



KANDIDAT

**1802**

PRØVE

# HEL103 1 Folkehelseerettet planleggings- og utviklingsarbeid

Emnekode	HEL103
Vurderingsform	Skriftlig eksamen
Starttid	09.05.2017 09:00
Sluttid	09.05.2017 14:00
Sensurfrist	01.06.2017 02:00
PDF opprettet	15.10.2018 08:21
Opprettet av	Digital Eksamen

## 1 HEL103, forside

Emnekode: HEL103

Emnenavn: Folkehelserettet planleggings- og utviklingsarbeid

Dato: 09.05.2017

Varighet: 5 timer

Tillatte hjelpemidler: Ingen

**Merknader:NB! Begge oppgavene skal besvares. Hver oppgave teller 50%, og begge oppgavene må være bestått for å bestå eksamen i sin helhet**

-----

Det forekommer av og til spørsmål om bruk av eksamensbesvarelser til undervisnings- og læringsformål. Universitetet trenger kandidatens tillatelse til at besvarelsen kan benyttes til dette. Besvarelsen vil være anonym.

**Tillater du at din eksamensbesvarelse blir brukt til slikt formål?**

Ja



Nei

Riktig. 0 av 0 poeng.

## 2 Oppgave 1

Oppgave 1 (teller 50 %)

Gjør rede for hva den såkalte «venstrevridningen» i folkehelsearbeidet innebærer. Diskuter fordeler og ulemper med en slik tilnærming til folkehelsearbeidet.

**Skriv ditt svar her...**

Med "venstrevridningen" i folkehelsearbeidet menes det en endring i tankegangen fra fokus på livsstil og livsstilssykdommer til fokus på mer bakenforliggende faktorer. Vi kan følge utviklingen i diverse stortingsmeldinger og lover. Jeg vil nå først gå kort inn på de viktigste stortingsmeldingene før jeg knytter noe av dette opp mot relevant pensum, og diskuterer fordeler og ulemper ved en "venstrevendt" tilnærming i folkehelsearbeidet.

I st.meld 16 - Resept for et sunnere Norge, skrives det om å forebygge mer for å behandle mindre. Det er fokus på livsstil og livsstilssykdommer, på fysisk aktivitet og kosthold. Vi ser starten på grønn resept og frisklivssentraler.

I st.meld 20 - Nasjonal strategi for å utjevne sosiale forskjeller, skjer den tydeligste venstrevridningen. Her skal folkehelsearbeid inn i plan, og vi skal starte å tenke helse i alt vi gjør.

Meld.st 34 - Folkehelsemeldingen - god helse, felles ansvar. Dette er den første tverrdepartementale folkehelsemeldingen, der alle departementene unntatt forsvarsdepartementet er inkludert. Her presenteres 90/10-regelen, som sier at kun 10% av folkehelsearbeidet skal jobbes med innen helsesektoren. 90% skal altså jobbes med innen resterende sektorer.

Meld.st 19 - Den nye folkehelsemeldingen - mestring og muligheter, har fokus på psykisk helse og aktiv aldring. Det er fokus på empowerment, autonomi, og et ønske om at individet selv skal bli bedre rustet til å ta vare på sin egen helse.

I 2012 kom folkehelseloven. Denne gir ansvaret til kommunene. Tidligere lå altså folkehelseansvaret hos helsesektoren, men nå er det kommunene som har overtatt ansvaret. Det er kommunene som skal jobbe for å fremme befolkningens helse, forebygge sykdommer og jobbe mot å utjevne sosiale helseforskjeller. Folkehelseloven kom som et resultat av for mye jobbing i prosjektform.

Denne har spesielt fokus på de fem følgende punktene: bærekraftig utvikling, føre-var-prinsippet, medvirkning, psykisk helse og sosial ulikhet i helse.

Koblingsprosessen mellom folkehelsearbeid og plan er, som nevnt over, noe av det mest sentrale i venstrevridningen. Koblingsprosessen aktualiseres gjennom folkehelseloven(FHL) og plan- og bygningsloven(PBL), og er utarbeidet som et verktøy til bruk i kommunene. Under vil jeg kort forklare hva denne koblingsprosessen går ut på.

Paragraf 5, FHL - krever at kommunene utarbeider et oversiktsdokument over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene i kommunen. Denne oversikten oppdateres hvert fjerde år, og utarbeides ett år etter kommunevalget. Bakenforliggende fakorer baseres på statistikk, og oversiktsdokumentet kalles også for utfordringsdokument.

Paragraf 6, ledd 1 og 2, FHL. Ledd 1: Utfordringsdokumentet skal inngå som grunnlag i kommunens planstrategi, ettersom det der er viktig å ha med diskusjon rundt helsetilstanden i kommunen. Ledd 2: Folkehelsearbeidet skal behandles politisk som en del av alminnelig plan- og beslutningsprosess. Dette gjøres enten ved å inkludere overordnede mål og strategier inn i eksisterende planer, eller ved utvikling av nye planer.

Paragraf 10, PBL - planstrategi: Diskusjon av kommunens helsetilstand og planbehov. Dette er ingen plan i seg selv, men heller en politisk drøftingsarena. Det legges opp til bred medvirkning med offentlig debatt som grunnlag. Planstrategien utarbeides hvert fjerde år, senest ett år etter kommunevalget.

Paragraf 11, PBL - planprogram: Bygger på vedtak i kommunestyret om hvilke planer kommunen har behov for fremover. Inkluderer formål med planprogram, rammer, prioriterte tema, alternative strategier og opplegg for medvirkning. Planprogrammet legges ut til 30 dagers offentlig ettersyn, så regionale myndigheter kan komme med sine synspunkter.

Kommuneplan - samfunnsdel m/handlingsdel, arealdel og kommunedelplan: Selve kommuneplanen bør omfatte kommunens viktigste mål og oppgaver, og ta utgangspunkt i kommunens planstrategi. Samfunnsdelen peker på langsiktige utfordringer, mål og strategier i kommunesamfunnet. Det bør være handlingsrettet dokument over prioriterte satsningsområder. Handlingsdelen til samfunnsdelen sier noe om hvordan man skal gå frem de neste fire årene. Denne revideres årlig. Samfunnsdelen gir også retningslinjer til arealbruken. Kontinuitet og forutsigbarhet tilstrebes. Man ønsker at det skal være en viss kontinuitet fra planstrategi og planprogram til selve kommuneplanen, og at dette skal være en forutsigbar prosess. Når det gjelder arealdelen skal denne sikre forhold som helse, bærekraftig utvikling og sikkerhet, med tanke på for eksempel barns rett til trygge lekeplasser og ferdselsveier. Kommunedelplanen bør være godt forankret i punktene nevnt over.

Grunnen til at koblingsprosessen er såpass relevant i snakk om ventrevridningen er på grunn av arbeidet med wicked issues. Wicked issues er problemer som er vanskelig å identifisere, definere, lokalisere og løse. Det er vanskelig å finne en start på problemene, og det er vanskelig å finne en løsning på problemene. Wicked issues strekker seg gjerne over både kommunegrenser og landegrenser, og på tvers av alle sosiale nivå, noe som gjør det ekstremt komplisert å få en slutt på de. Eksempler på wicked issues er barnefattigdom, miljøproblematikk, psykisk helse og sosiale ulikheter i helse.

I arbeidet med å løse disse problemene er det nødvendig med systematisk tverrfaglig planarbeid. Koblingsprosessen sikrer at folkehelsearbeidet forankres politisk, og ettersom som folkehelseloven pålegger kommunene å tenke folkehelse i alt de gjør, er det et godt utgangspunkt.

Kommunenes utfordringsbilde har endret seg ganske mye de siste årene. Dagens store utfordringer er forårsaket av oss mennesker, noe vi nå må prøve å finne løsninger på. Vi har blitt et risikosamfunn, og vi har blitt et samfunn med mye omrokkinger. Mennesker i nord flytter sørover og mennesker på landet flytter til byene. Det er helst unge, nyutdannede som flytter på seg, og det er dermed viktig å tilrettelegge for gode barnehage- og skoleordninger i tilflyttingskommunene. I fraflyttingskommunene sitter de eldre igjen, og fokuset her blir altså aktiv aldring, noe meld.st 19 er inne på. Den såkalte "generalistkommunen" får her en utfordring. Generalistkommunen vil si at alle kommuner skal tilby det samme helsetilbudet, noe som i seg selv er veldig fint i arbeidet mot de sosiale helseforskjellene. Slik som situasjonen er nå i dag, er det derimot en utfordring å få dette til i praksis. Med mye flytting, små og store kommuner, og ulikt antall innbyggere i hver kommune sier det seg selv at økonomien vil ha store variasjoner. Små kommuner med få innbyggere vil slite med å kunne tilby det samme tilbudet som store kommuner med mange innbyggere og god økonomi. Norge har aldri før brukt så mye penger på befolkningens helse som vi gjør i dag. Likevel har den selvopplevde helsen aldri vært dårligere. Dette kalles helseparadokset, og er enda en stor utfordring kommunene jobber med.

Venstrevridningen forteller om et bytte i fokus fra livsstil og livsstilssykdommer til fokus på de bakenforliggende faktorene. Som nevnt over har kommunene i Norge mange utfordringer. Selv om vi nå har byttet fokusområder, er problemene like store, og de kan for mange virke like uovervinnelige. Likevel viser venstrevridningen oss en endring i tankegangen om hvordan vi møter disse problemene. Ved å fokusere på det som ligger bak problemene er vi kapable til å ta

problemene mye tidligere. Hvis vi ser hva som utløser et problem er vi i stand til å implementere tiltak på et tidligere stadie, og gjøre hva vi kan for å hindre videreutvikling i problemutviklingen. Ulempen med venstrevridningen er hvis man glemmer livsstil og livsstilssykdommene helt. Det er viktig å forebygge, og gripe inn på et tidlig tidspunkt, men vi må ikke glemme alle som allerede sliter. Vi må kunne fortsette å slukke branner, og behandle de som trenger det selv om vi nå har mer fokus på de bakenforliggende faktorene.

Folkehelsearbeidet er nå godt forankret i plan, og er en del av kommunens ansvar, noe jeg vil påstå er den viktigste fordel med venstrevridningen. Det er ved systematisk planarbeid vi kan hente de største gevinstene på lang sikt. 90/10-regelen sørger for tverrfaglig samarbeid, noe som igjen styrker troen på suksess, ettersom det når ut til alle sider av befolkningen, og dermed dekker et større antall enn det det gjorde før.

Det tar lang tid å se resultater i planarbeid. Dette innebærer at det tar lang tid å se om arbeidet fungerer slik vi vil det skal. Det innebærer også at mesteparten av offentlige støtteordninger ofte går til prosjekter med raske resultater, noe som sender svært blandede signaler. Kommunene er pålagt å drive folkehelse i plan, men vil få mer penger om de heller satser på prosjekter. I slike tilfeller gjelder det bare å huske på at folkehelseutfordringene er utrolig komplekse, og jobbe for å beholde troen på at det man jobber for i planarbeidet virkelig er verdt det og vil skape resultater i større skala lengre fram i tid.

Besvart.

### 3 Oppgave 2

Oppgave 2 (teller 50%)

Med utgangspunkt i pensumlitteraturen skal du gjøre rede for en tradisjonell prosjektorganisering og forklare følgende momenter;

- Prosjektorganisasjonens relasjon til basisorganisasjonen
- Forklare arbeidsoppgavene til en styringsgruppe og referansegruppe, og når disse er særlig egnet å opprette
- Sentrale styringsfaktorer i et prosjekt
- Prosjektets livssyklus

Diskuter deretter fordeler og ulemper med bruk av prosjekt som arbeidsform i folkehelsearbeidet.

**Skriv ditt svar her...**

a. Prosjektorganisasjonens relasjon til basisorganisasjonen kan se ut på tre forskjellige måter.

*Internt prosjekt.*

Prosjektet etableres innad i basisorganisasjonen. Det vil si at det som regel er linjeleder som er prosjektansvarlig, og medarbeidere i basisorganisasjonen som også ansettes i prosjektet. Prosjektmedarbeiderne kjenner hverandre fra før, og man vil dermed komme raskere i gang med prosjektoppgavene. Man kan hoppe rett over bli-kjent-fasen, og vil på denne måten vil man kanskje unngå de største konfliktene ettersom man allerede er vant til å jobbe sammen. Ulempen med et slikt type prosjekt er derimot mangel på innflytelse og inspirasjon. Ettersom prosjektet kjøres igang innad samme fakultet eller avdeling, vil man ikke få input fra andre utenom. Man kjører seg kanskje fast i gamle tenkemåter og arbeidsmetoder, og det er vanskelig å tenke nytt. Det vil ofte også oppstå et kunstig skille mellom medarbeider i prosjektet og medarbeiderne som har sine vanlige oppgaver i basisorganisasjonen. Når det er snakk om ressurser er det basisorganisasjonen som har kontroll på dette.

*Matriseprosjekt.*

Et matriseprosjekt er et prosjekt på tvers av avdelinger, fakulteter eller fagområder. Her får man altså, i motsetning til et internt prosjekt, mange nye impulser og innspill. Prosjektleder er felles knutepunkt, men medarbeiderne kan ofte slites mellom prosjektleder og linjeleder, ettersom de fortsatt er ansatt i basis. Matriseprosjekt forutsetter god kommunikasjon og kompetanseutveksling. Man blir kjent med nye mennesker med ulike bakgrunner og ulik kompetanse. Man er mange personer fra ulike sektorer som er sammen om å løse et problem, noe som gjør dette til en god prosjektform i møte med folkehelseutfordringer.

*Eksternt prosjekt.*

Et eksternt prosjekt er et prosjekt helt utenom basisorganisasjonen. Her er man avhengig av å skaffe midlene selv. Medarbeiderne leies inn og er uavhengig basisorganisasjonen. De kan derfor

fokusere 100% på prosjektet. Prosjektlederen er den eneste medarbeiderne trenger å forholde seg til, noe som også gjør det enklere for medarbeiderne i en hektisk jobbhverdag. Det kan derimot knyttes mye usikkerhet opp mot avslutningen av prosjektet, ettersom prosjektmedarbeiderne ikke alltid har noe å gå til etterpå. Mye av den kritiske avslutningsfasen vil dermed kanskje lide under bekymrede medarbeidere som prøver å se seg om etter en ny jobb. Et eksempel på eksternt prosjekt er frisklivssentralene.

#### b. Styringsgruppe og referansegruppe.

En tradisjonell prosjektorganisering vil se ut på følgende måte:

Prosjekteier - styringsgruppe - (referansegruppe) - prosjektleder - prosjektmedarbeidere.

Styringsgruppen representerer prosjekteier. Det vil si at de har besluttende myndighet og tar avgjørelser på vegne av prosjekteier. Styringsgruppen omhandler viktige saker, som for eksempel fremdriftsplan og beslutninger rundt budsjett. De følger opp prosjektledelsen og følger med på om alt går etter planen. Prosjektleder rapporterer til styringsgruppen, som igjen rapporterer til prosjekteier. Man har ikke styringsgrupper i alle typer prosjekt, men det kommer an på prosjektets størrelse og kompleksitet. Styringsgrupper er spesielt mye brukt i store prosjekter.

Referansegruppen har ingen besluttende myndighet. Den opprettes ved behov for veiledning eller rådgivning rundt alternative eller gjeldende arbeidsmetoder og oppgaver. Referansegruppen skal bidra til å løse oppgaven på en best mulig måte, slik at resultatet blir best mulig. Deltakere i gruppen består av personer med høy kompetanse innen relevant fagfelt, og bør også involvere en representant fra bruker. Referansegrupper bidrar med prestisje, og er et viktig ledd i informasjonsutveksling med andre aktører. Det er heller ikke normalt å ha referansegruppe i alle prosjekter, men også her er det svært nyttig i store, komplekse prosjekter.

#### c. Sentrale styringsfaktorer.

Sentrale styringsfaktorer i et prosjekt vil være:

- Kompetanse, yting og måloppnåelse (Kompetansestyling): fokus på kompetanse, om man yter sitt beste, og om man når de målene som er satt.
- Tid (Fremdriftsstyring): I hvilken grad man klarer å forholde seg til oppstartsdato og avslutningsdato, samt deadlines og delmål.
- Økonomi og ressurser (Ressursstyring): I hvilken grad man klarer å holde seg innenfor budsjett.
- Arbeidsomfang (Endringsstyring): Prosjektets omfang. Må det gjøres endringer? Evalueringer.

#### d. Prosjektets livssyklus.

##### *Oppstartsfasen.*

Prosjektet initieres etter behov. Dette kan være et problem som må løses, et felt som må forbedres og lignende. Man setter rammene for prosjektet, og bestemmer hva som skal gjøres og hvem som skal gjøre det. Prosjektmandat etableres mellom akørene.

##### *Forberedelsesfasen.*

Prosjektplan og budsjett utvikles, samt risikostyring. Man etablerer team. Usikkerheten er størst i oppstartsfasen og forberedelsesfasen ettersom mengden informasjon er ganske liten. Usikkerheten vil minske jo lenger ut i prosjektet man kommer, og jo mer tilgangen på informasjon øker. Prosjektlederens rolle er størst i forberedelsesfasen og avslutningsfasen.

##### *Gjennomføringsfasen.*

Prosjektlederen trekker seg litt tilbake og lar medarbeiderne utføre de oppgavene de er satt til utifra sitt kompetansefelt. Prosjektlederen legger til rette for god kommunikasjon både med og i mellom medarbeiderne, jobber med å motivere medarbeidere, samt jobber med konfliktløsning hvis nødvendig. I denne fasen er det mye fokus på rapporteringer videre opp i systemet, og statusrapporter for å se hvordan man ligger an i forhold til de etablerte fremdriftsplanene.

##### *Avslutningsfasen.*

Prosjektleder frigir overflødige ressurser hvis nødvendig, og opplæring av kunde finner sted hvis det er relevant. Det er mye fokus på dokumentasjon, erfaringsoverføring og evaluering i denne fasen. Formativ evaluering bør gjøres kontinuerlig gjennom hele prosessen, der det fortsatt er rom for endringer. Summativ evaluering derimot, gjøres i slutten av prosjektet. Da summerer man opp hele prosessen og evaluerer prosjektet som helhet.

Folkehelsearbeidet har fått mye kritikk for lite vitenskapelig dokumentasjon, noe som begrunnes med mye implisitt kunnskap. Mens eksplisitt kunnskap lett kan skrives ned og fortelles videre, må implisitt(taus) kunnskap erfares og læres gjennom eksempler og observasjoner. Dette kan for eksempel være kjennskap til nærområder og lignende. Folkehelsearbeid er komplekst, og krever mye implisitt kunnskap. Erfaringsoverføring er derfor ikke alltid like lett, og gevinstrealisering vil ta lang tid. Det kan være vanskelig å dokumentere om prosjektet har effekt når vi vet at gevinstene ikke vil vise seg før langt fram i tid.

Prosjekt har i det siste blitt en svært populær arbeidsform. Samfunnet vårt nå for tiden er svært pulserende med mange inntrykk, og prosjektformen stimulerer akkurat dette. Prosjekt er en

spennende arbeidsform der det skjer mye. Det er rom for å tenke nytt, man jobber tett på hverandre og lærer mye. Man må omgå en viss risiko og usikkerhet, og man får en følelse av å skape noe, eller i det minste utarbeide noe synlig. I folkehelsearbeidet er frisklivssentraler et godt eksempel på et pågående prosjekt. Prosjekt gir raske resultater og er svært nyttig i arbeidet med for eksempel enkeltindividers livsstilsproblematikk. Kampanjer og ulike prosjekter er viktig og nyttige, men ettersom de en gang vil ta slutt, vil det ikke være særlig egnet i arbeidet mot de store folkehelseproblemene - wicked issues. Prosjekter viser raskt effekt, men hvor lenge vil effekten vare når prosjektet er over?

Som nevnt i oppgave 1, er det ofte prosjekter og raske resultater som får den største økonomiske støtten. Dette er jo veldig bra for prosjektene, men sett i et folkehelseperspektiv burde mye av denne støtten gått til andre formål. Det er nemlig vist at mange kommuner velger å starte opp prosjekter for å få penger, men glemmer å se på hva som virkelig bør jobbes med i deres kommune. Prosjekter uten relevant mål har ingen hensikt i arbeidet med folkehelseutfordringer.

Satt opp mot prosjekt, kan altså planarbeid virke kjedelig, rutinebasert og lite givende. Men alt i alt er det kanskje dette som er viktigst å fokusere på i folkehelsearbeidet.

---

Besvart.