekker inn den polske sosiologen Zygmunt Baumans samtidsdiagnose om de "*bortkastede liv*" (Bauman 2003) når de analyserer dette fenomenet. Bauman beskriver de "*normale*" som levende i en hårfin grense mot de "*marginale*" i et moderne forbrukersamfunn.

Det som får de normale til å se i frykt og vemmelse mot de marginale er ikke kun de marginales tilstand (værende overvekt, sykdom, feil livsstil eller noe annet som oppfattes som problemfylt) men også det faktum at de normale konstant blir minnet på hva de selv kan utvikle seg til, hevder Bauman. Myndigheter, medier, helsevesen og andre aktører som er bidragsyttere i diskusjonen og diskursen om risikogrupper, holder denne frykten ved like.

4.5.2 Subjektiverende effekter

Diskurser og problemrepresentasjoner gjør også bestemte former for *subjekter* tilgjengelige. Det hevdes at slike subjektposisjoner til en stor grad vil påvirke det synet en person har på seg selv og andre (Bacchi 2009:16). Videre vil subjektivering kunne gjøre bruk av det Foucault kaller "*dividing practices*", som kan oversettes som en form for atskillelse hvor grupper i forskjellige subjektposisjoner settes mot hverandre. For eksempel de disiplinerte versus de udisiplinerte, de sunne versus de usunne og så videre (Villadsen 2007: 159). Det er ikke nødvendigvis snakk om å aktivt eller bevisst sette slike grupper mot hverandre men snarere er det snakk om effekten som fremkalles ved at slike subjektposisjoner finnes (Foucault 1982 sitert i Bacchi 2009:16). Den generelle tendensen i moderne styringsmentalitet er favorisering av en disiplinert og selvstyrt atferd fremfor passivitet og bidragsavhengighet. Denne form for atskillelse gir derfor et godt utgangspunkt for styring av de personene som vil ønske seg tilhørighet i den gruppen med "riktig" og favorisert atferd (Rose 1999a).

Det jeg har sett etter i denne delen av analysen er hvordan individet formes som en autonom og ansvarlig deltaker i frisklivstilbudet, hvordan helsepersonalet formes som lyttende guider og til slutt hvordan dette settes i system gjennom samtalemotodene som anbefales i veilederen.

4.5.2.1 Deltakeren

Styring gjennom slik atskillelse som beskrevet over virker å være ganske selvsagt i frisklivsdiskursen og veilederen gir mange eksempler på dette. Personer som ikke følger de offentlige anbefalingene om fysisk aktivitet, kosthold og tobakksbruk, konstitueres som værende i mangel av de egenskapene som fremmer den ønskede atferden. Det sies at de står over for en "*krevende prosess*" (se sitat under avsnitt 4.1) som de trenger hjelp til å komme seg gjennom og bidrag til "*økt tillit til egen mestring*" (se sitat under avsnitt 4.4.1). Flere steder i veilederen forsterkes også dette bildet av et maktesløst subjekt:

"Opplever en å ha utilstrekkelig mestringsevne sett i forhold til endringens vanskelighetsgrad, kan det føre til at en føler seg maktesløs, oppgitt og resignert.

Dette kan i sin tur utgjøre en hindring når det gjelder å ta de gode helsevalgene som å spise sunt, slutte å røyke, være fysisk aktiv osv. Videre kan uhensiktsmessige og automatiserte tankemønstre motarbeide og sabotere en endring en ønsker å oppnå ("jeg kommer aldri til å klare det, jeg er ikke viljesterk nok, dette går aldri")"

- fra veilederens kap. 6.1 (*Endring av levevaner*) s. 31

Denne beskrivelsen/ subjektiveringen danner et godt grunnlag for styring og intervensjon. Det tegnes opp et bilde av den viljesvake og oppgitte som virker som en motsats til den fornuftige og handlekraftige. Utsagn som "*å ta de gode helsevalgene som å spise sunt, slutte å røyke, være fysisk aktiv*" representerer en positiv pol mot det negative "*jeg kommer aldri til å klare det, jeg er ikke viljesterk nok, dette går aldri*".

Men veilederen trekker også frem en visjon av deltakeren som en "*mester*". I en figur som illustrerer kursforløpet knyttet til frisklivsresepten vises fire stadier som deltakeren går i gjennom; 1. oppdage, 2. trives, 3. mestre, 4. fortsette. I stadiet "trives" heter det at deltakeren er en *nybegynner* og deltar på kurs og gruppetrening, i stadiet "mestre" er deltakeren en *mester* som deltar på gruppeaktivitet og i tillegg trener på egenhånd. I stadiet "fortsette" er oppfølgingsperioden over, deltakeren fortsetter egenaktivitet og betegnes nå som en *ambassadør*. Det gis ingen utdypende forklaringer på denne figuren som dog dekker en helside (s. 41) i veilederen.

Dette kan leses som et eksempel på etableringen av den handlekraftige aktøren som deltakeren helst skal være fremfor en maktesløs og avhengig mottaker. Subjektiveringen legger slik sett et grunnlag for styringen; ved å gi form til subjektet, blir styring av selvstyring mulig (Dahlager 2001). Veilederen former et subjekt som skal gå fra å være avmektig og ambivalent til å bli handlekraftig og i endring.

4.5.2.2 Helsepersonell

Det er ikke bare FLS' s målgruppe som subjektiveres innen frisklivsdiskursen og i veilederen. De ansatte og helsepersonell generelt blir også beskrevet på en bestemt måte som drar frem et visst bilde av denne gruppen. Denne subjektiveringen danner også grunnlaget for styringen. I intervensjonene i FLS er det hovedsaklig deltakeren som er subjektet, som skal kjenne seg

selv og handles på. I veilederen og nettdokumentene som supplerer denne, blir dog også de ansatte handlet på. Det er flere trekk jeg lokaliserer i subjektivering av helsepersonell og FLS's ansatte i veilederen. For det første sies helsepersonell å stå i

"særlig god posisjon til å identifisere personer med levevaner som gir økt risiko for å utvikle sykdom"

- fra veilederen avsnitt 3.2 side13.

Helsepersonell beskrives her som å ha en slags profesjonelt risikoblikk på personer. For det andre gjentas det flere ganger i veilederen (med henvisning til nye helselover av 2012) at helsepersonell pålegges deltakelse og plikter i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Dette er en ganske direkte og overordnet form for styring av helsepersonell generelt i forhold til folkehelsesatsingen. Disse pliktene dreier seg altså blant annet om ansvaret for å identifisere risikopersoner og potensielt syke, med alt hva det innebærer av utfordringer i forhold til normalitetsbegrepet. Når det gjelder helsepersonell i FLS trekker veilederen frem ganske detaljert beskrivelse av hvilken kompetanse, erfaring og holdninger disse bør ha.

"Det anbefales at frisklivssentraler knytter til seg personer med høgskole-/universitetsutdanning innen helsefag, fysisk aktivitet og ernæring, samt personer med kompetanse i tobakksavvenning.(...) Veiledere ved frisklivssentralen bør ha kunnskap om metoder med dokumentert effekt når det gjelder endring av levevaner.(...) Frisklivssentralen bør i tillegg ha kunnskap om folkehelsearbeid, sosiale ulikheter innen helse, salutogenese, gruppeprosesser og gruppeledelse, psykisk helse og hvilken rolle psykisk helse spiller i endring av vaner, arbeidsrettet oppfølging, rusforebygging, flerkulturell forståelse, brukermedvirkning og tilrettelegging for målgruppene. I tillegg er det viktig å dra nytte av kompetansen brukerne sitter inne med. Begge parter lærer noe i møtet mellom brukerkompetanse og fagkompetanse."

fra veilederens kap. 4.3. *Kompetanse*, s. 21

Disse beskrivelsene i veilederen kan tegne som enda et eksempel på det Vallgårda (2004) kaller styring av de som skal styre borgerne (med ref. til avsnitt 4.2.3 om livsstilssykdommer). Beskrivelsen av den anbefalte kompetansen sier noe om den rollen de profesjonelle tilskrives i FLS. Helsepersonellet i FLS ser ut til å skulle hovedsaklig drive med en form for "coaching" av deltakerne. Samtidig skal de ansatte være en autoritet som deltakeren oppsøker og har en viss tillit til.

Den supplerende "verktøykassen", som Helsedirektoratet har laget til FLS's ansatte og som er tilgjengelig på direktoratets nettsider, gir også ytterligere retningslinjer i forhold til hvordan de ansatte skal "kjenne seg selv", for å si det med Foucault. Design og farger på logoer, på brosjyrer og på arbeidstøy anbefales etter fastbestemte normer og de fysiske aktivitetene skal ta utgangspunkt i nasjonale anbefalinger med henvisning til Aktivitetshåndboken (Bahr 2009) som også utgis av Helsedirektoratet.

Et siste, men ikke desto mindre viktig trekk i veilederens beskrivelse av helsepersonell, handler om motvilje mot å snakke om levevaner med pasienter. Det presiseres flere steder at samtaler om endring er en sentral del av tilbudet i FLS. Ett utsagn i veilederen peker dog på et aldri så lite dilemma i denne sammenhengen:

"Studier viser at helsepersonell synes det er vanskelig å ta opp problemstillinger knyttet til levevaner med pasientene, for eksempel røykevaner. I tillegg til mangel på tid, oppgir de usikkerhet når det gjelder kommunikasjonsteknikk som en sentral årsak til at temaet ikke tas opp. Levevaner kan oppfattes som noe privat, og det å stille spørsmål ved en persons vaner og (helse)atferd kan oppleves som problematisk og invaderende. Studier viser imidlertid at pasienter har stor tiltro til råd og veiledning om endring av levevaner fra helsepersonell. Respekt for personlig integritet er ikke ensbetydende med å la være å ta opp temaer. Respekt kan nettopp være grunnlaget for å ta opp spørsmål knyttet til levevaner."

-fra veilederens kap. 6.2 *Å snakke om endring* s. 31

På den ene siden ser det ut til å være mangel på tid og metodikk som hindrer tematiseringen av levevaner. Sistnevnte kan jo forklare satsingen på opplæring i kommunikasjonsmetoder for helsepersonell. På den andre siden virker det som helsepersonells "oppfatninger" kan feies av banen fordi pasientene sies å oppfatte noe annet eller i hvert definere helsepersonellet som den autoriteten de ønsker å henvende seg til. Det kan fremstå som om teksten prøver å overbevise helsepersonell om at opplevelsen av invadering er basert på uvitenhet og derav henvises det til de harde fakta (studier). De siste setningene som tar for seg respekt, mer en antyder at det er helsepersonellets *holdninger* til respekt som er den egentlige bremseklossen i denne saken. Slik jeg ser det forsøker teksten å appellere til at helsepersonell, uansett holdninger og oppfatninger, kan snu disse i den retningen at det sikrer den ønskede styringen av risikopersonene.

4.5.2.3 Frisklivssamtalen

Jeg har nå beskrevet de subjektiverende effektene jeg har lokalisert i veilederen. I tilknytning til dette temaet kan det være oppklarende å trekke frem hovedarenaen som disse subjektene skal ha sitt virke på, innen FLS. Det dreier seg om et av de sentrale styringsverktøyene i FLS; den såkalte helsesamtalen, også kalt frisklivssamtalen, motiverende intervju (MI) eller endringsfokuserert rådgivning. MI som samtalem metode anbefales og promoteres i veilederen.

"Helsesamtalen er en strukturert, individuell samtale som har til hensikt å hjelpe deltakeren med å finne egne grunner til å ville endre atferd, og å hjelpe deltakeren med å bli motivert og oppleve mestring. I samarbeid med deltakeren skal det utarbeides mål og plan for reseptperioden"

- fra veilederen kap. 7.3 *Helsesamtalen* (s. 39)

Helsesamtalen og MI-metoden omtales kun kortfattet i selve veilederen men det refereres til verktøykasse med maler og veiledning på Helsedirektoratets nettsider,¹⁰ samt litteratur som omhandler MI-metoden (Barth, Børtveit & Prescott 2013)¹¹.

Metoden presenteres som målrettet, empatisk og personsentrert. Ambisjonen er å oppnå varig endring og selv om rådgiveren/ veilederen skal styre samtalen gjennom spørsmål som følger et mønster, advares det samtidig mot at veilederen overtar styringen i den grad at motstanden øker hos deltakeren og han/hun mister lysten til endring (Barth, Børtveit & Prescott 2013). Metoden defineres i noen kritiske studier som en typisk moderne styringsteknikk og det påpekes flere motsetningsfulle forhold når det gjelder blant annet fremhevelsen av en "ikke-styrende" holdning samtidig som deltakeren nettopp skal styres i en bestemt retning (Vallgård 2004 / Villadsen 2007).

¹⁰ Det er flere dokumenter på nettsidene, bl.a. *mal for gjennomføring av frisklivssamtalen, funksjonsmålings skjema og skjema for ambivalensutforskning*.

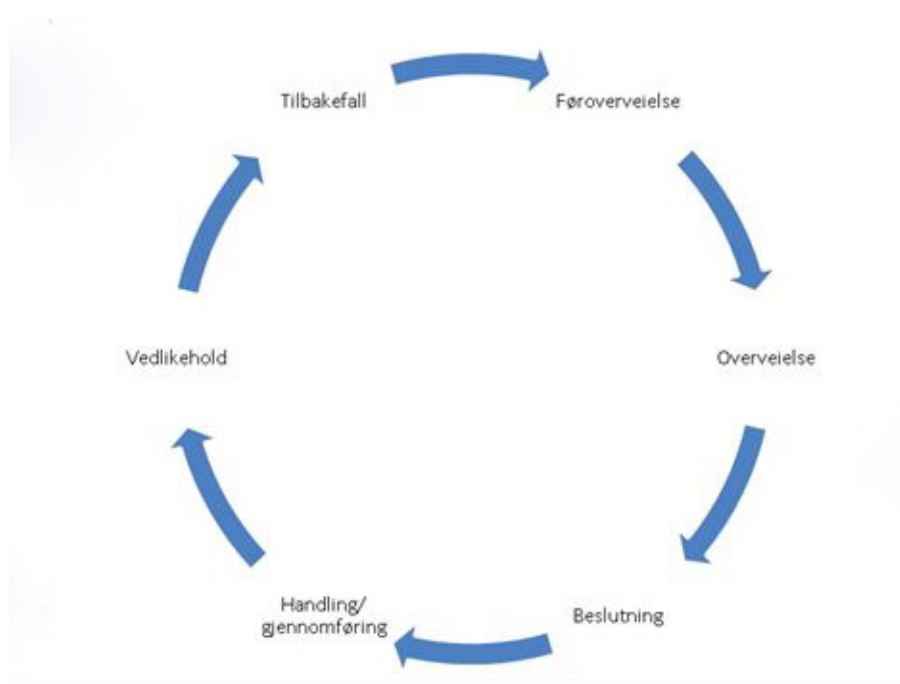
¹¹ På H-dir's nettsider (pr. jan. 2014) oppgis noe eldre litteratur av samme forfattere. Jeg har valgt å bruke den nyeste boka som er oppgradert og utvidet i fht. den eldre versjonen.

"Det er deltakerens syn på egen situasjon som er i fokus, og målet med samtalen er å øke deltakerens bevissthet om egen motivasjon for å ville endre atferd. Veileder styrer samtalen ved å stille spørsmål som utforsker og styrker personens ønske om endring. Empati og respekt for deltakerens selvbestemmelse og egne valg er sentrale verdier. Endring skal skje på deltakerens vilkår"

- fra veilederens kap. 6.2.1 *Samtalemetodikk* s. 31

Deltakerens uttalelser ordnes ved hjelp av veilederen, innen bestemte *temaer* og *kunnskapsrammer*. Temaene her forstått som de levevaneområdene deltakeren må ta stilling til i samtalen. Kunnskapsrammer her forstått som det samtalemotodiske verktøy veilederen har til disposisjon, enten kun for seg selv eller som deltakeren involveres i. De temaene som kan identifiseres i veilederen og nettdokumentene er; fysisk aktivitet, kosthold, tobakk, følelser, vanlige gjøremål, sosiale aktiviteter og vurdering av egen helsetilstand. Deltakeren skal gradere disse temaene på en skala fra 1 til 5 (COOP/WONCA funksjonsmålingskjema), samt skalaer fra 1 til 6 og 1 til 10 (skjema om fysisk aktivitet). I nettdokumentet *Gjennomføring av frisklivssamtalen* foreslås det at ett av temaene kan være i hovedfokus under samtalen selv om flere temaer kartlegges.

Kunnskapsrammene tar blant annet utgangspunkt i en atferdspsykologisk modell, kalt *Endringshjulet* (se figur).



Modellen er utviklet av psykologene Prochaska og DiClementes. Her forklares endring som en langsom, sirkulær prosess hvor bestemte stadier inngår (Barth, Børtveit & Prescott 2013: 61). Deltakeren presenteres for disse stadiene for å forstå seg selv ut i fra disse.

Hovedansvaret for denne forståelsen ser dog ut til å ligge hos den som veileder:

"Det er veileders oppgave å tilpasse veiledningen i forhold til hvor i endringshjulet deltakeren befinner seg. Målet med veiledningen er å hjelpe deltakeren et skritt videre i endringsprosessen, mot varig endring. Veileder støtter deltakeren i alle faser, også når deltakeren ikke klarer å nå sine mål eller opplever tilbakefall. Tilbakefall er en naturlig del av endringsprosessen og man kan gå flere runder rundt hjulet før man oppnår varig endring."

- fra nettdokumentet *Gjennomføring av frisklivssamtalen*.

Veilederens kompetanse til å forvalte dette ansvaret blir forsøkt forsterket gjennom nøyere beskrivelse av de forskjellige stadiene eller skrittene i endringsprosessen.

"Skrittene i endringsprosessen

Føroverveielse: Kjennetegn: Lite innstilt på endring. De positive effektene av egen adferd oppfattes som større enn de negative. Veileders oppgave: Still spørsmål og følg opp svarene. Gi eventuelt litt individrettet informasjon.

Overveielse: Kjennetegn: Opplever negative konsekvenser ved nåværende adferd, men er usikker på hvor stort problemet egentlig er. Stor grad av ambivalens. Veileders oppgave: Still spørsmål og følg opp svarene. Fokuser på at deltaker finner gode grunner for å endre. Snakk om hva man kan tape ved å gjøre endring. Utforsk ambivalens

Forberedelse: Kjennetegn: Tar beslutning om å gjøre endring og gjør små forsøk på endring. Veileders oppgave: Still spørsmål og utfordre deltaker til å lage realistiske, enkle mål og en konkret plan. Vær støttende på at endring er mulig.

Handling: Kjennetegn: Endringene iverksettes og blir synlig. Veileders oppgave: Still spørsmål, gi støtte. Inviter til snakk om utfordringer.

Vedlikehold: Iverksatt handling betyr ikke alltid varig endring. Kan oppleve at ambivalens i forhold til endringen vender tilbake. Veileders oppgave: Still spørsmål, gi støtte. Snakk om endringen og det man får til. Snakk om strategier for å unngå tilbakefall.

Tilbakefall: Innebærer retur til tidligere adferd. Kan være for en avgrenset periode, et tilbakeskritt som bidrar til læring. Veileders oppgave: Gi aksept for at tilbakefall er naturlig. Still spørsmål og gi støtte. Utforsk ambivalens."

- fra nettdokumentet *Gjennomføring av frisklivssamtalen*

Anbefalingen av endringshjulet som verktøy i frisklivssamtalen gir et godt bilde av hvordan deltakeren som et autonomt subjekt blir sett på gjennom *objektiverende* kategorier (de forskjellige stadiene). Dette gir veileder en anledning til å handle på deltakeren uten å frarøve denne sin subjektivitet som jo regnes som grunnlag for deltakerens handlekraft (Karlsen og Villadsen 2007).

I frisklivssamtalen kan også et skjema for *ambivalensutforskning* brukes. Deltakeren skal da skriftlig ta stilling til fire forskjellige posisjoner. Skjemaet har fire ruter hvor fordeler og ulemper med endring samt fordeler og ulemper med nåværende situasjon fylles inn. Denne forståelsen forventes å hjelpe deltakeren til å handle og gjennomføre de endringer han/hun bestemmer seg for å gjøre. Det sentrale ved dette skjemaet, sett fra styringsperspektivet, er at dialogen rundt deltakerens ambivalens gjøres til det Karlsen og Villadsen kaller *en indre dialog*. Ambivalensens natur vil alltid innebære motsetninger og derav være et potensielt konfliktmateriale. Denne konflikten vil med større sannsynlighet foregå i deltakers indre selvforhold fremfor mellom deltaker og veileder, når ambivalensskjema brukes.

Nettdokumentet presenterer videre noen sentrale prinsipper for veilederen som kan defineres som en del av forståelsesrammen. Han/hun bør blant annet sørge for godt samtaleklima og unngå å komme med råd eller å opptre som ekspert. Hovedgrunnen til dette oppgis å være faren for at deltakers handlingskraft ikke kommer frem hvis ikke vedkommende helt og holdent står for valgene selv. Veileder anbefales å anvende åpne spørsmål, aktiv lytting, refleksjoner, oppsummering og bestemte typer setninger for å "*hente frem endringssnakk*" som det heter i nettdokumentet.

Fremgangsmåten som her beskrives demonstrerer noen av styringsprinsippene i FLS, særlig sett i lys av governmentality. Måten deltakeren og dennes tale settes i sentrum og måten veileder oppfordres til å undertrykke sine ønsker om å komme med råd, kan sees på som en bestemt form for ledelsesteknikk. Karlsen og Villadsen (2007 / 2008) hevder at denne måten

å organisere dialogen på, er blitt en generell tendens i moderne styring av blant annet pasienter, klienter og medarbeidere. De påpeker at dialogen ofte kan oppfattes som erstatning av ledelse og makt men at det riktigere er å si at dialogen heller representerer en ny form for ledelse og selvledelse. Dette hviler på en forestilling om at talen er mer maktfri og autentisk når den kommer fra pasienten selv (ibid 2007: 9).

Veileder skal lytte men ikke på en hvilken som helst måte. Den "aktive lytting" er en form for teknikk som skal identifisere, gjenta og løfte frem uttalelser som relateres til endringer hos deltakeren. Dette skal forsterke deltakerens forståelse av uttalelsene som hans egne samtidig som motstanden mot veileder blir minimal. Veileders råd eller "ekspertise" derimot vil kunne skape motstand hos deltaker og skade mulighetene for handlingskraft. Dette fordi konflikten rundt ambivalensen da plasseres i dialogen mellom deltaker og veileder i stedet for i deltakerens indre dialog (ibid: 16).

I et governmentality-perspektiv kan frisklivssamtalen også sees som det Foucault kalte individualiserende makt eller *pastoral ledelse* (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 18). Dette med henvisning til fellestrekkene mellom kirkens/ prestens ledelse mot frelse gjennom bekjennelsen og moderne institusjoners/ helsepersonells ledelse mot helse gjennom dialog. Deltakeren "bekjenner" seg til en autoritet, her representert ved frisklivssentralens veileder. På samme måte som presten la vekt på syndenes *sannhetsverdi*, må frisklivsveileder bistå deltakeren i å finne frem til *betydningsfulle* utsagn slik at deltaker erkjenner disse som sine egne. Utsagnene ordnes på bestemte måter knyttet til levevaner og helseatferd som sikrer at deltaker i størst mulig grad kan handle på seg selv og gjennomføre endringene (Pii 2010).

I veilederen blir denne formen for samtale anbefalt fordi den har vist dokumentert effekt og er empatisk. Spør man i et governmentality-perspektiv hvorfor den har effekt, vil svaret kunne være, slik Vallgård (2004:15) hevder, at styring forutsetter en opplevelse av mening hos de som blir styrt. De styrte trenger ikke å dele de styrendes mål men den ønskede atferden må gjøres meningsfull. Dette sikres i større grad ved at det er deltakerens egne formuleringer som brukes til å formulere tiltaksforløpet.

4.5.3 Materielle effekter

Med materielle effekter, siktes det til de virkningene problemframstillingen har direkte på personers liv og materielle levekår. Det handler blant annet om økonomiske konsekvenser personer kan merke som følge av den måten et aktuelt "problem" framstilles (Bacchi 2009).

Der er ingen forslag i veilederen som direkte foreslår vanskelige økonomiske konsekvenser for FLS's målgrupper. Tvert i mot, ville enkelte si, da tilbudene i sentralene er både rimelige og inkluderende for deltakerne. Når veilederen dog leses i et governmentality-perspektiv, kommer flere sider til syne med utgangspunkt i mye av det som omtales i hele dette kapittelet. Det er derfor grunn til å påpeke noen av de materielle konsekvenser som kan oppstå når personer blir klassifisert som risikopersoner på grunn av sin livsstil.

De siste årene har såkalte helseforsikringer blitt stadig mer populære. Disse dekker en del uventede utgifter ved sykdom og skader samt raskere tilgang til helsetjenester. De fleste helseforsikringene har strenge kriterier for dekning, avhengig av personens livsstil. Overvektige blir i mange tilfeller nektet slike forsikringer eller pålagt tillegg i pris. Risikoidentiteter medfører i slike tilfeller det Bauman (2003) har kalt *utstøtelsesmekanismer*. Slike oppfattelser av annerledeshet, som i dette tilfellet å være potensielt syk eller å regnes som ikke frisk nok, legitimerer utstøtelsen, her representert ved forsikringsselskapenes avslag eller begrensede/ dyrere tilgang på helseforsikring.

Overvekt og dårlig fysisk form graderes i flere og flere sammenhenger som trussel mot samfunnet. Alt fra manglende oppfyllelse av inntakskrav til militærtjeneste, kostnader for arbeidsplasser til bekymringer rundt økt drivstoffbruk for flyselskaper trekkes inn i diskusjonen om personer som defineres som å være for tunge eller i for dårlig form (Guthman & DuPuis 2006).

Risikoindivider blir dermed nåtidens *avvikere* slik Novas & Rose (2000) hevder (sitert i Mik-Meyer & Villadsen 2007) på grunn av kroppslige faktorer som kan sette dem i fare. Den moderne individualiteten sies i sitt vesen å være kroppslig og herfra være i fokus for arbeidet med selvet (ibid: 155).

Det er videre fare for stigmatisering og stemping av personer som ikke holder den "riktige" livsstil, særlig hvor dette blir synlig ved for eksempel overvekt. En stigmatisering som forsterkes av fremstillingen av de slanke og disiplinerte som de suksessfulle og foretrukne i samfunn og arbeidsliv. Kroppsformer og -størrelser kan med rette forstås som vår tids moralske panikk¹² (Dworkin & Wachs 2009, sitert i Bugge & Lillebø 2009) og disse sosiale effektene vil lett kunne tippe over til å bli materielle.

4.6 Hvordan/hvor har denne framstillingen av "problemet" blitt produsert, spredt og forsvart?

Det virker ikke som etableringen av FLS har hatt noen bred dekning i riksmidia men at kommunene profilerer sentralene gjennom sine nettsider og via informasjon til helsepersonell som for eksempel leger, fysioterapeuter og helsesøstre. Den generelle diskusjonen om livsstil, individuelt ansvar, trening, fysisk aktivitet og kosthold er likevel i aller høyeste grad tilstede i media. Fjernsynsprogrammer av både folkeopplysningsmessig og underholdningsmessig karakter kjøres sesong etter sesong. Disse kan ha både intervjuer med eksperter og lekfolk samt flere varianter av intervensjoner som "vanlige" folk deltar i og som kan følges over tid av seere. Slike programmer ser ut til å skulle fungere som både inspirasjon, skrekkeeksempler og ren underholdning. Norske aviser skriver så å si daglig om helse og livsstil og det utgis årlig flere selvhjelpsbøker innen dette temaet. Utdanningsinstitusjoner tilbyr stadig flere programmer med fokus på kompetanse innen livsstilsveiledning, empowerment og mestringsprogrammer.

Alle disse faktorene er medvirkende til å skape en allmenn forståelse hos befolkningen om hvordan livet skal leves og hvilket ansvar som forventes av enkeltindividet. Altså en styring på avstand. I etablerte velferdsstater som de skandinaviske, hvor brorparten av helsetjenester er offentlige og statlig/ kommunal styring av helsetjenesten derfor regnes som nokså

¹² Begrepet *moralsk panikk* ble på 1970-tallet lansert av kriminologen Stanley Cohen som beskrivelse av en (medie)tendens til å definere hendelser, tilstand eller personer som trussel mot samfunnets interesser eller verdier.

selvfølgelig, vil det muligens falle naturlig når det offentlige så trer inn på arenaer som tradisjonelt har vært private. Dette gjelder for eksempel treningstilbud som tradisjonelt har hørt inn under idrettslag og treningssentre. Før etableringen av FLS var trening i regi av det offentlige for det meste forbeholdt syke mennesker mens tilbudene nå ser ut til å også dekke de potensielt syke.

5 Oppsummerende drøfting

I dette kapitlet vil jeg gjøre en oppsummering av analysen. Jeg beveger meg her noe bort fra Bacchis 6 analysespørsmål og tilbake til oppgavens problemstilling for å gi noen konkluderende svar og refleksjoner rundt spørsmålet om hvordan styring og makt kommer til syne i frisklivssatsingen. Hvem styres og på hvilken måte? Innledningsvis vil jeg oppsummere de lokaliserte forståelsesrammer som kanskje er nødvendige for legitimeringen av livsstilsfokuset i helsetjenesten. Kapitlet rundes av med en refleksjon rundt metodebruken.

5.1 Hva muliggjør frisklivssatsingen og helsetjeneste som frisklivssentraler?

Den forutgående analysen tar utgangspunkt i Michel Foucaults begreper om governmentality og maktutøvelse. Oppgavens analyse av forhistorien til dagens individrettede livsstilsfokus, kan forklare noe av det som muliggjør frisklivssatsingen. Den generelle trenden med økt fokus på individuelt ansvar for helsen, hviler på en forståelse av borgere som frie, ansvarsfulle og effektive. Foucaults forklaringer på forholdet mellom borger og stat under nyliberale styringsformer setter dette i et interessant lys. I nyliberale stater sikres slikt ansvar gjennom å stole på at borgeren kontinuerlig er oppdatert på tilgjengelig kunnskap om helse og risiko og agerer i forhold til denne kunnskapen.

I nyliberale velferdsstater forsterkes tilgjengeligheten av slik kunnskap blant annet gjennom tydeligere styring overfor bestemte grupper. Disse gruppene identifiseres gjennom undersøkelser og overvåking som tar utgangspunkt i (primært) kroppslige risikofaktorer. Slik praksis forutsetter at identifiseringen av risiko aksepteres som en måte å sikre beskyttelse mot potensielle farer på. I tillegg forutsetter dette at borgeren kontinuerlig lar seg vurderes og måles av eksperter.

Slik blant andre Porter (1999) hevder, fordrer reduksjon av risikoen gjennom individrettede tiltak en viss samfunnsmessig enighet om at individet bør innse sin plikt til å ta vare på helsen og holde seg frisk. Skulle denne plikten vise seg å være vanskelig å overholde, skaper velferdsstaten prosjekter som sikrer en nødvendig endring og utvikling. Inspirert av Foucault, anbefaler Bacchi (2009) at dokumenter som beskriver slike prosjektforslag, studeres nøye for å kaste lys på hvordan styring foregår gjennom problematisering.

5.2 Hvem styres?

Analysen viser styring av flere grupper og aktører som frisklivstilbudet retter seg mot. For det første styres de som skal styre de styrte. Her har jeg identifisert to grupper av aktører:

- a. Kommunepolitikere og andre lokale beslutningstakere som styres av staten, her representert ved Helsedirektoratet gjennom veilederen.
- b. Helsepersonell og ansatte i frisklivssentraler.

For det andre viser analysen at deltakeren i frisklivssentralene styres gjennom utformingen av tilbudet.

5.3 Hvordan foregår styringen?

Jeg vil presentere dette under 3 avsnitt, hvert gjeldende en av de gruppene som er definert i det ovenstående.

5.3.1 Beslutningstakere

Slik Vallgård (2004) har beskrevet, styres beslutningstakere blant annet gjennom begrunnelser for frisklivssatsingen. Nye, lovpålagte oppgaver innen forebyggende helsetjeneste blir lagt frem som ett av argumentene. Et annet er utsiktene om betydelig økonomisk innsparing. Tredje argument er faren for et mørkt fremtidsscenario med økning av sykkelighet, nedsatt levealder og mindre deltakelse i arbeidslivet. Her anvendes også en

forståelse av manglende innsats for å redusere slik risiko, som inkompetent og uansvarlig. Alle kommuner anbefales å opprette frisklivssentraler eller lignende tilbud som respons på den definerte faren.

5.3.2 Ansatte/helsepersonell

Styringen av helsepersonell og ansatte i frisklivssentraler foregår blant annet ved forming av krav til kompetanse og faglig fokus. Foucaults begreper om subjektivering og selvteknologier er aktuelle når dette undersøkes. De ansatte subjektiveres som lyttende og endringsfasiliterende veiledere fremfor behandlende eksperter. Det anbefales begrenset valg av farger på klær, logoer og skriftlig materiale, noe som også kan defineres som en del av styringen. Det sees også en generell trend av styring av helsepersonell i en retning av coaching, myndiggjøring og aktivisering av pasienter. Dette foregår særlig gjennom informasjon og opplæringstilbud i utvalgte kunnskapsmodeller for atferdsendring.

Helsepersonell forventes også ha et visst risikoblikk på borgeren. Dette tar utgangspunkt i definerte normalitetsbegreper i forhold til blant annet kroppsvekt og -sammensetning, spisevaner, tobakks- og alkoholvaner, aktivitetsnivå og forventet levealder. På denne måten skal helsepersonell identifisere hvilke individer trenger frisklivstilbud.

De ansatte i FLS blir ikke kun styrt av veilederen men de skal også være i en rolle som de som styrer, altså ansatt som styrer deltakeren mot helsen. Denne styringen kan ses i tråd med det Foucaults beskriver som en omsorgsfull, pastoral ledelse. Altså en gammel og velkjent ledelsesform fra kirkens arbeid mot frelse som nå kan sies å ha funnet nye farveier i helsetjenesten. Ord som brukes overfor deltakeren bør velges med omhu gjennom dertil gjort opplæring. Tro mot nyliberale verdier skal de ansatte også forsiktig respektere grensen for styringen, for ikke å frata deltakeren sin individuelle frihet, autonomi og motivasjon.

5.3.3 Deltakere

Deltakeren i FLS styres først gjennom en form for seleksjon som beskrevet overfor. Men han/hun er ikke avhengig av andres risikobriller for å være aktuell for FLS, da egen vurdering av livsstil kan også danne grunnlaget for deltakelse. Dette sikres blant annet gjennom det

Foucault har kalt "dividing practice", det vil si at personen kan vurdere hvilken gruppe han/hun tilhører; for eksempel sunn eller usunn, tykk eller tynn, trist eller glad og videre kan velge hvilken gruppe han/hun vil tilhøre. Media er også en viktig arena for denne vurderingen.

Foucaults begreper om selvteknologier og subjektivering gir også her et viktig perspektiv på hvordan personen subjektiveres som en handlekraftig, fri og autonom deltaker i FLS. Han/hun skal kjenne seg selv gjennom utsagn som sorteres ved hjelp av personellet gjennom bestemte kunnskapsmodeller. Disse utsagnene skal edle frem endringsviljen og motivasjonen. Deltakeren forholder seg også til objektiverende kategorier, som for eksempel forskjellige stadier i endringen og sortering av egen ambivalens. Dette for å sikre at endringen blir varig. Analysen viser også hvordan deltakeren skal kjenne seg igjen i begreper som *nybegynner*, *mester* og *ambassadør*, noe som her forstås som en måte å styrke sin nye identitet som endret på.

5.4 Metodiske refleksjoner

Å anvende Bacchis analyse spørsmål på veilederen har bydd på en del hodebry samtidig som spørsmålene har bidratt til mange gode refleksjoner som kanskje ikke ville ha vokst frem ved en annen type analysetilgang. Veilederen som empirisk grunnlag har best kunnet svare på de spørsmål som har dreid seg om "de nære" styringsformer som subjektivering, selvteknologier og appeller. Slik sett hadde denne analysen kanskje vært mer fokusert hvis jeg hadde valgt ut noen få Foucault-inspirerte begreper fremfor å analysere den større sammenhengen slik Bacchis tilnærming egentlig er designet til. De 6 analyse spørsmålene har som følge av dette vist seg å ikke alle være like viktige. Jeg anser dette som et eksempel på svakheten ved å følge en slik analytisk modell.

Det er likevel mitt inntrykk at en slik studie kan gi et nyttig og muligens noe annerledes perspektiv på det vi holder på med i helsetjenesten. Den kritiske tilnærmingen til noe som nærmest selvsagt oppfattes som noe positivt og godt, gir en større forståelse for de mange sidene ved helsefaglig praksis som ikke nødvendigvis er opplagte ved første blick. Kritisk tilnærming er ikke ensbetydende med negativ tilnærming eller et syn på tingenes tilstand som

ikke værende gode nok. Kritisk tilnærming bidrar dog, etter mitt syn, til det mangfoldet som trenges i helsefaglig forskning. Den er et nødvendig innspill på et vedvarende behov for perspektiver som ikke anser helseinstitusjoner eller -intervensjoner som stående utenfor det felt som bør granskes inngående.

På et vis oppfatter jeg at Bacchis tilnærming er mer radikal en jeg har kunnet eller villet anvende den som i denne studien. Dette fordi jeg har ønsket å balansere mer på en blanding av deskriptiv og kritisk tilnærming enn det Bacchi kanskje profilerer sin analysetilgang som. Jeg oppfatter dog ikke at jeg på noe vis har misbrukt hennes metode, da hun nettopp poengterer at det er forskerens subjektive utgangspunkt som resulterer i like mange resultater som det er forskere.

Litteraturliste

- Anderssen, N. (1997). *Et kritisk blikk på helsefremmingsbevegelsen*. (I: Alvsvåg m.fl. (red.) *Kunnskap kropp og kultur*) Ad Notam Gyldendal, Oslo
- Anderssen & Gjernes (2012). *Det moderne behandlingssamfunnet*. (I: Tjora (red.) *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*). Gyldendal, Oslo
- Andrews, T. (1997). *Helsebegreper i 1990-årenes forebyggingsideologi. En kritisk drøftelse av konsekvenser*. (I: Alvsvåg m.fl. (red.) *Kunnskap, kropp og kultur*.) Ad Notam Gyldendal, Oslo
- Askheim, O.P. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi*. Gyldendal, Oslo
- Bacchi, C.L. (2009). *Analysing Policy: What's the problem represented to be?* Pearson, Australia
- Bahr, R. (red.) (2009). *Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. IS-1550, Helsedirektoratet, Oslo
- Barth, Børtveit, Prescott (2013). *Motiverende intervju*. Gyldendal Akademisk, Oslo
- Bauman, Z. (2003). *Wasted lives: Modernity and its outcasts*. Polity Press, Cambridge
- Beck, U. (1992). *Risk society. Towards a new modernity*. Sage publications, California
- Berger & Luckmann (1967). *The social construction of reality*. Anchor books, N.Y.
- Berkaak & Frønes (2007). *Tegn, tekst og samfunn*. Abstrakt forlag, Oslo
- Brunborg & Texmon (2010). *Befolkningsframskrivninger 2010-2060*. Økonomiske analyser 2010;28(4):28-39
- Bugge & Lillebø (2009) *"Fit", ikke fet!* (I: Asdal & Jakobsen (red.) *Forbrukerens ansvar*), Cappelen Akademisk forlag, Trondheim
- Bunton & Petersen (red.) (1997). *Foucault, Health and Medicine*. Routledge, London
- Coveney, J. (1998). *The government and ethics of health promotion: the importance of Michel Foucault*. Health education research, vol. 13/3
- Cruikshank, B. (1999). *The will to empower*. Cornwell University Press, N.Y.
- Dahlager, L. (2001). *I forebyggelsens magt*. Distinktion, Scandinavian journal of social theory nr. 3, s. 91-102
- Dean, M. (2010). *Governmentality, power and rule in modern society*, 2nd edition. Sage publications London

- Dean & Villadsen (2012). *Statsfobi og civilsamfund. Foucault og hans arvingers blik på staten*. Nyt fra samfundsvidenskaberne, Frederiksberg.
- Douglas, M. (1994). *Risk and blame. Essays in cultural theory*. Routledge, London
- Dwarkin & Wachs (2009). *Body panic. Gender, health and the selling of fitness*. New York University Press, NY
- Ekeland & Heggen (2007). *Meistring og myndiggjering - reform eller retorikk?* Gyldendal Oslo
- Elvebakken, K.T. (2009). *Fra sunnhetspropaganda til helseopplysning*. Michael 2009;6:322–9, Oslo
- Elvebakken & Stenvoll (red.) (2008) *Reisen til helseland - Propaganda i folkehelsens tjeneste*. Fagbokforlaget, Bergen
- Farsethås, H.C. (2009). *Disiplin, biopolitikk og regjering*. Agora nr. 2-3: 225-46
- Foucault, M. (1982). *Beyond structuralism and hermeneutics*. 2nd edition, eds Dreyfus & Rabinow. University of Chicago Press, Chicago
- Foucault, M. (1988). *Technologies of the self*. (I: Martin et al. *Technologies of the self, a seminar with Michel Foucault*). Amherst: Univ. of Massachusetts Press
- Foucault, M. (1999). *Diskursens orden*. Spartacus, Oslo .
- Fugelli & Solbakk (2003). *Forebyggende selvransakelse*. Tidsskrift for den norske legeförening 2003;123: 1721-2
- Fugelli, P. (2012). *Slipp helsen fri - det er vår*. Stavanger Aftenblad, 27. feb. 2012
- Fullager, S. (2002). *Governing the healthy body: discourses of leisure and lifestyle within Australian health policy*. Health: An interdisciplinary journal of health, illness and medicine. SAGE Publications
- Gard, M. (2010). *The end of the obesity epidemic*. Routledge, London
- Gardner & Sandborn (1990). *Years of potential life lost (YPLL) - What does it measure ?* Epidemiology, Vol. 1, No. 4 (July 1990): 322-9
- Gastaldo D. (1997) *Is health education good for you? Re- thinking health education through the concept of bio-power*. (I: Petersen A, Bunton R, red. *Foucault, Health and Medicine*.) Routledge, London
- Guthman & DuPuis (2006). *Embodying neoliberalism: economy, culture, and the politics of fat*. Environment and Planning 24; 427-48
- Harvey, D. (2005). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press
- Helsedepartementet (2003). *Resept for et sunnere Norge*. Stortingsmld. nr. 16

- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Folkehelsemeldingen. God helse - felles ansvar*. Stortingsmld. nr. 34, Oslo
- Helsedirektoratet (2010). *Folkehelsearbeidet - veien til god helse for alle*. Oslo
- Helsedirektoratet (2011). *Frisklivssentraler profilprogram*, Oslo. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/verktoykasse/Sider/profilprogram-for-frisklivssentraler.aspx>
- Helsedirektoratet (2013). *Veileder for kommunale frisklivssentraler*, Oslo. Tilgjengelig fra: http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-kommunale-frisklivssentraler-etablering-og-organisering-/Publikasjoner/Frisklivsveileder_siste_utgave_27.05.13.pdf
- Johansen & Solbjør (2012). *Brukermedvirkning som "universalmiddel" for helsevesenets problemer*. (I: Tjora, A. *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*.) Gyldendal, Oslo
- Jull Jensen & Fuur Andersen (red.) (1995). *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. Forlaget Philosophia, Århus
- Jørgensen & Phillips (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag
- Järvinen & Mik-Meyer (2003). *At skabe en klient. Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. Hans Reitzels forlag, København
- Karlsen & Villadsen (2007). *Hvor skal talen komme fra? Dialogen som omsiggribende ledelsesteknologi*. Dansk Sociologi nr. 2/18
- Karlsen & Villadsen (2008). *Who should do the talking? The proliferation of dialogue as governmental technology*. Culture and organization. Vol 14, 4: 345-363
- Kjær & Reff (red.) (2010). *Ledelse gennem patienten - nye styringsformer i sundhedsvæsenet*. Handelshøjskolens forlag, København
- Klepp, K.I. (red.) (2010). *Folkehelsearbeidet: veien til god helse for alle*. Utviklingstrekkrapport. Helsedirektoratet, Oslo
- Kunnskapssenteret (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten) (2012). *Effekter av organisert oppfølging på atferd som øker risiko for sykdom hos voksne*. Rapport nr. 12-2012, Systematisk oversikt
- Kvale & Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal, Oslo
- Lupton, D. (1992). *Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness*. Australian journal of public health vol. 16: 145-50

- Lupton, D. (1997). Foucault and the medicalisation critique. (I: Petersen & Bunton (red.) Foucault, health and medicine Routledge, London)
- Lupton, D. (1999). *Developing the "whole me": citizenship, neo-liberalism and the contemporary health and physical education curriculum*. Critical public health, 9:4, 287-300
- Lupton, D. (2013). *Risk. Second edition*. Routledge, NY.
- Madsen, O.J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Universitetsforlaget, Oslo
- Marshall, T. (1950). *Citizenship and social class: and other essays*. Cambridge University Press, Cambridge
- Mathisen, W.C. (2003). *Kunnskapsmakt og miljøpolitikk*. Makt- og demokratiutredningens rapportserie, ISSN 1501-3065
- McCuaig, L.A. (2008). *Teaching the art of healthy living: Genealogical study of h-pe and the moral governance of apprentice citizens*. PhD. School of human movement studies, University of Queensland, Australia
- Mik-Meyer & Villadsen (2007). *Magtens former*. Hans Reitzels forlag, København.
- Monaghan, Colls & Evans (2013). *Obesity discourse and fat politics: research, critique and interventions*. Critical Public Health, 23:3: 249-62
- Nettleton, S. (1997). *Governing the risky self: how to become healthy, wealthy and wise*. (I: Petersen & Brunton (red) Foucault, health and medicine). Routledge, London
- Neumann, I. (2001). *Mening, materialitet, makt*. Fagbokforlaget, Bergen
- Nordenfelt, L. (1987). *On the nature of health. An Action-Theoretic Approach*. Reidel Publishing House. Dordrecht
- Novas & Rose (2000). *Genetic risk and the birth of the somatic individual*. Economy and Society, 29(4): 485-513
- Otto, L. (2006). *Foucaults "governmentalitetsteori"*. *Styringsteknologi og subjektivitet*. Arbejdsrapport 1. udkast. Tilgjengelig fra: <http://etnologi.ku.dk/upload/application/pdf/f51d6748/Governmentality.pdf>
- Pajari, Jallinoja & Absetz (2006). *Negotiation over self-control and activity: An analysis of balancing in the repertoires of Finnish healthy lifestyles*. Social Science & Medicine 62: 2601-11
- Parsons, T. (1964/1951). *Essays in sociological theory*. The free press, New York

- Parsons, T. (1981). *Definitions of health and illness in the light of American values and social structure*. (I. Caplan, Engelhardt, McCarthey (red) *Concepts of health and disease*.) Addison. Wesley Publ. Comp. Reading, Massachusetts
- Pedersen, K.Z. (2010). *Patienten som diskurspolitisk styringsredskab*. (I: Kjær & Reff (red.) *Ledelse gennem patienten*.) Handelshøjskolens forlag, København
- Petersen & Bunton (red.) (1997). *Foucault, Health and Medicine*. Routledge, London.
- Pii, K. (2010). *Ledelse af patienters selvledelse*. (I: Kjær & Reff: *Ledelse gennem patienten*) Handelshøjskolens forlag, København
- Pond, Stephens & Alpass (2010). *Virtuously watching one's health*. Journal of health psychology
- Porter, D. (1999). *Health, civilization and the state*. Routledge, New York
- Powers, P. (2003). *Empowerment as treatment and the role of health professionals*. Advances in nursing science, Vol. 26 No. 3:227-237
- Ravneberg, B. (2008). *Hele folket i form*. (I: Elvebakken & Stenvoll (red.) *Reisen til Helseland*.) Fagbokforlaget, Bergen
- Rose, N. (1999a). *Powers of freedom: Reframing the political thought*. Cambridge University Press, Cambridge
- Rose, N. (1999b). *Governing the soul. The shaping of the private selv*. Free Association Books, London, N.Y.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself*. Princeton University Press, New Jersey.
- Rose & Abi-Rached (2013). *Neuro. The new brain sciences and the management of the mind*. Princeton University Press, New Jersey.
- Rose & Miller (1992). *Political Power beyond the state*. British Journal of Sociology 43, 2:173-205
- Ruyter, Førde & Solbakk (2010). *Medisinsk og helsefaglig etikk*. Gyldendal, Oslo
- Rysst, M. (2010). *"Healthism" and looking good: Body ideals and body practices in Norway*. Scandinavian Journal of public health, 38 (Suppl 5): 71-80
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Aschehoug, Oslo
- Stevenson & Bruke (1991). *Bureaucratic logic in new social movement clothing, the limits of health promotion research*. Health Promotion International 6(4): 281-89
- Sørensen & Graff-Iversen (2001). *Hvordan stimulere til helsefremmende atferd*. Tidsskrift for den norske legeforening, nr. 6/2001:720-4
- Tengland, P-A. (2007). *Empowerment: A goal or a means for health promotion?* Medicine, health care and philosophy 10:197-207

- Thompson, L. (2008). *The role of nursing in governmentality, biopower and population health: Family health nursing*. Health & Place, 14:76-84
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Fagbokforlaget, Bergen
- Tjora, A. (red.) (2012). *Helsesosiologi. Analyser av helse, sykdom og behandling*. Gyldendal, Oslo
- Utaker, A. (2000). Michel Foucault: *Maktens forvandlinger*. (I: Neumann, I. *Maktens strateger*.) Pax forlag, Oslo
- Vallgård, S. (2001). *Governing people's lives*. European journal of public health, 2001;11;386-392
- Vallgård, S. (2004) *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Aarhus Universitetsforlag, Danmark
- Vallgård, S. (2011a). *Why the concept "lifestyle diseases" should be avoided*. Scandinavian journal of public health, 2011; 39: 773-775
- Vallgård, S. (2011b). *Studier af magtudøvelse. Bidrag til en operationalisering av Michel Foucaults begreb GOVERNMENTALITY*. (I: Vallgård & Koch (red), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, Munksgaard, København)
- Vallgård, S. (2012). *Nudge - A new and a better way to improve health?* Health Policy 104 (2) s. 200-203
- Vaule, M.B. (2012). *Folkehelsepolitiske diskursive dimensjoner og kommunale frisklivssentraler*. Masteroppgave: Mat, ernæring og helse, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Villadsen, K. (2003). *Det sosiale arbeid som befrielse*. (I: Järvinen/ Mik-Meyer (red), *At skabe en klient*) Hans Reitzels forlag, København.
- Villadsen, K. (2004). *Det sociale arbejdes genealogi*. Hans Reitzels forlag, København
- Villadsen, K. (2007). *Magt og selv-teknologi*. Tidsskrift for velferdsforskning, Vol. 10, no. 3:156-167
- Villadsen & Pii (2012) *Forebyggelse på tværs af det offentlige og private. Når patienter trodser myndiggjørelse og efterspørger mere professionel involvering*. Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund (nr. 17)
- Waldorff, S.B. (2010). *Et nyt sundhedscenter - men for hvem?* (I: Kjær & Reff (red), *Ledelse gennem patienten*). Handelshøjskolens forlag, København

- WCRF/AICR (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. American Inst. for Cancer Research, Washington DC.
- WHO (1986). *The Ottawa charter for health promotion: first conference on health promotion*, Ottawa, 21. nov. 1986. Tilgjengelig fra:
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>
- WHO (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. World Health Organization, Geneva