



KANDIDAT

1812

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...

Oppgave 1) Venstrevridningen

Den såkalte "venstrevridningen" i folkehelsearbeidet innebærer at det de siste 15 årene har vært en vridning i fokus og satsning innen folkehelsearbeidet. Før var det mest fokus på livsstil, levevaner og helseatferd (f.eks ernæring, fysisk aktivitet, røyking, alkohol), mens nå er det mer fokus på bakenforliggende faktorer, levekår og helsedeterminanter (f. eks oppvekst, utdanning, inntekt, arbeid). Det har vært en gradvis vridning fra et tilfeldig, kortsiktig og prosjektrettet folkehelsearbeid, mot et mer systematisk og langsiktig planleggingarbeid. Man kan sette det litt på spissen og si at før drev de med "brannslukkings-arbeid" med tanke på de mange frisklivssentralene som ble startet (røykeslutt og ned i vekt kurs osv.), mens nå er det mer helsefremmende og forebyggende arbeid. De grunnleggende holdningene kan ses gjennom disse to tankesettene: "vi må redusere andelen røykere" kontra "hvorfor begynner folk å røyke?". Det har ikke vært et brått skifte, men en jevn vridning. Livsstilssykdommer er fremdeles meget viktige og alvorlige, men levekårsutfordringer har fått et større fokus.

I denne oppgaven skal jeg gjøre rede for venstrevridningen gjennom å belyse politiske dokumenter, wicked issues, folkehelseloven, utfordringsdokumentet/oversiktsdokumentet, årsaker til folkehelseloven, koblingen mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven, og til slutt skal jeg drøfte fordeler og ulemper med venstrevridningen og dens konsekvenser for folkehelsearbeidet i Norge.

Venstrevridningen gjennom politiske dokumenter

Man kan se venstrevridningen gjennom politiske dokumenter og stortingsmeldinger de siste 15 årene.

2003 Resept for et sunnere Norge (st.meld.16)

2005 Gradientutfordringen

2007 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller (st.meld.20)

2012 Folkehelseloven
 2013 God helse - felles ansvar (st.meld.34)
 2015 Mestring og muligheter (st.meld.19)

I år 2003 kom stortingsmelding **"Resept for et sunnere Norge"** (st.meld.16). Denne stortingsmeldingen hadde stort fokus på livsstil, levevaner og helseatferd (f.eks ernæring, fysisk aktivitet, røyking, alkohol), og hadde også stort fokus på forebygging. Like etter denne stortingsmeldingen kom røykeloven (i år 2004) og arbeidet med frisklivssentralene startet for fullt (røykesluttkurs og ned i vekt kurs osv.). I 2005 kom **"Gradientutfordringen"** som handlet om de sosiale ulikhetene i helse. Rapporten har sammenlignet alle europeiske land, og funnet at Norge skiller seg negativt ut på sosiale ulikheter i helse. Sosiale ulikheter i helse/helsegradienten handler om at helse henger sammen med sosioøkonomisk status, altså at høy utdanning og høy inntekt henger sammen med god helse, og omvendt. "Gradientutfordringen" slår fast at det ikke bare er et skille mellom de med høyest sosioøkonomisk status og de med lavest sosioøkonomisk status, det er gradert gjennom hele befolkningen. Det vil si at de som er nest rikest, har litt dårligere helse enn de rikeste. Etter gradientutfordringen fikk "sosiale ulikheter i helse" et mye større fokus hos norske politikere. I 2007 kom stortingsmelding 20 **"Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller"**, som et svar på Gradientutfordringen. I dette dokumentet er det fokus på strategier for hvordan man kan utjevne de sosiale helseforskjellene som "Gradientutfordringen" avdekket i Norge. I år 2012 blir Norge det første landet i Europa som får sin egen **Folkehelselov** (jeg kommer tilbake til denne senere). I 2013 kommer stortingsmelding 34 **"God helse - Felles ansvar"** som handler om at folkehelsearbeid er et samfunnsansvar, og at helse skal forankres i alle sektorer på alle nivå. Her kommer prinsippet "90/10" inn, som handler om at kun 10% av satsningene skal tildeles helsesektoren, mens de resterende 90% skal satses i andre sektorer og fagfelt. Her er tanken at hele samfunnet har ansvar for folkehelsen, og ikke bare helsesektoren. Tverrsektorielt samarbeid skal brukes for å løse sosiale ulikheter i helse. I 2015 kommer stortingsmelding 19 **"Mestring og muligheter"** som har stort fokus på psykisk helse. Målet er at den psykiske helsen skal være like mye vektlagt som den fysiske helsen, og at det skal bli mer fokus og åpenhet rundt temaet. Barn og unge mellom 18-30 år har vist seg å ha dårlig psykisk helse og dårlig selvopplevd helse. Dette kan føre til dårligere livskvalitet, drop-out av VGS, høyere utdanning og arbeidslivet, tidlig uføre og tidlig død.

Wicked-issues

Wicked-issues kan defineres som "problemer som er vanskelige å identifisere og løse, og som går på tvers av sektorer og nivåer". Sosial ulikhet i helse, barnefattigdom, psykisk helse, drop-out problematikken og miljøproblematikken er blandt de største wicked issues/folkehelseutfordringene vi har. Dette er levekårsutfordringene som WHO og norske politikere satser stort på nå. Folkehelseloven er et glimrende verktøy for å bekjempe disse store og komplekse utfordringene.

Folkehelseloven

I 2011 blir "Folkehelseloven" vedtatt, med virkning fra 2012. Norge er det eneste landet i Europa som har en egen folkehelselov. Folkehelseloven lovfester folkehelsearbeidet, og "tvinger" dermed kommunene til å drive med helsefremming og sykdomsforebygging. Folkehelseloven bygger på fem prinsipper:

1. Helse i alt vi gjør (HIAP - health in all policies approach)
2. Utjevne sosiale ulikheter i helse
3. Bærekraftig utvikling (økonomisk, økologisk, sosialt)
4. Føre-var prinsippet
5. Medvirkning

Medvirkning

Medvirkning betyr at du får muligheten til å påvirke det som skjer rundt deg. Det er svært ønskelig at befolkningen skal medvirke i planprosesser, og de man aller helst ønsker medvirkning fra er sårbare grupper og berørte parter. Sårbare grupper kan for eksempel være barn- og unge (barne- og ungdomsråd), eldre (eldreråd), personer med nedsatt funksjonsevne og personer med minoritetsbakgrunn. Desverre vet vi at helsegradienten også er framtrekkende i medvirkning. Det betyr at det er de ressurssterke, godt utdannede og friske "ildsjelene" som tåler å bidra til medvirkning. For andre kan medvirkning virke skremmende, fordi det er fremmedgjørende arenaer og man føler ikke man har nok kunnskap til å bidra. Medvirkning er svært ønskelig, da det har mange positive effekter, blant annet bidrar det til et bedre demokrati, befolkningen blir mer tilfreds med politikerne og befolkningen får et "eierskap" til planleggingen. Medvirkning er også helsefremmende i seg selv, ved at individet føler seg myndiggjort, viktig og betydningsfull (empowerment).

Utfordringsdokumentet

I Paragraf 5 i Folkehelseloven inngår det at alle kommuner/fylkeskommuner skal drive helseovervåking ved å utarbeide et oversiktsdokument/utfordringsdokument hvert fjerde år. Det

er en oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene i kommunene. Dokumentet skal inneholde informasjon og statistikk over disse seks temaene:

1. Befolkningssammensetning (alder, kjønn, sivilstatus)
2. Oppvekst- og levekår (oppvekstmiljø, utdanningsmiljø, arbeidsmiljø)
3. Fysisk, kjemisk, biologisk og sosialt miljø (luftkvalitet, drikkevannskvalitet, grøntområder, valgdeltakelse)
4. Skader og ulykker (trafikkulykker, vold, drap)
5. Helseaterd (ernæring, fysisk aktivitet, røyking, alkohol)
6. Helsetilstand (forekomst av kreft, diabetes type 2, karies, hjerte- og karsykdommer)

Årsaker til Folkehelseloven

For det første er Norge en del av et internasjonalt bilde, og vi har fulgt politikken til WHO (verdens helseorganisasjon) siden 1980-tallet. Det er politikken, lovene og regelverket til WHO som er hovedårsaken til at Norge fikk sin egen folkehelselov. WHO mener at "sosial ulikhet i helse" er vår største folkehelseutfordring. En annen årsak til at vi fikk folkehelseloven er befolkningsutvikling. Vi har fått et tydelig flyttemønster, hvor vi ser to typiske trekk: folk flytter fra nord til sør, og folk flytter inn til byene. Dette resulterer i fraflytningskommuner og tilflytningskommuner. Dette medfører utfordringer for fraflytningskommunene og de små kommunene, hvor det er vanlig at ungdom og unge voksne flytter bort, og dermed forsvinner også mye av arbeidskraften. Da står vi igjen med kommuner med mange eldre og pensjonerte, men ingen til å pleie dem. Gjennomsnittsalderen er høy i fraflytningskommunene (eldrebølge). I denne sammenhengen kommer årsak nummer tre: "Generalistkommunene" inn i bilde.

Generalistkommune betyr at alle kommuner skal tilby de samme helsetilbudene til tilnærmet lik kvalitet. Innbyggertallene i de norske kommunene varierer med 200 innbyggere til 600 000 innbyggere, og dermed har det naturlig nok vært stor variasjon på helsetilbudene og kvaliteten på disse. Dette ville man ha en endring på, fordi man ikke skal bli straffet for å bo i en liten eller "fattig" kommune. En fjerde årsak til folkehelseloven, er HUNT-undersøkelsene (Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag) og funnene i disse. Her finner vi at overraskende mange unge i alderen 18-30 år har dårlig psykisk helse og dårlig selvopplevd helse. Dette er et kjempe-paradoks, da Norge ligger på toppen over god fysisk helse og lykke, men vi scorer dårligst på psykisk helse og selvopplevd helse. Alle disse faktorene har spilt en stor rolle for hvorfor Norge fikk en folkehelselov.

Koblingen mellom Folkehelseloven (2012) og Plan- og bygningsloven (2008)

På grunn av Folkehelseloven er det lovpålagt å drive med helseovervåking og dermed utforme utfordringsdokumentet. Dette utfordringsdokumentet skal ligge som grunnlag for all planlegging i kommunene. Her skjer det altså en kobling mellom de to lovene; Folkehelseloven og Plan- og bygningsloven, som tidligere (fram til 2012) har vært helt dekket. Jeg skal nå gå nærmere inn på de forskjellige leddene i denne koblingsprosessen.

Folkehelseloven: Paragraf 5 i Folkehelseloven handler om utarbeidelse av oversiktsdokumentet. Paragraf 6 (1. ledd og 2. ledd) i Folkehelseloven handler om at dette oversiktsdokumentet skal ligge som fundament og grunnlag for den videre planleggingen.

Plan- og bygningsloven: Leddet "Planstrategi" er ingen konkret plan, men en drøftningsarena der kommunens utfordringer skal drøftes og diskuteres. Her kan det åpnes opp for medvirkning, men det er ikke lovpålagt i dette leddet. Leddet "Planprogram" er steget videre fra "planstrategien" og utspisser seg til en oversikt (eller et kart) over ulike strategier og tilnærminger som kan brukes for å jobbe med utfordringene. Planprogrammet skal legges fram og det skal være en seks ukers høring, hvor berørte parter og andre interesserte parter kan medvirke. Her er medvirkning lovpålagt! Leddet "Samfunnsdel med handlingsdel" utmunner i en helt konkret plan. Her skal man ha fokus på de viktigste temaene og utfordringene, og man skal ha laget en detaljert plan for hvordan planleggingsarbeidet skal foregå. Leddet "Arealdel" beskriver faktorer som har med areal å gjøre, for eksempel at det må tas hensyn til grøntarealer, naturvern, sjø, universell utforming, leke- og oppholdsrom for barn og unge. Leddet "Kummedelplaner" er et resultat av alle de tidligere leddene og prosessen som har vært. Det skal være en klar sammenheng mellom prosessen og sluttresultatet.

Fordeler med venstrevridningen

Fordelene med en slik tilnærmingen til folkehelsearbeidet er mange. For det første så blir folkehelsearbeidet mye mer treffsikkert og vi får et bedre kunnskapsgrunnlag.

Utfordringsdokumentet avdekker hva som er hovedutfordringene i de forskjellige kommunene, og gjør det dermed mulig å planlegge tiltak for å jobbe målrettet for å løse disse. Før ble det mer som et "skudd i blinde" da hovedutfordringen kanskje var psykisk helse, men man valgte å satse på røykesluttkurs og frisklivssentraler (på grunn av manglende informasjon). At det blir mer treffsikkert er en kjempestor fordel, da dette gjør det mulig å jobbe målrettet mot å løse "wicked issues" som for eksempel sosiale helseforskjeller og psykisk helse. Fordeler med å fokusere mer på planleggingsarbeid, i stedet for prosjektarbeid, er at man dermed jobber mer systematisk og langsiktig. Vridning fra å fokusere på helseatferd til å fokusere på helsedeterminanter er også en

mer langsiktig måte å jobbe på. Det vil være mer lønnsomt å utjevne de sosiale helseforskjellene og dermed forhindre at folk begynner å røyke, i stedet for å stå klar til å ta i mot de som begynner å røyke, og da tilby de et røykesluttkurs

Ulemper med venstrevridningen

Selv om det finnes mange fordeler med venstrevridningen, finnes det også mange kriste spørsmål som kan stilles til denne tilnærmingen til folkehelsearbeidet. Er det for byråkratisk? Er det rom for frivilligheten og ildsjeler? Er det rom for kreativitet, prøving og feiling? Fungerer dette systemet i praksis? Legges det til rette for nok medvirkning? Passer denne modellen for alle kommuner? Jeg skal diskutere litt rundt disse spørsmålene. Gjennom Riksrevisjonens rapport i 2015 og dens nedslående funn, så vi at kun 25% av kommunene hadde laget et oversiktsdokument. Hele 15% hadde ikke startet på prosessen, mens 60% var i gang med arbeidet. Disse funnene viser at mange kommuner synes at dette er en utfordrende måte å jobbe med folkehelse på. Tidligere har folkehelsearbeidet nærmest vært drevet av ildsjeler, frivilligheten og prosjekter. Dette er en stor omstilling for enkelte kommuner. Denne nye tilnærmingen har en "one size, fits all" tankegang, der alle kommuner må tilpasse seg systemet, uavhengig av størrelse og innbyggertall. Det kan bli utfordrende for de små kommunene å drive med helseovervåking, da utfordringsdokumentet legges ut offentlig og er tilgjengelig for alle. Dette gjør små kommuner svært sårbare, da det blir mulig å gjette seg frem til hvem som utgjør de ulike delene av statistikken (f. eks overvekt og kreft). Det faktumet at oversiktsdokumentet er åpent for offentligheten, kan også bidra til å gjøre enkelte kommuner mer eller mindre attraktive, og dermed kanskje forsterke flyttemønstrene. Hvis du som enkeltperson finner ut at kommunen du bor i scorer lavest på psykisk helse, kan dette ha påvirkning på din egen psykiske helse og din egen selvopplevde helse. Angående punktet om medvirkning, så er dette lovpålagt i planleggingsarbeidet. Likevel vet vi at flere kommuner bryter loven hver dag. Vi vet også at de aller fleste legger seg på minstekravet til medvirkning, altså det første trinnet på medvirkningsstigen, som er "informasjon". Vi vet også at graden av medvirkning påvirkes av helsegradienten, så de som har størst sannsynlighet for å medvirke er de med høy utdanning, høy inntekt og god helse. De sårbare gruppene - som man faktisk ønsker medvirkning fra - de har liten sannsynlighet for å medvirke.

Folkehelsefeltet er enda veldig nytt, og vi har som sagt et svakt kunnskapsgrunnlag. Venstrevridningen har uten tvil vært positiv for folkehelsearbeidet. Folkehelseloven, tverrfaglig samarbeid, systematisk planlegging og helseovervåking er ekstremt viktige redskaper for å kunne jobbe med å redusere wicked issues. Modellen er ikke perfekt, men det er kanskje den beste vi har hittil. Kombinasjonen av systematisk og langsiktig planleggingsarbeid sammen med kortsiktig prosjektarbeid, med rom for ildsjeler, virker som en gylden middelvei i det utfordringsbildet vi har i dag.

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...

Oppgave 2a) Prosjektorganisasjonens relasjon til basisorganisasjonen

Prosjekter kan organiseres på tre forskjellige måter: internt prosjekt, matriseprojekt eller selvstendig prosjekt.

Internt prosjekt

Et internt prosjekt (eller avdelingsinternt prosjekt) er et prosjekt som er organisert innad i en avdeling i basisorganisasjonen. Her kan prosjektlederen være avdelingslederen, eller en annen faglig kompetent person underordnet avdelingslederen. Prosjektlederen kan i noen tilfeller også

være innleid. Prosjektpersonellet beholder sin vanlige jobb i basisorganisasjonen. Interne prosjekter egner seg godt ved små prosjekter eller ved prosjekter med lav prioritet. **Fordelene** med et internt prosjekt er at alle prosjektarbeiderne kjenner hverandre godt fra før av og er vandt til å jobbe sammen. Prosjektarbeiderne slipper derfor å bruke tid på å bli kjent, og de kan heller starte rett på jobben som skal gjøres. Arbeidsformen oppleves som stabil, trygg og god. Prosjektpersonellet slipper også å uroe seg for om de har en jobb som venter på dem når prosjektet avsluttes, da de bare skal gå tilbake til sine vanlige arbeidsoppgaver i basisorganisasjonen. En annen fordel er at basisorganisasjonen har full kontroll over prosjektet, og det er en tett kobling mellom prosjektet og basisorganisasjonen. **Ulempene** med interne prosjekter er at de oppnår lite tverrfaglighet, siden alle kommer fra samme fagmiljø. Det er få eller ingen som stiller kritiske spørsmål eller belyser temaer fra ulike synsvinkler. I interne prosjekter er det ofte få eller ingen eksperter, så kvaliteten/omfanget blir begrenset. I interne prosjekter kan arbeidet være litt lite utfordrende, og utviklingen og læringen blir derfor deretter. Interne prosjekter kan for noen oppleves som litt kjedelige.

Matriseprosjekt

Et matriseprosjekt er organisert på tvers av avdelinger og fagmiljøer. Her blir prosjektarbeiderne delvis trukket ut fra sin daglige stilling, og kan for eksempel jobbe 40% i prosjektet og 60% i basisorganisasjonen. Prosjektlederen er ikke den samme som avdelingslederen, da dette blir to forskjellige stillinger. Matriseprosjekter egner seg ved store og komplekse prosjekter hvor det er behov for tverrfalig samarbeid. **Fordelene** med matriseprosjekter er at de oppnår stor grad av tverrfalighet, og vil dermed kunne oppnå bedre kvalitet. I motsetning til interne prosjekter, så er det her mange som stiller kristiske spørsmål og belyser temaer fra ulike synsvinkler. Matriseprosjekter egner seg svært godt for oppgaver som krever tverrfaglig samarbeid. Matriseprosjekter kan også ha den effekten at det mykner opp "skilleregner" mellom avdelingene i basisorganisasjonen, og at det dermed kan bli et bedre, åpnere og mer inkluderende arbeidsmiljø. Prosjektarbeiderne trenger heller ikke her å være urolige for framtiden, siden de fremdeles har sin stilling i basisorganisasjonen. I matriseprosjekter blir det en maktfordeling mellom de to sjefene. Matriseprosjekter kan oppleves som spennende, pulserende, utfordrende og svært lærerikt. **Ulempene** med matriseprosjekter er blant annet at det lett kan oppstå konflikter, siden folk har med seg forskjellige meninger, synspunkter og verdier fra sitt fagmiljø. En annen ulempe her er at prosjektarbeiderne har to sjefer å forholde seg til, en prosjektleder og en leder i basisorganisasjonen. Dette kan føre til en indre konflikt, hvor man blir dratt mellom to roller. Det er også vanlig at prosjektarbeiderne opplever stress og utbrenthet, nettopp fordi de blir dratt mellom to ulike jobber.

Selvstendig prosjekt

Et selvstendig prosjekt er ressursmessig skilt ut fra basisorganisasjonen. Denne strukturen kan nesten ses på som en ny organisasjon. Her er prosjektarbeiderne 100% ansatt i prosjektet og kan vie all sin tid og oppmerksomhet til det. Selvstendige prosjekter egner seg ved store, lange og komplekse prosjekter. **Fordelene** med selvstendige prosjekter er at prosjektarbeiderne er 100% engasjert og dedikert til prosjektet, og dermed blir de også mer motivert. I selvstendige prosjekter har man også kun en sjef å forholde seg til. Her er det stor mulighet for tverrfaglighet og personer fra ulike fagmiljø, utfordringene og læringsutbyttene kan derfor bli større. Eksterne prosjekter oppleves som svært spennende, pulserende, utfordrende og meget lærerike. **Ulempene** med selvstendige prosjekter er at prosjektarbeiderne kan oppleve usikkerhet rundt sin fremtid etter at prosjektet er avsluttet. Prosjektarbeiderne kan nærmest oppleve en "sorgprosess" når prosjektet avsluttes, og de kan bruke måneder på å venne seg til en jobb i en basisorganisasjon igjen. Her er det også vanlig at prosjektarbeiderne føler seg stresset og utbrente, da det er et stort press i interne prosjekter om å rekke tidsfrister og levere bestillingen innen avtalt tid.

Størrelsen, omfanget, ressursene og situasjonen vil avgjøre hvilken prosjektform som er mest hensiktsmessig.

Oppgave 2b) Styringsgruppe og referansegruppe

Styringsgruppe

En styringsgruppe er en gruppe kvalifiserte personer som blir utpekt av oppdragsgiver/prosjekteier (sponsor) til å ha det overordnede ansvaret for prosjektet. Styringsgruppen kan bestå av representanter fra oppdragsgiver, eksperter på området, praktikere, representanter fra brukeren og prosjektleder (uten stemmerett). Styringsgruppen fungerer som et mellomledd mellom oppdragsgiver og prosjektlederen, og har derfor i oppgave å rapportere videre til oppdragsgiveren. Det er vanlig å opprette styringsgruppe hvis det er flere enn én oppdragsgiver, eller hvis oppdragsgiveren er travel med andre arbeidsoppgaver enn å styre prosjektet. Det er høyst anbefalt å opprette en styringsgruppe uansett, da denne gruppen bringer med seg mange fordeler. Styringsgruppen er et felles knutepunkt for brukeren og interessenter, og blir dermed lettere å kontakte og forholde seg til. Styringsgruppen bringer også prestisje over prosjektet. Noen styringsgrupper er ikke bevisst sitt ansvar, og tar ikke de nødvendige avgjørelsene for prosjektet.

Andre ganger kan styringsgruppene ta uhensiktsmessige beslutninger som ikke angår dem. Til syvende å sist så er det styringsgruppen som har det fulle ansvaret for prosjektet.

Referansegruppe

En referansegruppe er en gruppe mennesker med faglig kompetanse, uten noe som helst ansvar for prosjektet. Dette er en gruppe som kan komme med faglige råd, tips, anbefalinger og vurdering, ved behov. Referansegruppen kan bestå av eksperter på fagområdet, politikere, IT-ansvarlige osv. Gruppen er ikke obligatorisk for prosjekter å opprette, men kan være lurt å ha hvis man trenger faglige råd underveis i prosjektet.

Oppgave 2c) Styringsfaktorer

Tid (fremdriftstyring)

Et prosjekt har alltid en satt oppstartsdato og en sluttdato. Mellom start og slutt bør man lage seg milepæler, mål og delmål. En milepæl er en tilstand av et visst oppnådd arbeid, som kan måles. Ved å føre en fremdriftstyring er du som prosjektleder opptatt av å følge en WBS (work breakdown structure/prosjektnedbrytning). Her står alle mål, delmål, leveranser og del-leveranser. Tid er en ekstremt sentral styringsfaktor i prosjekter, da disse har en bestemt sluttdato hvor bestillingen skal være levert.

Omfang (endringsstyring)

Endringsstyring handler om å følge opp endringer i omfang. Endring i omfang kan for eksempel være at oppdragsgiver endrer noe i bestillingen sin, og at prosjektet dermed øker eller minsker i omfang. Dette kan bety mer eller mindre arbeidstimer, personell, penger eller tid.

Kvalitet (kvalitetsstyring)

Kvalitetsstyring handler om at leveransen skal ha en viss kvalitet. Prosjektet/produktet skal ha enkelte egenskaper og følge visse krav. Kvalitetsstyring handler også om kvalitetssikring, for eksempel av utstyr, for å hindre skader. Det kan også være kvalitetssikring av leveranser eller del-leveranser, fungerer dette som det skal? Er det bra nok?

Økonomi/ressurser (økonomistyring/ressursstyring)

Økonomistyring handler om å overvåke ressursbruken gjennom prosjektet. Følges budsjettet? Er vi innenfor rammene? Har vi brukt mer enn vi skulle? Dette er spørsmål prosjektlederen må stille seg. Økonomistyring handler også om avvik, både positive (pluss) og negative (minus). Da er det viktig å prøve å finne årsaken til avviket. Var det et engangstilfelle eller vil det skje igjen? Hva kan gjøres?

Det er viktig å se at styringsfaktorene henger sammen, og hvis det skjer endringer i én styringsfaktor, vil det påvirke de andre. For eksempel: kortere tid → mer penger (overtidsarbeid, mer personell) eller mindre omfang (kutter ned på deler av leveransen) eller redusert kvalitet (anbefales ikke).

Oppgave 2d) Prosjektets livssyklus

Oppstartsfasen

Planleggingsfasen/modningsfasen

Gjennomføringsfasen

Avslutningsfasen

I **oppstartsfasen** samles man for å diskutere de grunnleggende tingene for prosjektet. Hva er målet med prosjektet? Hva er resultatmålene og effektmålene vi ønsker å se? Hvem skal ha ansvaret for hva? I oppstartsfasen har man liten tilgang til informasjon, og denne fasen er derfor beheftet med stor grad av usikkerhet. Usikkerheten minker med større mengde informasjon som blir tilgjengelig. I **planleggingsfasen/modningsfasen** begynner man å planlegge prosjektet mer i detalj. Man lager budsjett og WBS. Datoer, leveranser og delleveranser planlegges. I **gjennomføringsfasen** oppnår prosjektet sin topp både med innsats, pengebruk og ressursbruk. Gjennomføringsfasen er den største og lengste delen av prosjektet, så her vil den daglige driften inngå. Her er prosjektlederens oppgaver å støtte, motivere og engasjere prosjektarbeiderne sine. Prosjektlederen skal overvåke tid, ressurser, kvalitet og omfang, og forsikre seg om at prosjektet ligger innenfor skjema, eventuelt gjøre endringer for å korrigere. **Avslutningsfasen** er en kritisk fase, for her skal resultatet fremstilles og leveres. Prosjektlederen skal frigi ressurser og personell. Denne fasen kan som nevnt tidligere oppleves som en sorgprosess for prosjektarbeiderne, da prosjektet har blitt deres nye hverdag. Ofte kan store prosjekter begynne å leve sitt eget liv, og da er det eksta mye arbeid i avslutningsfasen for å komme seg i mål. Hvis prosjektarbeiderne har fått en ny jobb som de gleder seg til, så kan de bli distraheret av dette, og ha lite fokus på prosjektavslutningen. Hvis prosjektarbeiderne derimot ikke har fått seg en ny jobb, kan også dette bli en distraksjon, og fokuset blir igjen feil sted. Det optimale er hvis prosjektarbeiderne har mulighet til å gå tilbake til sin tidligere jobb i basisorganisasjonen, noe de kjenner godt til og er

"nøytrale" til.

Fordeler og ulemper med prosjekt i folkehelsearbeid

Fordelene med å bruke prosjekt som arbeidsform i folkehelsearbeidet er mange. Prosjektformen er kortsiktig, og kan derfor gi raskere resultater. Prosjektformen kan være spennende, utfordrende, tverrfaglig og svært lærerik. Innen folkehelsearbeid som er et såpass nytt område, er det som sagt også et svakt kunnskapsgrunnlag. Da kan det virke logisk å bruke prosjektformen til å prøve og feile, for å se hva som fungerer og ikke fungerer. I prosjekter er det mulighet for å satse, teste og prøve ut forskjellige metoder og strategier, mens i planleggingsarbeid må alt være kunnskapsbasert, forskningsbasert og evidensbasert, noe som kan føles litt "enveiskjørt" i og med at feltet som sagt er veldig nytt. **Ulempene** med prosjektformen er at de er beheftet med mye usikkerhet, som kommer av lite informasjon. Siden kunnskapsgrunnlaget er svakt, vil kanskje noen mene at prosjektformen er et "skudd i blinde" og at man bare håper på at det skal ha en god effekt. For eksempel alle kommunene som startet frisklivsentraler uten å vite om det var behov for det. Som jeg nevner er prosjekt kjent for å vise raske resultater, men dette er ikke alltid gjeldene i folkehelsearbeidet. Her kan det ta 10, 20, 30 år - eller en hel generasjon, før vi ser effekter av arbeidet. Det kan derfor virke risikabelt og bare drive med prosjektarbeid.

Konklusjonen min er at vi trenger en kombinasjon av kortsiktig prosjektarbeid for å bøte med livsstilssykdommer, og planleggingsarbeid som skal redusere den sosiale ulikheten i helse **gjennom**: helse i alt vi gjør, bærekraftig utvikling, føre-var tenkning og medvirkning. På den måten vil det bli både forebygging og helsefremmende arbeid.

Besvart.