



Partnerskap og folkehelse

Hvor mye partnerskap?

av

Sven Antonsen

Masteroppgave i moderne forvaltning
Avdeling for økonomi og organisasjonsvitenskap
Høgskolen i Innlandet
Vår 2017

Forord

Denne oppgaven har nok vært en større utfordring enn det jeg trodde på forhånd. Uten dere hadde jeg ikke kommet i havn. Jeg takker først og fremst alle informantene som var velvillige til å stille opp og dermed gjorde det mulig for meg å belyse emnet. Jeg vil også takke min veileder, Aksel Hagen, som har vært til stor hjelp, spesielt i sluttfasen der alt skulle sammenfattes og fruktene av alt arbeidet skulle høstes. Unni, som jeg deler hverdag og helg med, har vært til uvurderlig støtte hele tiden, og det er også grunn til å nevne Gunnhild, min sosiologdatter, som har gitt meg verdifull metodestøtte og korrektur underveis.

Nesodden, 10. mai 2017

Sven Antonsen

Sammendrag

Partnerskap er en offentlig styringsform som siden 1990-tallet har blitt mer og mer vanlig. Den kan defineres som et frivillig og likeverdig samarbeid mellom to eller flere parter for å nå ett eller flere felles mål. Samarbeidet kan involvere både offentlige, private og frivillige aktører, og er et alternativ til offentlig styring som baserer seg på hierarki og kommandolinjer der folkevalgte utformer politikken og administrasjonen iverksetter.

Partnerskap som styringsform har noen analytiske kjerneelementer som vil være med på å bestemme om praksis samsvarer med intensjonene med styringsformen. Hvis disse intensjonene i liten grad blir oppfylt, vil det være vanskelig hevde at det er styringsformen som sådan som bidrar til måloppnåelse.

Med utgangspunkt i et case om partnerskap og folkehelse er det dette som er undersøkt:

Hvordan har intensjonen med partnerskap som styringsform blitt oppfylt?

I tillegg til om formålet med styringsformen er oppnådd, det vil si at partnerskapet til en viss grad fungerer etter teorien, er det også sett på de om de grunnleggende forutsetningene for partnerskapet legger til rette for partnerskapsstyring.

For å undersøke dette er det gjennomført en intervjuundersøkelse i to fylkeskommuner som har og har hatt partnerskap på folkehelseområdet.

Fylkeskommunene har vært viktige pådrivere, støttespillere og motivatorer i folkehelsearbeidet. Partnerskapene har bidratt til større samordning og mer oppmerksomhet om folkehelsearbeidet. Samtidig er det er del en del kjennetegn ved de to utvalgte partnerskapene som gjør at intensjonen med partnerskap som styringsform i begrenset grad er innfridd.

Innhold

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Avgrensning og problemstilling	5
2	Teori	7
2.1	Kjennetegn på partnerskap	7
2.2	Risikofaktorer.....	10
2.3	Oppsummering analytiske kjerneelementer	11
2.4	Utfordringer med resultatmåling	12
3	Metode.....	15
3.1	Valg av forskningsmetode	15
3.2	Intervjuer	15
3.3	Valg av informanter	16
3.4	Dokumentanalyse	19
3.5	Analysestrategi	20
3.6	Pålitelighet og gyldighet	20
4	Empiri	22
4.1	Formål og oppbygging av kapitlet	22
4.2	Legger de grunnleggende forutsetningene for partnerskapet til rette for partnerskapsstyring?	22
4.2.1	Partnerskapsavtalene og målet med partnerskapet.....	22
4.2.2	Er partnerne likeverdige?	26
4.2.3	På hvilken måte er partnerskapet politisk forankret?	30
4.2.4	Hvilke forpliktende beslutninger kan partnerne gjøre?.....	33

4.3	Blir formålet med styringsformen oppnådd?	34
4.3.1	Har de oppnådd mer sammen enn hver for seg?	34
4.3.2	Hva har partnerne bidratt med i partnerskapet?	41
4.3.3	Hvordan utløses partnerskapsmidler?	44
4.3.4	Hva er konkret oppnådd i folkehelsearbeidet?.....	47
5	Analyse.....	50
5.1	Legger de grunnleggende forutsetningene for partnerskapet til rette for partnerskapsstyring?	50
5.2	Blir formålet med styringsformen oppnådd?	54
6	Avslutning.....	58
	Referanseliste	61
	Vedlegg	64

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Begrepet partnerskap er vel mest kjent som en avtale mellom to personer av samme kjønn med tilsvarende rettsvirkninger som inngåelse av ekteskap. Fra 2009 ble det adgang til å inngå ekteskap for personer av samme kjønn og etter dette tidspunktet kunne det ikke lenger inngås partnerskap. For registrerte partnere som ikke har omregistrert partnerskapet til ekteskap, vil reglene for registrert partnerskap fortsatt gjelde.

Partnerskap i denne undersøkelsen dreier seg om en offentlig styringsform som fortsatt eksisterer i beste velgående, og det opprettes også stadig nye partnerskap som kort fortalt handler om samarbeid og offentlig styring, som kan involvere både offentlige, private og frivillige aktører. Som for det førstnevnte partnerskapet inneholder også partnerskap som styringsform i teorien noen kjerneelementer som er med på å bestemme om hvor godt det fungerer etter intensjonene med styringsformen. Jeg vil med utgangspunkt i to konkrete partnerskap undersøke om praksis sammenfaller med de analytiske kjerneelementene i den teoretiske litteraturen på området. I den virkelige verden vil det aldri være fullstendig sammenfall mellom teori og praksis, men jeg hevder at for å kunne si noe om det er partnerskapet som styringsform som har æren for hva som oppnås på et område, så må det forutsette at partnerskapet har et innhold som går utover det retoriske og symbolske. Det er dette jeg i det følgende går dypere inn i (Andersen og Røiseland 2008: 12, 16, Higdem 2009: 103, 109, Sandersen og Bay–Larsen 2008: 163, Røvik 2009: 360–361).

Forskningslitteraturen i Norge viser at partnerskap og folkehelse inngår som en del i vurderingen av kommunalt og regionalt folkehelsearbeid eller er tidligere behandlet særskilt. Helgesen og Hofstad (2012) er en kvantitativ undersøkelse om status i det regionale og kommunale folkehelsearbeidet som blant annet omfatter i hvilken grad det samarbeides med offentlig og privat sektor, partnerskapenes innflytelse på folkehelsearbeidet og hvilke ressurser partnerne får tilgang til. I Helgesen, Hofstad, Risan, Stang, Rønningen, Lorentzen, Goth (2014) er det foretatt telefonintervjuer med folkehelserådgivere der partnerskap er ett av flere temaer. Partnerskap har ikke fått noen sentral rolle i den ferdige rapporten. I Ouff, Bergem, Hanche-Dalseth, Vestby, Hofstad og Helgesen (2010) som dreier seg om Helse i plan og partnerskap, er det innhentet kvalitative data fra en dybdestudie blant utvalgte

fylkeskommuner og kommuner. Hovedtemaene har vært forankring, organisering og kunnskapsoppbygging i partnerskapene. I Bjørkli (2010) som er en masteroppgave om samstyring og partnerskap i lokalt folkehelsearbeid, har han konkret tatt for seg fysiotekmodellen (fysisk aktivitet på resept) i tre kommuner.

Felles for disse undersøkelsene er at de ikke går systematisk inn på hvordan partnerskapene fungerer i forhold til de analytiske kjerneelementene i den teoretiske litteraturen på området.

Når man snakker om styringsformer er det vanlig å skille mellom offentlig styring, styring gjennom markedet og styring gjennom sivilsamfunnet. Fra omkring 1990 ble det vanlig å omtale et nytt styringsregime som fikk navnet governance eller samstyring på norsk. Den økte kompleksiteten og fragmenteringen gjorde det nødvendig i større grad å inkludere andre aktører (både offentlige, private og frivillige) til å utforme og iverksette offentlig politikk (Røiseland og Vabo 2012: 20). Samstyring kan derfor ses på som et svar på de behovene og problemene som det offentlige står ovenfor. Det er ikke noe nytt at det offentlige samarbeider med andre offentlige aktører, markedet eller sivilsamfunnet. Men denne styringsformen framstår mer og mer som et normativt ideal (Ibid.: 36). Partnerskap kan knyttes til samstyringsbegrepet. Partnerskap brukes i dag på en rekke områder, og det er ikke sikkert at den analytiske betegnelsen av begrepet stemmer med hva det faktisk er i virkeligheten. Partnerskap har i seg selv en positiv politisk valør (Andersen og Røiseland 2008: 12).

Ifølge Helgesen og Hofstad (2012: 31) er folkehelse et komplekst og krevende område der gjensidig avhengighet mellom aktørene for å kunne nå felles mål klart er til stede. Ifølge Kooiman (som sitert i Helgesen og Hofstad 2012: 31) er det et område som kjennetegnes ved at

- ingen enkelt aktør har tilstrekkelig kunnskap og informasjon til å kunne løse problemet
- ingen har god nok oversikt over problemet til å utforme nødvendige virkemidler
- ingen av aktørene har tilstrekkelig handlingsrom til å kunne håndtere problemet alene

Kompleksiteten og bredden i folkehelsearbeidet kommer klart fram av § 3 i folkehelseloven (Helsedirektoratet 2011a).

Her står det at folkehelsearbeid er

samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

I løpet av 1990-tallet vokste det fram en gryende erkjennelse av at folkehelsearbeidet måtte forankres lokalt og være systematisk og langsiktig. Folkehelsearbeidet skulle ikke primært bare være en sak for helsesektoren, men være et ansvar for alle samfunnssektorer, jf. blant annet NOU 1998:18: 4. Ifølge St.meld. nr. 16 (2002-2003: 74) var målet også å få til et forpliktende partnerskap mellom regionale statsetater som helseforetak og høyskoler/universiteter, frivillige organisasjoner og privat sektor. Partnerskap som offentlig styringsvirkemiddel på folkehelseområdet ble blant annet anbefalt av Verdens Helseorganisasjon (Helsedirektoratet 2011b: 15).

I Prop. 90 L (2010-2011: 219) om ny folkehelselov er partnerskap en av flere arbeidsformer for fylkeskommuner og kommuner i folkehelsearbeidet. Partnerskap blir definert som

en frivillig og likeverdig avtale mellom to eller flere parter om samarbeid og/eller koordinert innsats for å nå ett eller flere felles folkehelsemål. Det må ta utgangspunkt i likeverdighet, klare avtaler og tydelige, gjensidige forventninger og forpliktelser. Samarbeidet bør forankres i et eller flere felles mål.

I perioden 2004-2009 eksisterte det en statlig tilskuddsordning som skulle stimulere til sektorovergripende folkehelsearbeid basert på partnerskap både på fylkes- og kommunenivå (Hofstad og Vestby 2009: 10). Midlene til kommunene ble fordelt av fylkeskommunene.

Fra 2010 gikk fylkeskommunens folkehelseansvar fra å være frivillig til å være lovpålagt, jf. lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet (Prop. 90 L 2010–2011). Her gikk det fram at fylkeskommunen skulle være pådriver for å samordne folkehelsearbeidet i fylket, bl.a. gjennom alliansebygging og partnerskap og ved å understøtte kommunenes folkehelsearbeid. Samtidig ble de statlige stimuleringsmidlene lagt inn i rammetilskuddet til fylkeskommunen.

Den nye folkehelsoven av 2012 angir partnerskap som én av flere mulige arbeidsformer i folkehelsearbeidet. I Meld.St.34 (2012–2013) vises det til at folkehelseloven viderefører partnerskap som en aktuell arbeidsform for fylkeskommunen, der det for eksempel kan samarbeides med kommuner, universiteter og høyskoler, KS i fylket, aktuelle stiftelser, frivillige organisasjoner og næringsliv. Fylkeskommunen skal støtte kommunene med

relevant informasjon i dette arbeidet og bidra til at helse blir ivaretatt i kommunenes planer med utgangspunkt i regional plan.

De første forsøkene med partnerskap ble lansert i 2004. I 2007 hadde de fleste fylkeskommuner tatt initiativ til å etablere partnerskap med sine kommuner. I 2011 hadde 59 prosent av kommunene inngått partnerskap om folkehelse med fylkeskommunen (Helgesen og Hofstad 2012: 112).

Ifølge Dokument 3:11 (2014–2015: 54–55) mener elleve av fylkeskommunene at partnerskapsavtale med kommunene i stor eller svært stor grad er viktig for å få til et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid i fylket. Ni fylkeskommuner hadde en slik partnerskapsavtale tidligere, men denne er nå avsluttet

Etter at folkehelseloven kom i 2012, der både fylkeskommunenes og kommunenes ansvar er tydeliggjort, kan det se ut til at flere fylkeskommuner har gått vekk fra egne partnerskapsavtaler på folkehelseområdet med kommunene (Helgesen et al. 2014: 42 og Dokument 3:11 2014–2015: 55). Folkehelse blir på lik fot som andre politikkområder sett på som en regionutviklingsoppgave som inngår i en generell og enhetlig avtale med kommunene (Nordland fylkeskommune 2014).

På regionalt nivå vil det være aktuelt med partnerskapsavtaler mellom fylkeskommunen og andre aktører på fylkesnivå, mellom fylkeskommunen og kommunene og mellom kommunen og andre aktører lokalt. Det synes å være store variasjoner mellom fylkeskommunene med hensyn til hvordan partnerskapene er organisert. Noen fylkeskommuner har etablert én felles avtale med partnerne mens andre har bilaterale avtaler med hver enkelt partner. Fra fylkeskommunenes side skilles det også mellom interne (innad i fylkeskommunen) og eksterne partnerskap (med aktører utenfor fylkeskommunen) (Helsedirektoratet 2011b: 22–23).

Fylkeskommunens ansvar for å etablere og lede regionale partnerskap gjelder ikke bare på folkehelseområdet, men generelt for å sikre mer helhetlige løsninger (St.meld. nr. 12 (2006–2007: 26). Partnerskap for folkehelse kan sies å ha blitt lansert også for å tydeliggjøre at helse inngår som en del av regional utvikling (Helsedirektoratet 2011b: 1).

Viktige oppgaver for partnerskapet vil kunne være (Helsedirektoratet 2011b: 29–30):

- Innspill til planarbeidet
- Oversikt over helseutfordringene/kunnskapsrapporter
- Modellutvikling og iverksetting av tiltak
- Etablere felles forståelse av utfordringene

1.2 Avgrensning og problemstilling

Min valgte problemstilling er:

Hvordan har intensjonen med partnerskap som styringsform blitt oppfylt?

med følgende to underproblemstillinger:

- Hvordan legger de grunnleggende forutsetningene for partnerskapet til rette for partnerskapsstyring?
 - Er partnerne likeverdige?
 - På hvilken måte er partnerskapet politisk forankret?
 - Hvilke forpliktende beslutninger kan partnerne gjøre?
- Blir formålet med styringsformen oppnådd?
 - Har de oppnådd mer sammen enn hver for seg?
 - Hva har partnerne bidratt med i partnerskapet?
 - Hvordan utløses partnerskapsmidler?
 - Hva er konkret oppnådd i folkehelsearbeidet?

Med folkehelse som case er det undersøkt hvordan partnerskap fungerer i praksis i forhold til målet/konseptet med partnerskap. Da praksis til en viss grad vil være styrt av de grunnleggende forutsetningene for partnerskapet, har jeg valgt å dele problemstillingen i to. Disse rammene vil ikke fylkeskommunen ha fritt herredømme over, samtidig som et godt sammenfall mellom teori og praksis heller ikke er noen garanti for god måloppnåelse. Det er derfor ikke naturlig å komme med anbefalinger.

Jeg har avgrenset meg fra partnerskapets påvirkning på planprosesser og den demokratiske kontrollen med partnerskapet.

Hovedperspektivet er praktiseringen av partnerskap som styringsform og om det er sammenfall mellom praksis og det teoretiske konseptet for denne styringsformen. Jeg har nå presentert temaet for undersøkelsen og problemstillingen som søkes besvart. Kapittel 2 tar for seg det teoretiske fundamentet for presentasjonen og analysen av empirien. Kapittel 3 angir

hvordan jeg har gått fram i datainnsamlingen og hvordan dataene er analysert. Kapittel 4 presenterer empiren og i kapittel 5 kobles de empiriske funnene sammen med de kjerneelementene i partnerskap som framgår av teorien.

2 Teori

2.1 Kjennetegn på partnerskap

Partnerskap er en type governance som skiller seg ut fra den offentlige styringen som baserer seg på hierarki og kommandolinjer, og der folkevalgte politikere utformer politikken og administrasjonen iverksetter. Partnerskap er også forskjellig fra markedsstyring der det offentlige finansierer fellesgodene, mens organiseringen og produksjonen skjer ved hjelp av markedsmekanismer (Andersen og Røiseland 2008: 17). Røiseland og Vabo (2012: 21) har definert governance som den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening. Røiseland og Vabo (2012) har oversatt det engelske ordet governance med det norske ordet samstyring. Jeg har i det etterfølgende brukt det norske ordet samstyring istedenfor governance der det er naturlig.

Partnerskap kan være et alternativ for mer helhetlig styring for å få til bedre og mer effektive løsninger på kollektive problemer. Partnerskapsteori og nettverksteori er begge teoritradisjoner som kan knyttes til samstyring. Samstyring oppstod utover 1990-tallet som et alternativ til tradisjonell hierarkisk styring og markedsstyring som skulle løse problemer som disse to nevnte styringsformene hadde problemer med å løse (Røiseland og Vabo 2012: 110).

Begrepet samstyring har ingen enkel teoretisk avgrensning. Det tilsvarende engelske ordet «governance» blir også brukt på andre empiriske fenomener. Rhodes (som sitert i Røiseland og Vabo 2012: 17) viser til at begrepet governance også brukes om markedsstyring, god styring, internasjonale relasjoner, ikke offentlig styring osv. Sørensen og Torfing (som sitert i Andersen og Røiseland 2008: 17) viser til at nettverk som styringsform innebærer at aktørene i nettverket er gjensidig avhengige og derfor tilpasser sin adferd til de andre aktørenes adferd. Videre skjer det forhandlinger innenfor gitte rammer og nettverket er basert på tillit mellom aktørene. Nettverk har ikke nødvendigvis felles mål og aktørenes forpliktelser behøver ikke være så sterke (Helsedirektoratet 2011b: 12). Peters (som sitert i Andersen og Røiseland 2008: 17) anfører at aktørene i et partnerskap opptrer på vegne av noen prinsipaler (de kan fatte beslutninger på vegne av andre), at partnerskapet har en viss varighet og stabilitet, at det utveksles ressurser og at det er en viss grad av formalisering. Det kan være vanskelig å skille dette fra nettverk, og i mye av faglitteraturen defineres da også partnerskap som en bestemt

form for nettverk. Men det kan også argumentere for at partnerskap rommer noe mer enn nettverk (Andersen og Røiseland 2008: 17).

Den teoretiske definisjonen av partnerskap er ikke nødvendigvis sammenfallende med det som omtales som partnerskap i den virkelige verden. Den kan omfatte mer enn det som i politiske sammenhenger benevnes som partnerskap og derfor ikke ha noe motstykke i empiriens verden (Andersen og Røiseland 2008: 12–13).

Andersen og Røiseland (2008: 16–20) skiller mellom institusjonelle partnerskap, koopterende partnerskap og byttebaserte partnerskap. I institusjonelle partnerskap er partnerne gjensidig avhengige i forhold til et gitt behov. Det vil være komplekse problemer og uklare løsninger. Koopterende partnerskap bygger i større grad på en offentlig styringslogikk der ønsket er å styrke den offentlige kontrollen med markedsaktører eller sivilsamfunn (Ibid.: 19).

Byttebaserte partnerskap er i større grad avhengig av markedet der det offentlige foretar kompliserte bytter med private aktører for å oppnå bestemte resultater som kommer alle partnerne til gode (Ibid.: 18). Det institusjonelle partnerskapet skiller seg fra de to andre styringsformene ved i større grad å være basert på partnernes vilje til å bygge på tillitsbaserte relasjoner med felles forståelse for problemløsning (Ibid.: 19). Her er det hverken hierarkiske relasjoner eller byttbare transaksjoner som holder partnerskapet sammen (Røiseland 2008: 103).

De to utvalgte partnerskapene i denne oppgaven må klart sies å ha mest til felles med institusjonelle partnerskap, og da de omfatter aktører eller partnere utenfor fylkeskommunens egen organisasjon, må de også kunne defineres som regionale partnerskap.

Veggeland (som sitert i Higdem 2009: 59) har identifisert kjennetegn på regionalt partnerskap:

- Samarbeid mellom uavhengige aktører som fremmer egne interesser, men samtidig villige til å inngå kompromisser.
- Partnerskapet er etablert etter forhandlinger og kjøpslåing for å oppnå enighet og etablere felles mål.
- Partnerskapet har politiske bindinger, og bygger på formelle avtaler og juridisk bindende signerte kontrakter.

- Deltakerne i partnerskapet overdrar myndighet til styret eller rådet for partnerskapet, og sistnevnte styrer på grunnlag av avtalene og kontraktene. Partnerskap er derfor en type avtalebasert samstyring.

Dette skiller seg fra nettverksliknede samarbeid ved uavhengige aktører, det formelle avtalemessige og ved overdragelse av myndighet til andre organer.

I innledningen blir det vist til definisjonen av partnerskap i forarbeidene til folkehelseoven (Prop. 90 L 2010–2011: 219). Her blir det lagt vekt på at partnerskapsavtalen skal være frivillig og likeverdig. Dette må også være et utgangspunkt for å kunne tilfredsstille kjennetegnet om at aktørene skal være uavhengige. Men dette må nok kunne tolkes som at det ikke gjelder for likeverdighet i streng forstand (Røiseland 2008: 102). Noen vil ofte dominere partnerskapet mer enn andre. Men det bør være en forutsetning med en viss operasjonell autonomi ved at det er mulig å trekke seg ut av partnerskapet (Sørensen og Torfing som sitert i Røiseland 2008: 102). Noe som kan sette likeverdigheten i tvil er blant annet store forskjeller i administrative ressurser og i hvilken grad man kontrollerer noe de andre partnerne har interesser av (Hernes som sitert i Sandersen og Bay-Larsen 2008: 155).

En sluttrapport om partnerskap for folkehelse og helse i plan viser til at selv om begrepet partnerskap blir oppfattet på mange ulike måter, og tillagt flere tolkninger og innholdsdefinisjoner, er hovedinntrykket at partnerskap oppfattes å skulle bygge på gjensidig forpliktelse og likeverdighet mellom partene (Ouff et al.: 2010: 75–76). En slik tolkning bygger på flere utfordringer. Det siteres fra rapporten:

Partnerskap mellom fylkeskommunene og kommunene bygger vanligvis på avtaler som fylkeskommunene for en stor del utformer. De velger fokusområder, som kommunene må adoptere, og de legger føringer på hvordan midlene som kanaliseres gjennom partnerskapet, skal brukes.

Flere av informantene i kommunene opplevde det derfor som et paradoks at en kalte samarbeidet for partnerskap, samtidig som fylkeskommunen ensidig satte svært detaljerte krav til satsingsområder og innholdet i partnerskapsavtalene, og til bruken av de økonomiske virkemidlene (Ouff et al. 2010: 31)

Samtidig peker Andersen og Røiseland på den symbolske og retoriske appell som partnerskapet kan ha som begrep. Ambisjonene med partnerskap kan vise seg å være langt

større enn hva som er mulig i praksis, både når det gjelder forpliktelse, iverksetting og effekter (Andersen og Røiseland 2008: 16).

2.2 Risikofaktorer

Östhol og Svensson (som sitert i Higdem 2009: 63) har identifisert tre nødvendige betingelser for at partnerskap skal føre til regional utvikling: inkludering (at relevante aktører deltar i partnerskapet), etterprøvbarehet (partnerskapet ligger utenfor den folkevalgte styringskjeden og må derfor etablere systemer som sikrer folkevalgt kontroll) og gjennomføringskraft (evne til å etablere felles utviklingsstrategier og mobilisere ressurser). I tillegg legger Higdem til handlingsrom (i hvilken grad har partnerskapet og fylkeskommunene (og kommunene) påvirkningsmuligheter på regional utvikling).

Regionale partnerskap har i stor grad vært rituelle (Higdem 2009: 103).

Partnerskapsdeltakerne betrakter partnerskapet som en pragmatisk tilnærming der den reelle forandringen fra vanlig samarbeid er liten (Higdem 2009: 109). Begrunnelsen for å inngå partnerskap kan også være knyttet til generelle forventninger i omgivelsene om at man bør samarbeide på denne måten (Sandersen og Bay-Larsen 2008:163, Røvik 2009:360–361). Det behøver nødvendigvis være en felles, enkel og instrumentell rasjonalitet som ligger til grunn for partnerskapet. De reelle motivene behøver ikke være de samme som de som fremmes offentlig (Sandersen og Berg-Larsen 2008: 163).

Partnerskapsdeltakernes rolleforståelse kan ha stor betydning for hva de bidrar med inn i partnerskapet (Monsen og Sundet 2008: 90–92). Det vil blant annet ha stor betydning om partnerskapets agenda er rettet mot primæroppgavene til partnerorganisasjonen. Hvis så ikke er tilfellet, vil oppgavene kunne betraktes som pseudoaktiviteter der deltakerne ikke inntar aktive prosessroller. Hvis ikke deltakerne føler at de har noe eiendomsforhold til eller spesiell kompetanse på området (langt fra kjerneteknologien i partnerorganisasjonen) vil energien og forpliktelsen som den enkelte legger inn i partnerskapet bli deretter. Det kan også være rollekonflikter, for eksempel mellom partnerorganisasjonens og partnerskapets interesser, og der statlig organer har oppgaver både som formidler av nasjonal politikk og har en tilsynsrolle.

Partnerskap for folkehelse dreier seg om forpliktende tverrfaglig og sektorovergripende samarbeid på regionalt og kommunalt nivå som i sitt vesen er samfunnsutviklingsarbeid (Amdam og Bergem 2008: 12). Folkehelsearbeid vil derfor i stor grad dreie seg om politikkkutforming der oppbygging av institusjonell kapasitet vil være sentralt.

Det må være en gjensidig forståelse mellom partene i partnerskapet om at de kan oppnå mer sammen enn hver for seg. Men det vil være en risiko for at konfliktsaker kan bryte ned tilliten mellom partene (Amdam og Bergem 2008: 21). Samholdet kan styrkes av at de har tilgang til ressurser i partnerskapet. Samtidig er det viktig at partnerne har de nødvendige fullmakter til å fatte beslutninger fra sine eventuelle medlemsorganisasjoner.

Amdam og Bergem (2008: 30) peker på noen sentrale variabler i utviklingsprosessene der planlegging er verktøy for å få til kommunal og regional endring. Det antas at dette også vil være relevant for partnerskapene når de skal gi innspill til planarbeidet. Han peker blant annet på:

Organisasjonsvariabelen

Dette går på hvem som deltar i partnerskapet og at en får til et organisert samarbeid på tvers av etablerte organisasjonsgrenser.

Gjennomføringsvariabelen

Dette går på om partnerskapene har tilstrekkelig kapasitet og virkemidler til oppfølging og iverksetting av tiltak.

2.3 Oppsummering analytiske kjerneelementer

Her oppsummerer jeg kjennetegn på partnerskap og risikofaktorer under paraplyen analytiske kjerneelementer:

- De deltakende partene har status av prinsippal det vil si at de er i stand til å treffe forpliktende beslutninger på vegne av andre. Men denne statusen behøver ikke være absolutt eller udiskutabel..
- Partnerskapsarrangementet har en viss varighet og stabilitet.
- Deltakerne i partnerskapet må bidra med noe. Dette kan være både materielle og immaterielle ressurser.
- Samarbeid mellom uavhengige aktører som fremmer egne interesser, men som samtidig er villige til å inngå kompromisser. Dette forutsetter en viss grad av likeverdighet mellom partnerne.
- Partnerskapet er etablert etter forhandlinger og kjøpslåing for å oppnå enighet og etablere felles mål.
- Partnerskapet har politiske bindinger, og bygger på formelle avtaler og juridisk bindende signerte kontrakter.

- Deltakerne i partnerskapet overdrar myndighet til styret eller rådet for partnerskapet, og sistnevnte styrer på grunnlag av avtalene og kontraktene. Partnerskap er derfor en type avtalebasert samstyring.

Risikofaktorer

- Liten forskjell fra vanlige samarbeidsavtaler (Opprettes som svar på generelle forventninger i omgivelsene).
- Partnernes agenda er ikke rettet mot primæroppgavene til partnerskapsorganisasjonen (pseudoaktiviteter; ikke aktiv prosessrolle)
- Gjensidig forståelse mellom partnerne om at de oppnår mer sammen enn hver for seg. Dette forutsetter tillit mellom partnerne. Konfliktsaker kan bryte ned denne tilliten. Samholdet kan styrkes ved at partnerskapet har tilgang til ressurser. Dette kan være både materielle og immaterielle ressurser.
- Arbeidet i partnerskapet må skje på tvers av etablerte organisasjonsgrenser
- Partnerskapet må ha tilstrekkelig kapasitet og virkemidler til oppfølging og iverksetting av tiltak

2.4 Utfordringer med resultatmåling

Uavhengig av hvor gode prosessene i partnerskapet har vært, det vil si at praksis i stor grad har sammenfalt med de analytiske kjerneelementene i teorien, vil det være viktig å evaluere resultatene ut i fra et normativt perspektiv (Røiseland og Vabo 2012: 137).

Det kan være vanskelig å beskrive partnerskap og hvor avgjørende vår fortolkningsramme er for hva vi ser og overser fordi resultatene ofte er uklare, og det er ofte uenigheter mellom aktørene om effekter (Saxi 2008: 116).

Det er en tendens i samstyringslitteraturen at den i for stor grad har vært opptatt av å redegjøre for de positive effektene av styringsformen på et generelt og teoretisk plan, mens årsakene til at den har lyktes eller ikke lyktes i virkeligheten, har det blitt forsket mye mindre på (Røiseland og Vabo 2012: 112). Det kan derfor være vanskelig å finne klare suksesskriterier, og det vil ofte vil være nokså kontekst- og situasjonsavhengig hvilke resultater som kommer ut av denne styringsformen (Andersen og Røiseland 2008: 23).

Vurdering av resultater vil også avhenge av hvilke øyne som ser: Om det er samfunnet, partnerskapet som sådan eller den enkelte partnerskapsdeltaker som vurderer (Provan og Milward som sitert i Røiseland 2008: 112). Men en kan alltid stille spørsmålet, som ikke alltid er lett å svare på: Ville tiltak bli iverksatt uavhengig av partnerskapet (Røiseland 2008: 109)?

Røiseland og Vabo viser til to viktige bidragsytere når det gjelder evaluering av samstyring. Kenis og Provan (som sitert i Røiseland og Vabo 2012: 112) «argumenterer for en generell tilnærming tilpasset konteksten det studeres innenfor der ethvert kriterium ut fra et normativt ståsted i utgangspunktet kan benyttes, men der noen kriterier ut fra sammenhengen vil være mer interessante enn andre. Koppenjan, Sørensen og Torfing (som sitert i Røiseland og Vabo 2012: 112) mener derimot at evalueringen må skreddersys ut fra hva den bestemte styringsformen i beste fall kan bidra med. Det første bidraget har derfor et pluralistisk ståsted der det ikke er noe kriterium som er irrelevant i utgangspunktet, mens det andre bidraget anfører at den bare er et gitt sett av kriterier som i utgangspunktet er relevante (Røiseland og Vabo 2012: 121).

Kenis og Provan (som sitert i Røiseland og Vabo 2012:122–127) peker på noen strukturelle variabler som er avgjørende for hvilke evalueringskriterier som vil være passende. Disse er ledelse, om samstyringen er frivillig eller pålagt og hvilke livssykluser samstyringen befinner seg i. Det vises blant annet til at det er urimelig å vurdere effektivitet hvis nettverket har delt ledelse, og at høy grad av involvering fra partenes side ikke kan forventes når samstyringen er styrt av en sentral samarbeidspartner. Videre anføres at pålagt samstyring i utgangspunktet har en høy ekstern legitimitet, men at den interne legitimiteten bli lav da en normativ plattform mangler med en felles positiv oppfatning av samarbeidet blant partene, med tilhørende forankring i egen organisasjon. Til slutt sier det seg selv at spesifikke kriterier vil avhenge av hvilken fase samstyringen befinner seg i.

Graden av resultatoppnåelse vil i utgangspunktet være det mest vanlige kriteriet for om samstyringen har vært vellykket. Dette vil avhenge av om resultatet stemmer overens med målet og om resultatet følger av innsatsen (Røiseland og Vabo 2012: 115). Men dette er et instrumentelt utgangspunkt som kan være lite forenlig med det spesielle med samstyring som styringsform. For det første fastsettes ikke målene i forkant, men skal utvikles som en del av samstyringsprosessen, slik at en kommer fram til mål som alle parter er enige om (Ibid.: 117). Selv om det er fastsatt predefinerte mål er derfor disse ikke gitt en gang for alle. Samstyring skal bidra til proaktivitet og fleksibilitet og vil derfor være en dynamisk prosess der også mål kan endres underveis (Ibid.: 118). Det ligger i samstyringens karakter at de enkelte partene har forskjellige forventninger, interesser og oppfatninger. Komplekse resultater av innsatsen kan derfor vanskelig fanges opp av et ensidig instrumentelt perspektiv (Ibid.: 118).

Til slutt litt om folkehelse og dette områdets spesielle karakter. Folkehelsearbeid er i sin karakter forebygging. Fordi eventuelle resultater kommer lenge etter at tiltak er satt i verk, er

effektmålinger av forebyggende arbeid, og også tolkningen av disse, spesielt utfordrende (Ouff et al. 2010: 76). I tillegg kan det også være vanskelig å peke på årsakssammenhenger da det kan være så mange andre faktorer som spiller inn (Ibid.: 76). Folkehelsearbeidet skal videre være tverrsektorielt da folkehelsen påvirkes i stor grad av forhold som ligger utenfor helsesektoren (Dokument 3:11 2014-2015: 51). Det vil si at det nødvendigvis vil være utfordringer med tiltaksrapportering og resultatmåling som et eget område.

3 Metode

3.1 Valg av forskningsmetode

I denne oppgaven skal jeg som nevnt studere fenomenet partnerskap som styringsform, med folkehelse som case. I dette kapitlet redegjøres det for hvordan problemstillingen er besvart.

Jeg har valgt kvalitativ metode da jeg har ønsket å gå i dybden på et fenomen og hvordan den subjektive oppfatningen av dette fenomenet kan forstås. En klarer ikke å fange opp de subjektive forståelsene av fenomenet ved å bruke en kvantitativ tilnærming.

Makroperspektivet kan kun gi en generell forståelse. Siden jeg ikke er interessert i det overordnede bildet, men heller å forstå prosessene bedre gjennom samtaler i en intersubjektiv og kontekstuell sammenheng som gir en større nærhet til undersøkelsesobjektene, er en kvalitativ undersøkelse mest hensiktsmessig. Jeg har derfor valgt intervjuer som hovedmetode for innsamling av data.

Samtidig erkjennes at min måte å forstå virkeligheten på, som blant annet vil være en konsekvens av min yrkesbakgrunn, vil gjenspeile min perspektivmessige forankring. Jeg har derfor ingen ambisjoner om å framstille den hele og fulle virkeligheten med partnerskapene (Tjora 2017: 34).

3.2 Intervjuer

Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå fenomenet fra informantens eget perspektiv ved å få beskrivelser fra den intervjuedes livsverden, for deretter å fortolke disse beskrivelsene. (Kvale og Brinkmann 2009: 44, 137). Det blir derfor viktig å få fram meninger, holdninger og erfaringer fra personer som kjenner fenomenet (Tjora 2017: 114, Kvale 2009 45–46), i dette tilfellet personer som har vært direkte delaktige i partnerskapsarbeidet.

Jeg valgte å bruke en strukturert intervjuguide fordi betydningen av partnerskap som styringsstrategi og strategi for problemløsning for flere av informantene vil være noe fjernt og teoretisk, og at det derfor er lett for informantene å snakke generelt om folkehelse i stedet. Emnet forutsetter derfor god struktur i intervjusituasjonen. Men allikevel var jeg nøye med å stille oppfølgingsspørsmål der jeg anså dette som nødvendig. Fordelen med strukturert intervju er at det er lettere å kategorisere og analysere informantenes fortellinger enn ved mere ustrukturerte intervjuer (Mehmetoglu 2004: 69). Ulempen er at en kan gå glipp av viktige fortellinger som ikke er tenkt på i intervjuguiden.

Intervjuguiden, jf. vedlegg 1, er for en stor del utarbeidet på grunnlag av partnerskapsteori og følger av tre underproblemstillinger med forskningsspørsmål. I analysefasen ble to av problemstillingene slått sammen og ytterligere konkretisert, jf. pkt. 3.5 Analysestrategi. For intervjuer med partnere utenfor kommunene ble intervjuguiden noe modifisert ved at enkelte spørsmål ikke var relevante for denne gruppen. Det er derfor her ingen tvil om at teorien i stor grad har lagt føringer for spørsmålene i intervjuguiden (Tjora 2017: 36). Intervjuene skjedde med ett unntak på respondentenes arbeidssted i perioden september-oktober 2015. Siste intervju ble foretatt oktober 2016 som et telefonintervju. Alle intervjuer ble tatt opp på bånd.

Formålet med undersøkelsen tilsa ikke en "ordrett transkribering av intervjuene med alle gjentakelser og med registrering av alle "eh"-er og liknende" (Kvale og Brinkmann 2009: 189–190). Mitt utgangspunkt har vært en positivistisk intervjuform der formålet er å få fram erfaringer med partnerskapet. Teksten som kommer fram i intervjuene har derfor ingen interesse utover dette. Dette i motsetning til et diskursivt intervju der en ikke er ute etter å avgjøre om noe er sant utenfor teksten og som derfor kun er rettet mot det språklige og sosiale samspillet i intervjuet (Ibid.: 322). Transkriberingen ble allikevel lagt tett opp til hva informantene uttrykte. Dette var blant annet viktig for å kunne bruke sitater.

3.3 Valg av informanter

Det er fra hvert av to fylker valgt ut to kommuner og to eksterne aktører (én frivillig aktør og én statlig regional aktør) som har hatt eller har partnerskapsavtale. Noen fylkeskommuner har regionale tverrsektorielle partnerskap. Jeg bestemte meg for kun å velge ut partnerskap som går spesifikt på folkehelse. Dette for å få mest mulig sammenlignbare partnerskap. Tiltaket «partnerskap og folkehelse» er studieobjektet eller caset.

Jeg hadde på forhånd samtaler med syv fylkeskommuner der hovedformålet var å få tilbakemelding på om det er realistisk å få inn informasjon fra andre partnerskapsdeltakere enn fylkeskommunen og kommunene. I tillegg oversendte jeg også problemstillingen med underproblemstillinger til én fylkeskommune for å få tilbakemelding på om disse var relevante, og fikk bekreftet at det var de. Når det gjelder førstnevnte utfordring om informasjonsinnhenting fra partnerskapsdeltakere utenom fylkeskommunen og kommunene, fikk jeg ikke en klar respons på realismen i dette. En fylkeskommune uttalte at det kan være vanskelig å innhente erfaringer fra kommunene i ettetid, og at det kan være spesielt krevende å få relevant informasjon fra andre partnerskapsdeltakere enn kommunene da partnerskapet for dem ikke er noen vesentlig del av arbeidshverdagen.

På bakgrunn av Riksrevisjonens spørreundersøkelse til alle landets fylker og kommuner (Dokument 3:11 2014–2015) bestemte jeg meg for å velge ut to fylker (ett med partnerskapsavtale og ett som ikke har avtale, men har hatt det før). Bakgrunnen for å velge ett fylke med partnerskapsavtale og ett som ikke har avtale, men har hatt det før, var et ønske om å få variasjonsbredde for de dimensjonene jeg skulle studere (Tjora 2017: 133).

Blant fylkeskommuner som har partnerskapsavtale var det en fylkeskommune som tidlig pekte seg ut som en aktuell kandidat. Denne antakelsen ble underveis forsterket. Jeg fikk god kontakt med rådgiver i planavdelingen som var positiv til å bli «kikkert i kortene». Her kan det innvendes at jeg velger en fylkeskommune som i utgangspunktet kan synes å framstå som en organisasjon der partnerskapet har fungert godt. Jeg synes det er viktig for legitimiteten til undersøkelsen at en har mest mulig variasjonsbredde, og at en unngår å bli beskyldt for strategisk tilnærming mot bestemte funn. I Riksrevisjonens spørreundersøkelse ble fylkeskommunene stilt spørsmål om hvor viktig partnerskapet for folkehelsen var for dem. Det var kun fire fylkeskommuner som ikke lenger hadde noen former for partnerskap på folkehelseområdet¹. Jeg valgte da ut den ene fylkeskommunen som svarte at partnerskapet var ansett som lite viktig. Formålet var som kjent å få et bredest mulig perspektiv på fenomenet. Utvalget er derfor klart formålsbestemt uten sannsynlighetsutvelging og mål om representativitet (Mehmetoglu 2004). Et komparativt casedesign var mindre aktuelt da det kunne være mange årsaker til at partnerskapet var avvirket. Som tidligere nevnt er det fra hvert fylke valgt ut to kommuner og to eksterne aktører som har hatt eller har partnerskapsavtale. Utvalget er presentert i tabellen nedenfor.

¹ Her må det tilføyes at partnerskap ikke er noe klart avgrenset begrep. I dag kan det for eksempel benevnes som samarbeidsavtaler som i realiteten skiller seg lite fra det som tidligere ble kalt partnerskap. Men jeg har valgt å ta utgangspunkt i formelle avtaler som har partnerskap i navnet.

Undersøkelsesutvalg - anonymisert			
Enheter	Informanter	Enheter	Informanter
Fylkeskommune A (med tidligere partnerskap)	Folkehelsekoordinator	Fylkeskommune B (med partnerskap)	Folkehelserådgiver
Kommune A1 (middels stor landkommune)	Kommuneoverlege	Kommune B1 (bykommune)	Folkehelserådgiver
Kommune A2 (stor landkommune)	Helsesjef	Kommune B2 (liten landkommune)	Helse- og omsorgssjef
NAV fylke	Fylkesdirektør	Regional enhet	Utgikk
Idrettskretsen	Organisasjonssjef	Nasjonalforeningen for folkehelsen	Daglig leder (fylkeskontoret)

Som det framgår av tabellen er alle utvalgte enheter anonymisert i teksten. Det ble innhentet godkjenning fra Personvernombudet om behandling av personopplysninger, jf. vedlegg 2. I forespørselen om deltakelse som ble sendt mulige respondenter og som bygger på en standard utarbeidet av Personvernombudet, ble det opplyst at alle enheter og personer ville bli anonymisert i den publiserte masteroppgaven. Dette var ikke begrunnet med at det ble samlet inn sensitive personopplysninger, men ved anonymisering antok jeg at informantene i større grad ville snakke fritt om temaet og forholdet til de andre partnerne. Den regionale aktøren i fylkeskommunen med partnerskap, trakk seg fra intervjuet. Det ble ikke satt opp noe nytt intervju med en annen regional aktør. Det er derfor gjennomført ni intervjuer til sammen.

Jeg tok først kontakt med de to utvalgte fylkeskommunene ved de personene som hadde hovedansvaret for folkehelseområdet. Jeg vurderte også andre informanter (rådmenn mv.), men kom fram til at det var viktigst å få personer i tale som hadde direkte erfaringer med partnerskapet. Dette gjaldt også for de andre partnerskapsdeltakerne. For kommunene gjelder dette personer med et dedikert ansvar for folkehelseområdet. Fylkeskommunene kom med forslag til aktuelle partnerskapsdeltakerne og aktuelle informanter blant disse. Jeg valgte fritt blant disse. Det kan være en svakhet at fylkeskommunen var så styrende for utvalget. På den

annen side var jeg avhengig av å få informanter som hadde noe å meddele og var positive til undersøkelsen. For det fylket som hadde avsluttet partnerskapet, var jeg også avhengig av å få intervju personer som hadde erfaring fra tiden med partnerskap. Alle informantene var positive i intervjusituasjonen. Jeg la vekt på en innledning der jeg redegjorde for undersøkelsen, at det var full anonymitet og at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen. På forhånd hadde jeg kontaktet alle informanter på telefon der jeg redegjorde for undersøkelsen, med etterfølgende skriftlig forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet, jf. vedlegg 3.

3.4 Dokumentanalyse

For den kommunen som har avsluttet partnerskapet

Jeg har analysert partnerskapsavtalene, som for kommunene i utgangspunktet gjaldt for perioden 2006–2008, men som ble prolongert fram til partnerskapet ble avsluttet i 2011. Jeg har også analysert invitasjonsbrevet som ble sendt ut til kommunene for partnerskap i lokalt folkehelsearbeid for perioden 2010–2014, med søknadsfrist 15. januar 2009. Her framgår blant annet fylkeskommunens krav til oppgave- og ansvarfordeling mellom partnerne. I tillegg har jeg analysert fylkeskommunens tilsagnsbrev til en av kommunene om midler til folkehelsearbeid i 2011, der det ønskes tilbakemelding om en del konkrete forhold om partnerskapet.

For den kommunen som fortsatt har partnerskap

Her er også partnerskapsavtalene analysert. Disse gjelder for perioden 2013–2017. Regionplan for folkehelse 2013/2017 er analysert. I tillegg er fylkeskommunens saksutredning for regionalt folkehelsearbeid, som omhandler budsjett og tiltak for 2016 vedrørende eget og partnernes folkehelsearbeid, analysert. Saksutredningen er vedlagt et sammendrag av hovedpunkter fra partnernes rapportering på partnerskapet for 2015. I tillegg er en av partnernes innrapportering for 2015, analysert. Tilslutt har jeg analysert en partners anmodning om utbetaling av partnerskapsmidler for 2016, med budsjett for bruk av midlene.

Annet

For øvrig har jeg innhentet en kartlegging av fylkeskommunenes samarbeidsavtaler med kommunene om folkehelsearbeid, foretatt av folkehelseavdelingen i Nordland fylkeskommune. Formålet var å innhente status for de to utvalgte partnerskapene etter at folkehelseloven trådte i kraft.

3.5 Analysestrategi

Spørsmålene i intervjuguiden er organisert etter de tre problemstillingene: 1) Hva lå til grunn for etablering av partnerskapet 2) Hvordan har partnerskapet fungert? 3) Hvordan har partnerskapet virket inn på prioriteringene? Spørsmålene er gruppert etter mer detaljerte forskningsspørsmål som framgår av den vedlagte intervjuguiden. Spørsmålene i intervjuguiden ble lagt inn i en matrise sammen med informantenes svar i de transkriberte intervjureferatene. Dette er utgangspunktet for beskrivelsen av de to partnerskapene. I analyse- og skrivefasen ble underproblemstillingene 2 og 3 slått sammen, og enkelte av forskningsspørsmålene ble også slått sammen, noe omformulert eller utgikk. Grunnen til dette var en ytterligere tilpasning til teorien eller at datagrunnlaget var utilstrekkelig. Sistnevnte gjelder forskningsspørsmålet om mobilisering av innbyggerne og spørsmålet om innspill til planarbeidet. Den deskriptive delen av den kvalitative studien er organisert etter de justerte forskningsspørsmålene, og er med unntak av sitatene som er gjengitt ordrett, en tolkning av de transkriberte intervjuene. I analysedelen er empirien vurdert opp imot de teoretiske kjerneelementene som følger av forskningsspørsmålene.

3.6 Pålitelighet og gyldighet

Pålitelighet har med konsistens og troverdighet å gjøre og spørsmålet om hvorvidt en annen forsker kan reprodusere tilvarende resultater. Dette gjelder både for innhenting og analyse av data (Kvale og Brinkmann 2009: 250). Gyldighet er hvorvidt metoden er egnet til å undersøke det den skal undersøke. Det vil si om det er en logisk sammenheng mellom undersøkelsens utforming og funn, og de spørsmål man søker å finne svar på.

Det at intervjuene ble tatt opp på bånd, gjorde det mulig å legge fram direkte sitater, slik som informanten la det fram. Dette styrker påliteligheten da informantens «stemme» i større grad gjøres synlig helt fram til leseren (Tjora 2017: 237). Det er allikevel ingen selvfølge at transkripsjonen alltid er pålitelig. Fortolkningsrommet ved transkripsjoner kan være betydelig (Kvale og Brinkmann 2009: 192). Jeg brukte derfor lang tid på transkriberingen for å sikre at denne ble så korrekt som mulig. På den annen side kan en overdreven bruk av sitater framstå som anekdotiske, ved at spesielle informanter, som i liten grad er gode eksempler på gjennomgående funn, trekkes fram som interessante (Tjora 2017: 38). Jeg har ved presentasjonen av intervjuene prøvd å være balansert ved at både positive og negative erfaringer trekkes fram, men samtidig utelatt svar som er lite relevante for de forskningsspørsmål som stilles.

Når det gjelder utvalg av informanter kan det stilles spørsmål ved om dette gir et representativt bilde av partnerskapet. Alle informanter er dedikerte til området, og det er ikke sikkert at disse informantenes meninger er representative for hva andre grupper mener om partnerskapet. På den annen side er det disse informantene som har mest kjennskap til partnerskapet, og dermed også har størst forutsetninger for å mene noe om det.

Det er også problematisk at informantene fra det ene fylket som har avsluttet partnerskapet måtte hente fram erfaringer fra forhold som ligger langt tilbake i tid (fem år og lengre).

Retrospektiv informasjon vil alltid være mer usikker og dermed mindre pålitelig enn noe informantene har friskt i minne. Men utvalgsmetoden gjorde at dette var uunngåelig i dette tilfellet. Alternativt måtte jeg ha valgt ut to fylkeskommuner som begge hadde partnerskap. Dette er derfor et pragmatisk valg fra min side.

4 Empiri

4.1 Formål og oppbygging av kapitlet

Det framgår av kapittel 2.4 at det kan være vanskelig å måle resultater av partnerskap, og at de positive effektene av partnerskap ofte begrenser seg til det teoretiske planet. Samtidig presiseres det i litteraturen at partnerskapets spesielle karakter tilsier at resultatene ikke kan fanges opp av et ensidig instrumentelt perspektiv. Litteraturen viser videre til den symbolske og retoriske appell som partnerskap kan ha som begrep og at ambisjonene med partnerskap ofte er umulig å nå i praksis (Andersen og Røiseland 2008: 16, Higdem 2009: 103,109, Sandersen og Bay-Larsen 2008: 163, Røvik 2009: 360–361). Partnerskap kan få et rituelt preg der begrunnelsen for opprettelsen er generelle forventninger i omgivelsene og der det reelle innholdet i liten grad samsvarer med teorien. I erkjennelse av at det er vanskelig å måle resultater av partnerskap direkte, og at folkehelsearbeid er et meget bredt og komplekst område hvor resultatene ikke kan forventes å komme før langt inn i framtiden, har jeg med utgangspunkt i teoretiske perspektiver på partnerskap for en stor del valgt et prosessperspektiv for å måle hvordan partnerskapet har fungert. Eller sagt på en annen måte: Forutsetningen for at partnerskapet som sådan har betydd noe for folkehelsearbeidet, må være at det til en viss grad har fungert som et partnerskap etter teorien, det vil si at det er et visst sammenfall mellom de teoretiske kjerneelementene i styringsformen og praksis. Jeg erkjenner samtidig at til tross for at det vil kunne være et godt sammenfall mellom teori og praksis, er det ikke noen garanti for at måloppnåelsen er god. Ifølge Andersen og Røiseland (2008: 23) kan det være vanskelig å finne klare suksesskriterier for å få gode resultater ut av denne styringsformen.

Kapitlet er derfor strukturert etter de to underproblemstillingene med forskningsspørsmål, som i stor grad bygger på de teoretiske kjerneelementer i partnerskap som framgår av kapittel 2. De to siste kapitlene (4.3.3 og 4.3.4), omhandler partnerskapsmidlene og hva som konkret er oppnådd i folkehelsearbeidet som følge av partnerskapet. Først kommer jeg inn på den grunnleggende basisen for partnerskapene, nemlig avtalene og målet med partnerskapene.

4.2 Legger de grunnleggende forutsetningene for partnerskapet til rette for partnerskapsstyring?

4.2.1 Partnerskapsavtalene og målet med partnerskapet

Fylkeskommune A etablerte de første partnerskapene i 2006. Innholdet i avtalene med kommunene var like. Dette skjedde i kjølvannet av Stortingsmelding nr. 16 (2002–2003) *Resept for et sunnere Norge* der partnerskapsmodellen ble skissert. Dette var også i tråd med

at fylkeskommunen fikk partnerskapsmidler fra Helsedirektoratet. Informanten for Fylkeskommune A uttaler at hovedformålet med å inngå partnerskapsavtaler var en oppfølging av folkehelsemeldingen. Det handlet om å sette folkehelse mer på dagsorden og understøtte kommunene i dette arbeidet, også økonomisk.

Partnerskapsavtalene ble ikke reforhandlet etter at de første avtalene utløp i 2008, men dette betydde ikke at partnerskapene ble avvirket. Forholdet mellom fylkeskommunen og partnerskapskommunene ble da regulert i tilsagnsbrevet om partnerskapsmidler (Fylkeskommune A 2011)². Partnerskapene med kommunene ble avsluttet i 2011. Fylkeskommunen hadde da partnerskapsavtaler med 17 av fylkets 26 kommuner. I tillegg var det inngått avtaler med to regioner, to regionale enheter og tre frivillige organisasjoner. I avtalene med kommunene var også Fylkesmannen avtalepart.

Fylkeskommune B etablerte også partnerskap for folkehelse fra 2006. I 2010 var seks kommuner med. Høsten 2015 var alle kommuner med. Ifølge informanten for Fylkeskommune B har dette vært en målsetning hele tiden, men det har krevd litt modning. Fylkeskommunen har med dette 26 kommuner og 11 frivillige aktører med i partnerskapet. I tillegg har den med 10 regionale aktører. Det er også inngått samarbeid med Kommunenes Sentralforbund (KS) og Fylkesmannen. Alle avtaler ble reforhandlet eller var nye i 2013 og gjelder ut 2017. Fylkeskommune B operer også med standardavtaler til henholdsvis kommuner, frivillige aktører og regionale statlige enheter. Fylkeskommunen uttaler at avtalene er utarbeidet i sammen med partnerne, og at de har hatt dem på høringer dem imellom

Partnerskapsmidlene som er utbetalt fra de to utvalgte fylkeskommunene til de respektive partnerskapskommunene ligger på pluss minus 100 000 kroner årlig.

Hvem inviteres inn i partnerskapet?

Når det gjelder hvem som inviteres inn i partnerskapet uttaler informanten for Fylkeskommune A at invitasjonsbrev gikk ut til alle kommunene, selv om vedkommende er noe usikker på hvor ofte dette skjedde i starten. I tillegg ble det også holdt samlinger for alle kommunene hvor det ble snakket om partnerskapsavtaler. Fylkeskommunen skulle samkjøre folkehelsearbeidet i Fylkeskommune A. Da var det viktig også å ha med andre aktører enn kommunene. «Fylkeskommune A-resepten» kom forut for den regionale fylkesplanen og var

² Dette er kun et eksempel på et tilsagnsbrev som kom senere, og ikke en av de første etter at avtalene utløp i 2008.

en slags fylkesplan for folkehelsesatsningen. Folkehelseforum var en sammensetning av partnere som bestemte hva partnerskapsavtalene skulle inneholde.

Fylkeskommune A stiller spørsmålet om hvem som skulle få partnerskap. Den hadde en ramme. Alle frivillige aktører kunne ikke bli invitert. Hvis man skulle ta noen inn, måtte man kanskje ta noen ut.

Informanten for Fylkeskommune B uttaler at det sier seg selv at alle kommunene blir invitert. De frivillige aktørene velges litt på bakgrunn av tidligere samarbeid og hva som er utfordringene i fylket. Blant annet så trenger fylkeskommunen aktører som har med psykisk helse å gjøre.

I partnerskapsavtalen mellom Fylkeskommune A og Kommune A1 (Fylkeskommune A og Kommune A1 2006), som også inkluderte Fylkesmannen, går det fram at partnerne skal bidra til et langsiktig engasjement vedrørende arbeid med folkehelse slik at innbyggerne skal oppnå en best mulig helse og oppleve en positiv hverdag. Det presiseres at folkehelsearbeid favner langt bredere enn helsesektorens ansvarsområde, og at det derfor krever samarbeid på tvers av sektorer og nivå, samt mellom offentlige, private og frivillige aktører.

Det framgår av planen at Fylkeskommune A skal legge føringer for arbeidet med folkehelse i fylket i samsvar med nasjonale satsninger, og at kommunen skal vurdere folkehelsehensyn i alle planer hvor kommunen er aktiv deltaker. Fylkeskommunen skal på sin side sikre ressurser til administrasjon og organisering av det lokale folkehelsearbeidet med et minimumsbeløp årlig avhengig av kommunens størrelse. Ifølge avtalen skal det utarbeides en årlig rapport som synliggjør resultater som oppnås gjennom partnerskapsavtalen i samsvar med ansvars- og oppgavefordeling.

I tilsagnsbrevet til Kommune A2 for 2011 (Fylkeskommune A 2011), der de siste partnerskapsmidlene ble utbetalt, står det ikke så mye om hva partnerne i fellesskap skal bidra med. Kommunen blir bedt om å rapportere på spørsmål om hvordan de ivaretar folkehelsearbeidet.

Partnerskapsavtalen med NAV som ble inngått i 2007 og avsluttet i 2011, hadde hovedoppmerksomheten på arbeidslivet og dens betydning for folkehelsen (Fylkeskommune A og NAV fylke 2007). Formålet med avtalen med Idrettskretsen som ble inngått i 2010, og som senere ble implementert i ordinær avtale med Idrettskretsen var at partnerne skulle bidra til et langsiktig engasjement i arbeid med folkehelse, og da primært fysisk aktivitet for alle grupper og nivåer (Fylkeskommune A og Idrettskretsen ingen dato). Avtalen skiller seg fra

avtalene med kommunene ved at den økonomiske overføringen til folkehelse er spesifisert med et minimumsbeløp som utgjør under ti prosent av det totale beløpet som skulle overføres til Idrettskretsen. I den generelle partnerskapsavtalen som Fylkeskommune A i dag har med NAV fylke, ligger det ifølge informanten ikke lengre noen spesielle føringer som går på folkehelse. Tilsvarende ligger det i avtalen med Idrettskretsen ifølge denne informanten kun inne en generell formulering om at partene ønsker å samarbeide om folkehelsearbeid

Regionalplan for folkehelse i Fylkeskommune B 2013 – 2017 ble vedtatt i fylkestinget i desember 2012 (Fylkeskommune B 2012). Planen gjelder til og med 2017 og er førende for regionalt og lokalt folkehelsearbeid i fylket. Det framgår av planen at dens mål, strategier og tiltak skal forankres i alle partnerskapsavtaler. Ifølge Fylkeskommune B's saksutredning til regionalt folkehelsearbeid - budsjett og tiltak for 2016 (Fylkeskommune B 2016), er mål og strategier i planen utarbeidet på bakgrunn av lokalt utfordringsbilde, innspill fra partnerskapet for folkehelse, innspill fra egen organisasjon og et utvalg av elever i videregående skole, samt kunnskap om hvilke tiltak som kan forventes å ha helsefremmende og forebyggende effekt.

Hovedmålet er å:

- Fremme god helse og utjevne sosiale helseforskjeller
- En styrket politisk og administrativ forankring av folkehelsearbeidet
- Et mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Satsningsområdene i planperioden er aktive og trygge lokalsamfunn i arealplanleggingen, støttende miljø for psykisk helse og sunne levevaner.

Det framgår av standardmalene for partnerskapsavtalene (Fylkeskommune B 2013a, 2013b) at hovedformålet med partnerskapet er å samordne folkehelsearbeidet i fylket og bidra til å oppfylle hovedmålene i den nasjonale og regionale folkehelsepolitikken, om å fremme god helse og utjevne sosiale forskjeller. Avtalene skal konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen mellom avtalepartene i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. I avtalene vises det også til at partnerskap som samarbeidsform har mange fordeler:

- Det sikrer en samordning av folkehelsearbeidet i Fylkeskommune B gjennom avtalefesting av felles innsatsområder og innsatsfaktorer for arbeidet
- Det bidrar til å sikre robuste prosjekter, faglig råd og veiledning, samt styrings- og økonomihjelp

- Partnerskapet legger til rette for en felles arena for erfaringsutveksling og kompetanseheving, der de ulike aktørene kan få innspill og veiledning til lokale tiltak og arbeidsmetoder
- Partnerskapet pålegger fylkeskommunen og kommunene en forpliktelse til å ivareta folkehelse i den kommunale planleggingen

Ifølge avtalene har Fylkeskommune B et ansvar for å samordne og understøtte det lokale folkehelsearbeidet gjennom å ha ledelsen i partnerskapet og utvikle dette videre. Det har videre ansvaret for å bevilge årlige midler til aktørene i partnerskapet. Nivået på tildelingene vil være avhengig av politiske prioriteringer. Kommunene skal ifølge partnerskapsavtalen årlig utarbeide en handlingsplan i form av en oversikt over hvilke konkrete kunnskapsbaserte tiltak kommunen vil prioritere for å løse lokale folkehelseutfordringer. Handlingsplanen bør behandles politisk og beskrive planlagte aktiviteter, ansvarsfordeling, tidsplan, opplegg for evaluering og budsjett for gjennomføring.

I standardavtalen for organisasjoner framgår det at organisasjonen skal utarbeide en årlig oversikt med budsjett som beskriver hvordan og til hvilke tiltak og aktiviteter midlene skal brukes.

Felles for alle avtalene gjelder at det stilles krav om at det skal utarbeides årlig rapport fra det lokale folkehelsearbeidet som synliggjør resultater som oppnås gjennom partnerskapsavtalen i samsvar med oppgave- og ansvarsfordeling.

4.2.2 Er partnerne likeverdige?

Flere av de intervjuede mener at hovedformålet med partnerskap som organisasjonsform er at man gjennom gjensidig og likeverdig samarbeid kan arbeide mot et felles definert mål.

Da det kan være vanskelig å skille partnerskap fra andre samarbeidsformer, ble det spurt om hva dette skillet går ut på. Flere av informantene i de to partnerskapene la vekt på at partnerskap i større grad enn andre former for samarbeid kjennetegnes av likeverdighet og gjensidighet, og at de er formaliserte og forpliktende. Informanten for Fylkeskommune B viser til at partnerskap er inspirert av empowerment-tenkningen og at meningen er å finne synergier, samtidig som det er administrativt og politisk forankret. Men det er ifølge informanten ikke til å legge skjul på at selv om fylkeskommunen ikke har styringsmyndighet, så er ikke partnerne helt likeverdige. Men det tilstrebes likeverdighet i tilnærmingen.

Informanten for Fylkeskommune A stiller spørsmål ved om det var et likeverdig partnerskap

fordi den ene (fylkeskommunen) gir penger og de andre partnerne kvitterer, og så skal de levere.

Informanten for Kommune A1 uttrykker seg slik om partnerskap og andre former for samarbeid:

På den operative siden brukte jeg lang tid på å skjønne denne forskjellen. Men det er vel gjensidigheten i partnerskap og det ligger vel implisitt i uttrykket at hvis du gjør litt og jeg gjør litt, så gjør vi noe mer sammen. Samarbeidsavtaler er vel litt mer subjekt-objekt, kan i hvert fall være. Partnerskapsavtalen blir litt mer høytid. Vi inngår noe mer enn det som ligger i en vanlig samarbeidsavtale, vi skal skape noe sammen. Våre erfaringer kommer da også fylkeskommunen til gode gjennom for eksempel strategiske planer for folkehelse i fylket. Så kanskje gjensidigheten er lettere å være bevisst på i en partnerskapsavtale enn om man bare kaller det en samarbeidsavtale som ikke er fullt så forpliktende.

En annen informant (Kommune B1) uttaler at: *Det er større frihet i et partnerskap enn i andre typer samarbeid. Vi får arbeide med rammer som passer kommunens utfordringer uten hensyn til andre kommuners behov.*

Flere av kommunene viser til viktigheten av å tilhøre et nettverk som kan være til støtte for den som er satt til å fremme folkehelsearbeidet i kommunen.

Målene i partnerskapsavtalene har i liten grad endret seg underveis. Arbeidet med folkehelse hjemles i folkehelseloven. Ifølge informanten for Fylkeskommune B er folkehelsearbeidet styrt fra sentrale myndigheter., og det er lovgivningen som ligger bak målet for partnerskapene med kommunene. For en frivillig organisasjon er det ifølge informanten mer opp til deres ståsted og deres visjoner, verdier og målsetninger. Ifølge informanten er partnerskap som arbeidsmetode veldig gunstig for å ivareta lovverket. Hun vet ikke helt hvilken annen form en kunne bruke.

Ifølge informanten for Fylkeskommune A kunne kommunene i Fylkeskommune A før folkehelseloven kom (Helsedirektoratet 2011a) velge ut to til fire satsningsområder innenfor en fastlagt ramme. I utgangspunktet var Fylkeskommune A en fysak-kommune³. Grunnen til at man utvidet var at en ønsket oppmerksomhet på andre områder enn fysisk aktivitet. Man

³ FYSAK er en del av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet som skal ha fokus på tilrettelegging for og utvikling av aktivitetstilbud på ulike arenaer med lav terskel for å delta. Viktige arenaer for FYSAK er skole, arbeidsplasser, helse- og sosialtjeneste, fritid og nærmiljø. Kilde: <https://www.nord-aurdal.kommune.no/tjenester/helse/folkehelse/fysisk-aktivitet/fysak-kommune.aspx>.

ønsket et mer tverrfaglig perspektiv. Det ble mer bredde etter hvert. Fylkeskommunen fikk veldig god oversikt på status ute i kommunene og hva de ønsket. Denne rapporteringen har ikke fylkeskommunen i dag. Ifølge informanten for Fylkeskommune A skulle den regionale planen være en felles plan, men i realiteten ble det veldig mye hva fylkeskommunen for egen del skulle gjøre i folkehelsearbeidet. Noen av kommunene ville ha seg frabedt å bli styrt.

Dette blir mer problematisert av en av kommunene som fortsatt har partnerskap, som uttaler at strategien i den regionale planen ikke gjenspeiles i partnerskapet eller i prioritering og satsning. På partnerskapssamlinger er det ofte helsevesenets bidrag i folkehelsearbeidet satsning på livsstilområder og ernæringsarbeid som blir hauset opp på bekostning av prosesser, argumentasjon, tydeliggjøring, organisering mv. Det er ifølge informanten like viktig å jobbe med strukturer for å få folkehelse innarbeidet på alle sektorer.

Informanten for Kommune A2 uttaler til spørsmålet om likeverd mellom partnerne: *Den har jeg litt problemer med å svare på så lang tid etterpå. Men jeg tror vi var invitert til mer enn det vi rakk over når det gjaldt deltakelse og tilbakemeldinger.*

Informanten for Idrettskretsen uttaler primært til dagens partnerskap med fylkeskommunen, som ikke går spesielt på folkehelse, at hovedformålet er å skaffe seg en ryggdekning fra fylket og en slags erklæring om at de ønsker det arbeidet Idrettskretsen driver med videre, og gi kretsen den økonomiske muligheten til å gjøre det. Idrettskretsen har en partnerskapsavtale som går over 2–3 år (tidligere 4–5 år). Dette gir en forutsigbarhet når det gjelder bemanning og muligheten til å forplikte seg videre mot dem de er til for å tjene. Dette er først og fremst lokalidretten i Fylkeskommune A. Uten tilskuddet fra fylkeskommunen, måtte de ha skalert veldig ned. Informanten presiserer at idretten yter det største bidraget til folkehelsen gjennom sin ordinære aktivitet.

Informanten for Nasjonalforeningen for folkehelsen uttaler at hovedformålet med partnerskap er nedfelt i den opprinnelige samarbeidsavtalen. Det er å samordne folkehelsearbeidet i fylket og bidra til å oppnå hovedformålet med regional og nasjonal folkehelsepolitikk, og innenfor der å fremme god folkehelse og utjevne sosiale forskjeller. Dette gjelder både når en snakker om partnerskap og formålet med det arbeidet som gjøres. Samtidig er det en klart uttalt politisk målsetting. Videre skal det også sikres en klar politisk forankring av folkehelsearbeidet. Når det gjelder partnerskap som form; når alle kommuner og flere frivillige organisasjoner i et fylke er med og har felles mål å bestrebe seg etter, så er det ifølge Nasjonalforeningen også enklere å samarbeide og tette hullene til hverandre. Hvis kommunen er god på en befolkningsgruppe ett sted, så kan kanskje frivilligheten fylle ut med å ha

satsningsområder for andre aldersgrupper og vise versa. Men somme steder kan det være nyttig å rette seg mot samme folkegruppe hvis det uttalt er et stort problem eller at en trenger mye innsats på en plass. Nasjonalforeningen legger vekt på viktigheten av å drive kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet, og at det er viktig å nå de yngste, blant annet med undervisning i barneskolen.

Ved valg av satsningsområder i partnerskapet går det fram av intervjuene at frivillige organisasjoner har vært mer eller mindre trukket inn, men at det generelt har vært lite direkte innbyggermedvirkning. Den ene fylkeskommunen (Fylkeskommune A) uttaler at det ved etablering i partnerskapet var mye ovenfra- og nedstyring fra sentralt hold, at det godt kunne hende at kommunene følte seg diktert, og at de lokket etter vinden for det de skulle gjennomføre. Informanten stiller derfor spørsmål om dette var riktig partnerskapstenkning. Ifølge informanten handlet det mye om styring ovenfra, og heller lite om medvirkning som det ble snakket om på Helsedirektoratsamlinger. Informanten framholder at det i dag er en helt annen lyttende tone fra Helsedirektoratets side. Det er da også i dag et krav om innbyggermedvirkning gjennom planprogrammet til regionalplanen.

Informanten for Fylkeskommune B medgir også at den sikkert kunne ha vært flinkere på medvirkningsprosesser: *Vi skal lage så gode samfunn at det er enkelt for innbyggerne å ta vare på helsen, og da må vi også kunne spørre de om hva som er behovene.*

Informanten for Kommune B1 presiserer at det tidligere var mange gode tiltak, men man klarte ikke å binde dem opp i en avtale. Slik sett ble det mye adhoc-tiltak og det ble tilfeldig hvem som fikk økonomisk støtte. Oppmerksomheten mot å få utløst penger ble det primære. Partnerskap kan være en god ordning, men at dette er veldig avhengig av gjensidighet og at medlemmene er enige om prioriteringene.

En av kommunene i Fylkeskommune B (Kommune B2) uttaler at selv om folkehelsearbeidet styres av loven, så er lovens formuleringer såpass vide, spennende og interessante, at det er helt greit å forholde seg til lovens krav og fylkeskommunens prioriteringer. En av kommunene i Fylkeskommune A (Kommune A1) uttaler seg litt på samme måte om i hvilken grad kommunen har vært med å bestemme målet for partnerskapet:

Ikke så mye i starten og heller ikke mot slutten da kravet til rapportering ble strengere. Men vi var aldri i noe utakt med det. Handlingsrommet på hva vi kunne bruke pengene til ble etter hvert mindre, men dette forsto vi var knyttet opp mot revisjonskravene til fylkeskommunen om å sikre at pengene gikk dit de skulle. Mandatet var også ganske

tydelig for å opprette enheter for lavterskeltiltak. For de av kommunene som hadde jobbet med det, var det en forløsning av noe vi allerede hadde inne i planen. Vi fikk en forståelse med fylkeskommunen at dette var noe de ville støtte ved å inngå partnerskap. Målet ble derfor ikke endret underveis, men rammene ble strammet inn. Det ble i større grad tydelighet i krav til hva som skulle rapporteres. Det ble ikke opplevd som negativt da dialogen var god.

4.2.3 På hvilken måte er partnerskapet politisk forankret?

Nordland fylkeskommune gjennomført høstene 2013, som et ledd med å revidere egne avtaler med kommunene om folkehelsearbeidet, en kartlegging blant folkehelserådgivere i fylkeskommunene (Nordland fylkeskommune 2014). For både Fylkeskommune A og Fylkeskommune B var det krav i partnerskapsavtalene at folkehelsearbeidet skulle forankres i planverket og i alle sektorer i kommunen, blant annet med etablering av sektorovergrepene folkehelsegrupper. Fylkeskommunene krevde at partnerskapet skulle vedtas politisk i kommunene.

Regionalplan for folkehelse i Fylkeskommune A 2012–2016 ble vedtatt i fylkestinget i februar 2012 (Fylkeskommune A 2012). Partnerskapet for folkehelse hadde da opphørt. Som tidligere nevnt ble de første partnerskapsavtalene med kommunene inngått i 2006 og gjaldt til utløpet av fylkesplanperioden 31.12.2008. Det ble ikke utarbeidet nye avtaler for de kommunene det opprinnelig var inngått avtaler med. Det blir imidlertid vist til at kriteriene i tildelingsbrevet (Fylkeskommune A 2011) skulle være gjeldende for kommunens partnerskapsavtale med fylkeskommunen. Det gikk her fram at ansvaret legges til alle kommunens sektorer og at det skal være politisk forankring av mål og strategier for folkehelsearbeidet. For partnerskapsmidlene ble det stilt krav om at folkehelsearbeidet skulle organiseres med tverrsektoriell styringsgruppe høyt opp i kommuneadministrasjonen med politisk deltakelse og representanter fra frivillig sektor. I invitasjonsbrevet (Fylkeskommune A ingen dato) som ble sendt ut om partnerskap for perioden 2010–2014, ble det stilt som krav at det skulle være positive kommunestyrevedtak på deltakelse i partnerskap, og at det skulle utarbeides handlingsprogram for folkehelsearbeidet i kommunen hvor det skulle synliggjøres tiltak, mål, målgruppe, ansvar og planforankring.

Ifølge informanten for Fylkeskommune A er partnerskapsavtalen forankret på det høyeste administrative nivået i fylkeskommunen, og den har vært oppe til diskusjon i

fylkeskommunens politiske organer. Det sitter politikere i folkehelseforumet⁴ og rådmann har tidligere sittet der. Informanten for fylkeskommunen sier det er vanskelig å vurdere forankringen av partnerskapet ute i kommunene. Ifølge informanten har både plan- og bygningsloven og folkehelseloven vært et viktig verktøy for å få til politisk forankring og medvirkning. Interessen for folkehelse er stor både i fylkeskommunen og ute i kommunene, og den er kanskje større som et bredere felt enn da den ble oppfattet som et smalere område. Informanten sier videre at folkehelse har blitt et viktig område i planstrategiene⁵, på linje med samferdsel, kompetanse, stedsutvikling og integrering. Men fortsatt er det en utfordring at mange oppfatter folkehelse som fysisk aktivitet og kosthold. Det varierer noe i hvilken grad politikerne har framskutte posisjoner i partnerskapsarbeidet. Kommune A1 har en politiker som leder av folkehelsekomiteen, mens andre kommuner ikke har ønsket en politisk ledelse. Men flere av kommunene i fylket har ifølge informanten for Kommune A1 gitt anledning til å etterspørre rapportering inn til politisk ledelse om status i folkehelsearbeidet. Et interessert politisk miljø har ifølge informanten for Kommune A1 klart bidratt til å gjøre folkehelsearbeidet lettere, men det har tatt litt tid å se nødvendigheten av å sette av midler til formålet, men at resultater og erfaringer har bedret på dette.

Ifølge Fylkeskommune B's saksutredning til regionalt folkehelsearbeid - budsjett og tiltak for 2016 (Fylkeskommune B 2016) er partnerne gjennom gjeldende partnerskapsavtaler forpliktet til å følge opp mål og strategier i Regionalplan for folkehelse. Alle frivillige og kommunale aktører som mottar stimuleringsmidler, må årlig utarbeide en handlingsplan med tiltak som skal samsvare med føringene i regional plan for folkehelse og bidra til å løse lokale folkehelseutfordringer.

Videre går det fram av saksutredningen (Fylkeskommune B 2016) at vurdering av helsekonsekvenser i alle politiske saker ligger inne som en av flere strategier i Regionalplan for folkehelse. Det er ifølge saksutredningen behov for at de helsemessige konsekvensene av

⁴ Styringsgruppe på regionalt nivå med deltakelse fra kommuner, frivillige og regionale enheter. Deltakelsen er frivillig. Møtes en gang i året og er nå styringsgruppe for regional plan. Kilde: informanten for fylkeskommunen.

⁵ For å sikre at folkehelsearbeidet bygger på kunnskap, skal kommunene utarbeide en oversikt over helsetilstanden og faktorer som påvirker den. Denne oversikten skal ifølge folkehelseloven inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi etter plan- og bygningsloven. Planstrategien skal angi de planoppgavene kommunen bør starte opp eller videreføre for å legge til rette for en ønsket utvikling i kommunen. Kilde: Dokument 3:11 (2014-2015) *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*.

ulike politiske valg på regionalt nivå, i større grad blir belyst og vurdert i flere saker, både i forkant og i forbindelse med politisk behandling.

De konkrete partnerskapsavtalene som Fylkeskommune B inngikk i 2013 (Fylkeskommune B 2013a, 2013b), stiller krav om at partnerskapet må forankres med politiske vedtak i kommunene eller styrene for frivillige og regionale aktører.

I oppsummeringen av rapporteringen for 2015 for Fylkeskommune B (Fylkeskommune B 2015), som bygger på en elektronisk spørreundersøkelse til alle aktørene i partnerskapet, blir det påpekt at mange av kommunene har lave stillingsstørrelser til folkehelsearbeid og at tverrfaglig folkehelsearbeid er utfordrende. Oppsummeringen viser at til tross for signerte avtaler og prosesser i ledelse og på politisk nivå, så er det kun i overkant av 60 prosent av partnerne som opplever at deltakelsen i partnerskapet har bidratt til en sterkere forankring av folkehelsearbeidet hos dem.

Informanten for Fylkeskommune B føler at hun har full støtte fra sin egen organisasjon, både politisk og administrativt. Mandatet har vært greit og klart og vedkommende har vært med på modellen siden hun begynte, og har slik sett som hun sier et eierforhold til det. Hun har tro på modellen da det ligger nær hennes visjoner som gjør det veldig greit å jobbe med, og det ligger da også nært fylkeskommunens tenkning.

Hun viser videre til at de skriver en politisk sak hvert år (tidlig på året) der de rapporterer inn svarene på spørreundersøkelsen til partnerne. Her vises hvordan midlene ble brukt, både til partnerskapet og hvordan de ivaretar selve planen. Informanten for Kommune B1 viser til handlingsplanen for det som skal gjøres til neste år med partnerskapsmidlene og det kommunen bevilger. Det blir som en vanlig politisk saksgang hvor en redegjør for utfordringsområder og forskjellige dokumenter osv. Den behandles først i folkehelseforumet, som består av alle fagdirektørene, og deretter løftes det inn i politikken til avgjørelse.

Samme informant nevner utfordringer med implementering selv om forankringen er på plass sentralt i kommunen:

Denne kommunen har også vært organisert i en to-nivåmodell. Hvis jeg skal ut å «selge inn» «røykfrittprogram» i skolen, så kan kommunaldirektøren på området være helt enig, men det er opp til hver rektor om han vil. Det jeg sitter og ser er at vi mangler den som vedtar/sier «at det skal vi gå for». Jeg kan forankre det, men implementeringen er vanskelig med den måten vi er organisert på.

En informant for en av kommune i fylkeskommunen (Kommune B2) uttaler:

Politisk i kommunestyret har det vært interesse for denne saken, og det har vært oppnevnt en politisk styringsgruppe for folkehelse. I tillegg er det etablert en administrativ prosjektgruppe fra teknisk, oppvekst- og kultur, og helse- og omsorg. I tillegg er kommuneoverlegen med. I den politiske styringsgruppen inngår prosjektgruppen pluss en fra hvert hovedutvalg. Innenfor min rolle som kommunalsjef kan jeg gjøre hva jeg vil, hvis jeg bare gjør jobben min. Det har vært greit at rådmannen har støttet opp om arbeidet på en rimelig måte. Det har fått plass i kommuneplanen. Vi jobber med å integrere folkehelse som en selvsagt del av saksbehandlingen. Foreløpig ligger det litt på siden.

4.2.4 Hvilke forpliktende beslutninger kan partnerne gjøre?

Forankring hjelper lite hvis handlingsrommet på grunn av økonomi eller snever beslutningsmyndighet er svært begrenset. Når det gjelder spørsmålet om hvilke forpliktelser partnerskapet kan pådra seg på vegne av basisorganisasjonen (Peters som sitert i Andersen og Røiseland 2008: 17), så svarer informantene for de to partnerskapene for en stor del at dette er begrenset. Informanten for Kommune A2 uttaler at han hadde ansvaret for å kalle inn til møter og drive nettverket, men hadde ikke noe mandat og myndighet utover dette. Ifølge ham hadde partnerskapet i liten grad myndighet og ressurser til å iverksette tiltak. Det var ingen disponering av frie midler utover de midlene som ble gitt av fylkeskommunen. På spørsmål om hvordan han stiller seg til påstanden om at deltakerne i partnerskap ikke har noen myndighet da «alt» uansett må gjennom kommunenes ordinære organer, svarer han at dette var noe som det hadde vært en god del interne diskusjoner på. Partnerskap har en påvirkningskraft, men ingen formell myndighet. Hvis man ikke greier å bli enige, er det heller ingen som kan si at sånn skal det være. Da må det løftes inn i de ordinære beslutningslinjene. Informanten for Kommune A1 uttaler at det var ukomplisert å ta del i de oppgaver som lå i partnerskapsavtalen fordi kommunen så det ga resultater som var fordelaktig for kommunen. Informanten for NAV fylke viser til at partnerskapsdeltakerne møter med sine fullmakter. Dette betyr at rådmannen kan gå tilbake til kommunen og si at vi har diskutert det med NAV fylke, men vi gjør det sånn. Dette må NAV forholde seg til og kommunen kan heller ikke bestemme over oss. Dette er problemet med denne modellen. Ifølge informanten mener mange at den ikke er særlig levedyktig, og at den derfor sjelden blir brukt for å styre enheter og organisasjoner.

En kommune som fortsatt har partnerskap med fylkeskommunen (Kommune B1) bemerker at hun har frie hender innenfor handlingsplanen for folkehelse i kommunen som er forankret politisk. Men som hun sier «det skulle bare vært noen flere nuller bak». Dette blir bekreftet av en annen informant (Kommune B2) som uttaler at de økonomiske ressursene er hjemlet i handlingsplanen og at han har et handlingsrom til å følge opp vedtak og legge opp til vedtak, men at de økonomiske midlene er svært begrensede.

4.3 Blir formålet med styringsformen oppnådd?

4.3.1 Har de oppnådd mer sammen enn hver for seg?

De fleste av informantene i de to partnerskapene hevder at uten partnerskapet ville ikke folkehelseområdet fått tilsvarende oppmerksomhet.

Informanten for Kommune A1 uttaler:

Hvis jeg tar utgangspunkt i regionen tror jeg det hadde sett annerledes ut. Det hadde vært mye mer fragmentert, lite ensartet og sikkert hadde noen klart det bra og noen hadde ikke klart det i det hele tatt. Jeg tror at den organiseringen vi nå ser på folkehelseområdet hadde vi brukt mye mer tid på enn der vi er nå. Det er viktig å ha en ledelse som selv "sitter langt fremme i trekkspannet", er entusiastiske og etterlyser resultater. Det handler hele tiden å ha noen dedikerte personer innad i organisasjonen som etterspør og utvikler prosesser som utvider forståelsen av begrepet. I dette partnerskapet hadde vi "profeter i hvert vårt land" som deltok i grupper og kunne videreføre intensjoner og ønsker. Så noe kunne det nok ha blitt, men ikke i nærheten av der vi er nå hvis man ikke hadde mottatt partnerskapsmidler.

I oppsummeringen av rapporteringen for 2015 (Fylkeskommune B 2015), i form av en elektronisk spørreundersøkelse til alle aktørene i partnerskapet, går det fram at nærmere 90 prosent av partnerne i Fylkeskommune B mener at det er nyttig for dem å delta i partnerskapet.

Informanten for Nasjonalforeningen for folkehelsen uttaler at partnerskapet er en klar forutsetning for det arbeidet som gjøres i dag. Nasjonalforeningen er helt avhengig av innsats fra frivillige. Partnerskapsmidlene skal ikke gå til stillingsressurser. Mulighetene til å få til mer hadde nok vært til stede uten partnerskap, men ikke under de rammebetingelsene som det jobbes under nå. Det er viktig at partnerskapstiltakene er nedfelt i årsplanene for fylkesstyret. En målrettet satsning fører ifølge informanten til oppmuntringstiltak slik at lokallagene kan ha oppmerksomhet mot de områdene som Nasjonalforeningen forplikter seg til i partnerskapet.

Partnerskapet har vært viktig for bevisstgjøring om hva som er utfordringene i fylket og hvor det bør settes inn ressurser, under forutsetning av at det samsvarer med Nasjonalforeningens hovedmål.

På direkte spørsmål om hva Nasjonalforeningen hadde mistet hvis partnerskapet hadde blitt avvirket anfører informanten:

Vi bruker folkehelseplanen i arbeidet, og det kunne vi jo fortsatt gjøre. Som partner får du en del innspill og oppmuntringer til hva du skal jobbe med som folkehelsepartner. Ja, hva hadde vi mistet? Vi hadde jo mistet tilskuddet, og det er et økonomisk insitamant til å få utført ting og oppmuntre folk til å jobbe med ting som det er ønsket at de skal jobbe med. Det å være en del av en større enhet gjør at du kan oppnå mer enn at en jobber alene. Vi hadde mistet storfordelen ved at flere holder fokus på det samme. En kan lære av hverandre og videreutvikle. Det har jeg stor tro på. Vi må plukke ut områder som samsvarer med den handlingsplanen som er vedtatt av Nasjonalforeningen. Det er sant at området er bredt, men vi spisser det og gir tilbakemelding om områder vi kan være med på.

Den økonomiske motivasjonsfaktoren

Informanten for Idrettskretsen uttaler om viktigheten av partnerskapet med fylkeskommunen, som riktignok ikke omhandler folkehelseaspektet direkte, at avtalen er veldig viktig fordi partnerskapet inneholder noen pengestrømmer som de er helt avhengig av. Økonomi og forutsigbarhet er veldig viktig for Idrettskretsen. En rask nummer to er det forpliktende samarbeidet som ligger i avtalen. De spiller ifølge informanten på hverandre og gjør hverandre gode, og får forhåpentligvis mer ut av det sammen. De regionale møtene med idrettsrådene og kommunene har vært viktige både for Idrettskretsen og fylkeskommunen, og har styrket både Idrettskretsen og fylkeskommunen.

Informanten fra Kommune B1 uttaler:

Det er veldig mange som vil være «sammen med meg» hvis det er penger i dette. Det er litt som med fylket også, det er mange kommuner som vil være med hvis det er penger i dette. Hvis det ikke er penger, så tror jeg det hadde stilt seg annerledes. Jeg ønsker ikke å være et sugerør for alle gode tiltak/mulige interessenter. Da tenker jeg heller vi skal se på hvor utfordringene er og hvem som kan bidra inn i partnerskapet, og kanskje evaluere det over noen år. Ellers blir det altfor tilfeldig. Det må være viktig å utvikle noe som kommunen vil ha og har behov for.

Informanten for Fylkeskommune B har en mer overordnet og paternalistisk holdning, som kan føres tilbake til den samordningsfunksjonen som fylkeskommunen er tillagt i folkehelseoven:

Det er vanskelig å si, men jeg tenker at vi mange ganger har vurdert om vi skulle ta vekk de økonomiske virkemidlene og bare ha de pedagogiske virkemidlene. Det vil si at det bare var samlingene som lå til grunn, informasjon via nettet (wicki folkehelse⁶) og nyhetsbrevne. Men da hadde det vært vanskelig å samordne, og jeg vet ikke heller hvordan vi skulle klare å få inn rapporter. Med en gang det er midler vi deler ut så er det mulig å etterspørre hvordan de brukes. Uten partnerskapet så vet jeg ikke helt hvordan vi skulle ivarett lovverket.

Informanten for Fylkeskommune B presiserer samtidig at de økonomiske midlene er en av årsakene til at fylkeskommunen får både kommuner og frivillige aktører med.

Ifølge den samme informanten ble det ved reforhandling av alle avtalene i 2013 formidlet til kommunene og de frivillige aktørene at det skulle lages en regional folkehelseplan. Det ble vist til arbeidsmetoden og hva de skulle gjøre, og så ble aktørene konkret spurt om de hadde lyst til å være med i partnerskapet. De fikk beskjed om at det både var pedagogiske og økonomiske virkemidler. Det ble presisert at de økonomiske virkemidlene ikke var forutsigbare, da de var avhengige av de til enhver tid politiske beslutninger.

Hvilke forventninger hadde partnerne?

Vurderingen av hva de har oppnådd sammen i partnerskapet kan også være speilet av hvilke forventninger partnerne hadde på forhånd.

Når det gjelder forventninger til partnerskapet svarer informanten fra NAV fylke at de hadde en forventning om at folkehelse skulle bli en del av det de jobbet med. Det har blitt mindre enn forventet. Det er mer indirekte til stede i dag. Men dette er kanskje riktig. Det er når folkehelse blir en naturlig del av arbeidet at en har kommet i mål. Folkehelse er ikke noe en putter i bås. Det er da det går dårlig med det. Det er ikke det som skjer på møtene som er viktig, men det som skjer imellom. Ifølge informanten for NAV fylke var det å ta ut de spesielle føringene som går direkte på folkehelse en følge av et ønske om å øke oppmerksomheten mot ungdom, spesielt med frafall i videregående skole, og en del andre

⁶ Informasjonsside på nettet om regionalt og lokalt helsefremmende og forebyggende arbeid i Fylkeskommune (P) hvor det legges ut aktuelle dokumenter, notater, foredrag etc. Kilde: Fylkets nettside.

forhold som stod på dagsorden, pluss at NAV var inn i en krevende omstillingsfase som gjorde at en måtte skjære inn til beinet. Oppmerksomheten ble rettet mot primæroppgavene som det måtte leveres på. Ifølge informanten trengs det nå kanskje å ta folkehelseperspektivet mer inn i partnerskapet igjen for å ta det et hakk videre, og for å friske opp det arbeidet som ble gjort tidligere. NAV fylke har mer detaljerte avtaler om folkehelse med kommunene.

Informanten for Fylkeskommune B sier at hun ikke er helt sikker på om hun klarer å svare på hvilke forventninger hun hadde til partnerskapet. Det blir litt til underveis.

En informant for en av kommunene i fylket svarer at hun hadde forventninger om at partnerskapet skulle være tettere på og støtte henne i arbeidet, men hun presiserer samtidig at det ikke skorter på den gode viljen fra partnerskapsdeltakerne.

Andre informanter nevner forventningen om å få satt helsefremming og forebyggende arbeid mer i sentrum, blant annet ved hjelp av oppdatert kunnskap og gjensidige erfaringer. En informant mener at forutsigbarhet er viktig – at partnerskapet ikke stopper opp, men varer ved.

Hvordan er den generelle opplevelsen av samarbeidet?

På spørsmål om hvordan samarbeidet i partnerskapet har fungert, har informantene for begge partnerskapene for det meste et positivt bilde av dette. Informanten for Kommune A1 uttaler om samarbeidet med fylkeskommunen:

Vi har opplevd samarbeidet som veldig godt. De (les: fylkeskommunen) har vært veldig interessert i arbeidet og har fulgt opp godt. Det har vært samlinger hvor mange av kommunene har deltatt, det har vært erfaringsutveksling, og så har det som sagt vært et strategisk forum hvor jeg deltok en del år, og som også var et nettverk for fysioterapeuter/folkehelsekoordinatorer. Så jeg har hele tiden inntrykk av at fylkeskommunen bidro med mer enn sin del av partnerskapet. De var veldig på tilbudssiden i forhold til kommunene, spesielt overfor kommuner som sleit, men også gode motivatorer. I tillegg så hadde de også litt mer statistisk og forskningsbasert kompetanse, og kunne være med på å bearbeide en del tall og materiale og presentere det på en litt mer akademisk korrekt måte.

Men informanten for Kommune A2 uttaler at samarbeidet har vært en utfordring da det var vanskelig å få satt av tid til å jobbe med dette. For ham som hadde driftsansvar, hadde driftsoppgaven lett for å spise opp hele arbeidsdagen.

Informanten for NAV fylke uttaler at det var for lite informasjonsutveksling og for mye formalisme i partnerskapet.

I Fylkeskommune B's spørreundersøkelse til partnerskapsdeltakerne i desember 2015, ble det stilt spørsmål om det er forslag til hvordan samarbeidet i partnerskapet kan styrkes. Både Nasjonalforeningen for folkehelsen og Kommune B1 har ganske likelydende forslag når det gjelder felles satsningsområder.

Kommune B1 har følgende kommentar (Kommune B1 2015): *Folkehelse omfatter mange områder. Partnerskapet ville vært styrket om vi valgte et årlig satsningsområde. Felles prioritering og fokus vil bidra til økt kunnskap og slagkraft.*

Nasjonalforeningen for folkehelsen uttaler noe tilsvarende (Nasjonalforeningen for folkehelsen 2015): *I partnerskapssamlinger der noen presenterer sine satsningsområder kunne det vært satt av diskusjon for å finne saker å samarbeide om. Det er sikkert potensiale for å få mer ut av innsatsen om flere trekker sammen.*

Informanten for Nasjonalforeningen for folkehelsen blir i intervjuet bedt om å si litt mer om behovet for eventuelt å spisse satsningen og konsentrere seg om færre hovedområder: *Jeg tenker vel at alle kan ikke gjøre alt. Min oppfatning er vel at hvis man skal spre alt utover så får du bare gjort litt av hvert. Man får kanskje bedre måloppnåelse ved å være litt smalere i satsningen og setter inn flere ressurser mot enkelte avgrensede områder.*

Vedkommende viser til at det er et potensiale for et bredere samarbeid mellom partnerskapsdeltakerne. Det er ikke kultur for at frivilligheten og kommunene samarbeider på overordnet plan, men lokalt er det felles arenaer som bare er sånn uten at det nødvendigvis er lagt opp slik fordi det fins et partnerskap. Når det gjelder samarbeidet med fylkeskommunen omtaler informanten dette som veldig bra. Fylkeskommunen har ifølge henne en faglig veldig god ledelse, og de er på tilbudssiden når det gjelder informasjon, samtidig som de opptrer veldig oppmuntrende.

Informanten for Fylkeskommune B framhever at partnerne foran samlingene får anledning til å komme med ønsker for temaer. Ifølge informanten får de alltid innspill, og i tillegg har de evalueringer etter samlingene der partnerne blir spurt hvordan de opplevde det og hvilke ønsker de har for neste gang. Informanten vet at disse samlingene fungerer, men innrømmer at det kanskje burde vært enda mer toveiskommunikasjon og medvirkning fra partnerne.

Fra informanten for Kommune B1 kommer følgende hjertesukk:

Jeg tenker ikke på partnerskapet daglig. Jeg synes mange av de konferansene som de inviterer oss på er aktuelle. De er veldig positive og hyggelige når vi tar kontakt. Det er lite spontankontakt. Det er ikke noen store diskusjoner om temaer. Jeg synes de kunne være mer proaktive når de ser hvem de har i gruppen, og at de var litt tydeligere på hvilke styrker som fantes der og at dette ble brukt. Det er så fragmentert. Det virker for tilfeldig og for mye «hopp og sprett». Jeg savner mer at «dette skal vi arbeide for» og få alle kommunene med på det. Jeg ønsker også flere møter på samme tema.

Er det forhold som har vært spesielt motiverende eller demotiverende?

Informanten for Fylkeskommune A uttaler følgende til spørsmålet om det har vært forhold som vært motiverende eller demotiverende for arbeidet i partnerskapet:

Da jeg kom inn i partnerskapet så tenkte jeg: Kjære vene hvilket byråkrati. Det var veldig mye jobb for en person å håndtere dette, og vi følte at det ble veldig mye rapportering og tilsagnsbrev og mye mer fokus på hva som sto i papirene enn det vi fikk tid til å få til ute.

Informanten legger også til at fylkeskommunens rolle jo var å understøtte alle kommunene i fylket. Det at det ble brukt så mye ressurser på de kommunene som var med i partnerskapet, førte til at de som ikke var med til dels ble ekskludert både økonomisk og oppmerksomhetsmessig.

Informanten for Kommune A2 bekrefter at det har vært en gjennomgående utfordring at både kravet til søknad og rapportering kunne bli ganske så omfattende.

Samtidig uttaler informanten for den andre kommunen i fylket (Kommune A1) følgende til om det hadde vært noe som hadde demotivert ham i partnerskapet:

Vi har sunget mulighetenes pris. Det har gitt oss muligheter som vi ikke hadde hatt ellers. Tror egentlig ikke jeg kan komme på noe, og jeg har jobbet veldig tett inn på partnerskapet administrativt og tatt beslutninger. Jeg har akseptert at det har vært litt smalere vindu innimellom, at vi har måttet snevre inn og strammet inn, men jeg har aldri blitt demotivert av det. En gang kom Sareptas krukke til å renne tom, og da måtte vi sørge for at vi ikke ble sultne.

Informanten for NAV fylke svarer at partnerskapet har lett for å bli mer prat enn handling. Det er ikke lett å dokumentere «dette fikk vi til på folkehelseområdet». Det er motiverende å

se at helhetstenkningen er bredt inne på mange områder i inkluderende arbeidsliv⁷, nærværarbeidet og oppfølging av sykemeldte som skal tilbakeføres til arbeid med ulike tiltak og virkemidler. Samtidig har NAV fylke hatt et godt og konstruktivt samarbeid med fylkeskommunen, men oppmerksomheten har vært noe mindre på folkehelse nå enn da dette var inne i avtalen. Oppmerksomheten kan ifølge informanten for NAV bli mindre når området ikke følges opp spesielt. En partnerskapsavtale eller samarbeidsavtale er viktig for å få momentum og for å få noe opp på dagsorden.

Informanten for Fylkeskommune B uttaler:

Jeg kunne ønske at jeg kunne ha sett enda mer synergier. Men jeg tror at når en sitter på regionsnivå, så blir det veldig mange partnere. Jeg føler at jeg gjerne ikke klarer å strekke ut hånden til alle. Er vi blitt for mange, hvordan klarer vi dette? Partnerskapet er avhengig av langsiktighet og at vi klarer å skape en gjensidig forståelse uavhengig av profesjoner, som klarer å dra i én retning. Jo flere vi er, jo lenger tid tar det. Kanskje burde det vært hyppigere møter. Men de har ofte en liten stillingsprosent, og vi kan kanskje ikke forvente at de kommer så ofte. Det kan være demotiverende for framdriften at ting tar tid. Derfor krever arbeidet tålmodighet og dette må en være innforstått med. Men det er motiverende at en får anledning til å snakke med politikerne, at det er politisk forankret og at en kan skrive politiske saker. På den måten kan en lage strukturelle endringer og bidra til et bedre samfunn. Ja, så det er klart at mye er utfordrende med partnerskap, men det er også mange gode sider ved det. Jeg tror at akkurat innenfor folkehelsefeltet er det viktig å ha et ønske om å være en motor og pådriver.

Samtidig sier informanten for en av kommunene i denne fylkeskommunen (Kommune B2) at han har blitt imponert over den dedikasjonen som fylkeskommunen har på dette området. De

⁷ Inkluderende arbeidsliv er et arbeidsliv for alle som kan og vil bidra. Partene i arbeidslivet dvs. arbeidstakerorganisasjonene, arbeidsgiverorganisasjonene og regjeringen har inngått en avtale - IA-avtalen - om å gjøre det norske arbeidslivet mer inkluderende.

IA-Avtalen består av en sentral og en lokal del. Den sentrale delen setter tre mål nemlig å redusere sykefraværet, øke andelen med redusert arbeidsevne i arbeidslivet og å øke yrkesaktivitet for eldre arbeidstakere. Den lokale delen – samarbeidsavtalen - inngås mellom virksomhetene og NAV Arbeidslivssentrene og gir virksomheten rett til å kalle seg IA-virksomhet. En slik virksomhet får ekstra ressurser fra NAV til å arbeide med å nå de tre delmålene. Kilde: <http://inkluderende.no/om-inkluderende-arbeidsliv/hva-er-inkluderende-arbeidsliv>.

er ivrige, de vil noe, og de utfordrer oss aktivt. Dette er ifølge ham motiverende for folkehelsearbeidet.

Informanten for Kommune B1 kommenterer at det er vel og bra med frivillighet, men at det kan bli litt heseblesende å legge til rette for dem, kanskje på bekostning av andre arbeidsområder. Med krav om at kommunene skal kartlegge helsetilstanden og at det skal være kunnskapsbasert, så burde en kanskje ha knyttet helseforetaket tettere på til å begynne med, blant annet når det gjelder å levere data og utvikle verktøy og metoder. Det blir ifølge informanten for Kommune B1 mest sannsynlig at partnerskapet sier «vi må jo ha noen fra dem». Så må partnerskapet «dra» dem inn et møte. Informanten nevner også at regionaliseringen av partnerskapet til nord- og sørfylket gjør at vedkommende i mindre grad får anledning til samarbeide med andre byer som ligner mest på egen kommune.

Informanten for Nasjonalforeningen for folkehelsen kan ikke se at det har vært noe som har vært spesielt demotiverende. Det motiverende er de regionale samlingene⁸ der en trekker fram gode eksempler og får konkrete arbeidsoppgaver å gå videre med. Der får en bekreftet at det en holder på med er i samsvar med forventningene. Det sitter noen og ser på og har et overordnet blikk. I samlingene er det ifølge informanten ulike fokusområder, og en kan sitte i grupper på tvers og diskutere. Man kan få tusen gode ideer som man kan jobbe videre sammen med, men når en ikke treffer de samme personene neste gang, så blir det vanskelig å få til nye ting. Dette krever at en har felles arenaer. Det er ifølge informanten et større potensiale med tettere samarbeid.

4.3.2 Hva har partnerne bidratt med i partnerskapet?

På spørsmål om hva den enkelte partner selv har bidratt med i folkehelsearbeidet svarer informanten for Fylkeskommune A at de har bidratt med utvikling og et fokus, og vært motoren. Informanten framholder at uten fylkeskommunens innsats hadde det antakelig ikke blitt gjort så mye. Videre uttales at:

Partnerskapet var et verktøy den gangen og en måte å løse det på som fungerte. Det kan godt hende at det var det som skulle til for å få med kommunene. Det var nok et nyttig verktøy da for å få ting opp. Jeg hører vel at jeg motsier meg selv litt, men det var det verktøyet vi hadde til hånds den gangen før endringene i plan- og bygningsloven.

⁸ Partnerskapet er inndelt i fire regionale enheter som har felles samlinger. Samlingene er derfor ikke felles for hele partnerskapet.

Når det gjelder partnerne i de to partnerskapene er det ifølge informantene et gjennomgående trekk at de har satt folkehelse på dagsorden i sine respektive kommuner. Samtidig er det noen av informantene som medgir at de ikke i noen særlig grad har bidratt til partnerskapet.

Informanten for Kommune B1 uttaler:

Jeg føler at jeg er på en litt annen planet enn mine nabokommuner, de synes det er litt defensivt å jobbe mot å gjøre seg selv overflødig. Det er litt forskjellige holdninger og oppfatninger i mitt nettverk. Vi kommuniserer ikke så mye på arbeidsområdene, men jeg får allikevel støtte i partnerskapet (les: fylkeskommunen) med den måten å jobbe på. I nettverket jobber vi veldig forskjellig, men vi må prøve å jobbe med det vi har til felles, og da blir det gjerne enkeltsaker og interkommunalt samarbeid som på frisklivsområdet. Jeg har ikke vært noe mer aktiv enn andre på samlingene. På konferansene er det ofte mye enveiskommunikasjon.

Informanten for Idrettskretsen svarer at det største bidraget de får gjort ved hjelp av partnerskapsmidlene, som ikke er øremerket konkrete folkehelse tiltak, er at de når ut til flere tiltak i idrettslagene og gjør disse best mulig i stand til å tilby en så god aktivitet til barn og unge som mulig. Informanten mener at dette er veldig viktige bidrag til «Fylkeskommune A-samfunnet», spesielt til de små lokalsamfunnene, slik at folk skal bo og trives der de er. I neste omfang er dette gode og viktige tiltak for folkehelsen. Dette er kompetansetiltak som går i forhold til klubbdrift, sunn og riktig aktivitet, anleggsutvikling, sikring av barneidrettsbestemmelsene, antidopingarbeid med mer. Dette er derfor summen av mye forskjellig. Det er vanskelig å si at det er effekten av det og det. Det er vanskelig å måle. Men all logikk tilsier at dette har noe for seg, og informanten merker på behov og bestillinger fra idrettslagene at det er mange som trenger hjelp og det er mange som får hjelp.

Informanten for Nasjonalforeningen for folkehelsen uttaler at de har bidratt med kunnskap, som de har mye av innenfor folkehelse. De har utviklet mye materiell, blant annet kurs. De har den nasjonale hoppetaukonkurransen, hjerteukemarkeringer med bevissthet rundt hjertehelse, turer, samlinger, oppmuntring til økt fysisk aktivitet på tvers av generasjoner og samarbeid med andre frivillige organisasjoner. Samarbeidet med Turistforeningen har vart lenge, uavhengig av partnerskapet.

På spørsmål til informantene om hva de andre partnerne har bidratt med, nevner informanten for Fylkeskommune A bidragsytere⁹ som har vært med på å utvikle fysiotek eller

⁹ Dette er også partnere som ikke omfattes av min undersøkelse.

frisklivssentraler¹⁰ som nå er den vanligste betegnelsen, og de som har avholdt kurs for en sunnere livsstil. Det uttales at dette kunne også andre ha gjort, men at det var gjennom partnerskapsavtalen dette skjedde.

Informanten for en av kommunene i fylket (Kommune A2) nevner ideer og inspirasjon, meningsutveksling og det at en hele tiden blir mint på dette arbeidsområdet som noe av det de fikk igjen av partnerskapet. Informanten for den andre utvalgte kommunen i fylket (Kommune A1) bemerker:

Både fylkesmannen og fylkeskommunen var gode partnere så lenge vi fikk tilskuddsmidler. Men det er ikke til å underslå at dette også var litt personavhengig og at også embetsoppdraget¹¹ etter hvert ble mer konkret og begrenset fylkesmannens aktivitet på dette området. Så litt personforankring er det nok i dette her uavhengig av hvor mye formelt du har på papiret. Det blir ikke bedre enn de menneskene som faktisk sitter ved roret.

Ifølge informanten for NAV fylke har fylkeskommunen hatt et godt engasjement. Dette har vært sterkest på veileder- og saksbehandlernivå. Det kan se ut som det politiske nivået har vært noe mindre opptatt av folkehelse. Enkelte ganger har det vært litt tungt å løfte det høyt nok, avhengig av hvem som har sittet med makta og posisjonene.

Informanten for Idrettskretsen uttaler at fylkeskommunen selvsagt bidrar med en hel del penger, slik at det kan legges mer trykk på de kompetansetiltakene som Idrettskretsen driver med. Uten partnerskapsmidlene hadde Idrettskretsen nådd ut til langt færre og vært mindre nyttige for idretten i fylkeskommunen. Det er dette fylkeskommunen ser og derfor er villige til å bruke penger på. Idretten aktiverer mange, og er ifølge informanten viktig for folkehelsen, sosial omgang og dannelsen av folk.

Informanten for Fylkeskommune B uttaler:

Alle har bidratt; dette er ikke noe jeg har gjort alene. Avtalene er utarbeidet i sammen. Vi har hatt de på høringer oss imellom, og vi har arbeidet tett sammen, også med Fylkesmannen og KS (møter). Det er viktig med en god prosess, slik at en drar

¹⁰ Frisklivssentralen er en kommunal helsefremmende og forebyggende helsetjeneste. Målgruppen er de som har økt risiko for, eller som har utviklet sykdom og trenger oppfølging av helsepersonell til å endre levevaner og mestre sykdom.

¹¹ Embetsoppdraget er en oversikt over Fylkesmannens totale oppgaveportefølje fordelt på de ulike departementene. Forventinger fra oppdragsgiver (departement, direktorat, tilsyn) angis i resultatkrav, og det oppgis krav til rapportering. Kilde: <https://www.fylkesmannen.no/Arkiv---Nyheter/Oversikt-over-Fylkesmannens-oppgaver/>

sammen. Vi har brukt Helsedirektorats maler og retningslinjer (IS «Partnerskap som arbeidsform») Sistedelen av den er erfaringer fra andre fylkeskommuner. Da får du litt innblikk i andres erfaringer, og det har litt verdi at vi også møtes og ser hvordan andre fylkeskommuner arbeider med partnerskap; hvordan velger de partnerne, hvordan måler de synergier, hvor mange er de i forhold til innbyggertall og så videre. Så kan jeg ta kontakt for å få råd. Hvordan har du fått til det samarbeidet? Jeg synes det var veldig nyttig å få oversikt over fylkeskommunenes organisering.

Fylkeskommunene har to faste samlinger i året sammen med fylkesmennene.

Informanten for Kommune B1 uttaler at hun føler at mye av det hun jobber med ikke er aktuelt for den del av nettverket hun tilhører. Det blir derfor begrenset med faglige diskusjoner med alle kommunene. Målene er veldig forskjellige. Hun kan derfor ikke se at partnerne i fylket har felles mål da de alle utarbeider individuelle mål. Hun mener at det er fylkeskommunen som konkret er partnerskapet for henne. Det er fylkeskommunen hun tar kontakt med og snakker med. Hennes mål er at hun skal gjøre en såpass god jobb at når hun går ut derfra, så tenker hele organisasjonen folkehelse.

Informanten for Nasjonalforeningen for folkehelsen har følgende å si når det gjelder hva de andre partnerne har bidratt med: *Det er ikke så lett for meg å si. Jeg kjenner til Turistforeningen, men det er kanskje fordi de får så stor pressedekning. (...) som har laget 52 hverdagsturer, med tilførte partnerskapsmidler. Det er kanskje det jeg kan si om den saken.*

4.3.3 Hvordan utløses partnerskapsmidler?

Ifølge informanten for Fylkeskommune A ble det ikke stilt krav om handlingsprogram ved utbetaling av partnerskapsmidler, men det ble bedt om en kort redegjørelse om hvordan kommunen ville jobbe med de krav som ble stilt i tilsagnsbrevet. Samtidig ble det også bedt om en årlig rapport om folkehelsearbeidet. Ved rapporteringen spurte fylkeskommunen om man kunne rapportere på effekten av tiltakene. Som oftest ble det kun rapportert om gjennomføringen av tiltakene.

Forutsetningen for fylkeskommunale midler i Fylkeskommune B er at det ytes en egenandel tilsvarende det fylkeskommunale tilskuddet. Det skal årlig utarbeides en handlingsplan med budsjett over hvilke tiltak og aktiviteter midlene skal brukes til (Fylkeskommune B 2013a, 2013b). Her vises et eksempel fra Kommune B2 som viser at disse handlingsplanene har en forholdsvis høy detaljeringsgrad (Kommune B2 2016).

Plan/budsjett for fordeling av folkehelsemidler folkehelse 2016 – Kommune B2		
Søker	Formål	
Elevrådene	Tiltak i skolene; aktiviteter, tobakk rus	10 000
Skolene/FAU	Foreldreskolen. Forebyggende	15 000
XXX IL	Premie på karusellrenn	8 000
Psykisk helse	Verdensdagen for psykisk helse	10 000
Psykisk helse	Fysisk aktivitet. Aktivitetssenteret. Ulike tilbud	
Psykisk helse	Støtte til klippekort i XXXbadet for prioriterte barn og unge	25 000
XXX danse- og treningsklubb	Åpent arrangement med aktiviteter, foredrag; helse/kosthold mv.	5 000
	Fellesturer. Toppturer. Premie, mat, program mv	
	Sosial og kulturell møteplass.	
Bygdeutviklingslag, kor, husflidlag, kvinnelag, seniordans	Lokalleie, info, mat mv.	60 000
	Aktivitetstløype med sunn mat og sang og allsang	
	Åpent møte: "God helse"; innleiderkostnad	
	Ulike danseaktiviteter	
XXX FamilieKirk	Fysisk aktivitet med kristen profil, for hele familien. Halleie, utstyr. Vår /høst	8 000
LHL XXX og Kommune B2	Oppstart nye aktiviteter i Kommune B2	10 000

	Tur/Bygdevandring.	
Bygdeutviklingslag	Rusfri konsert for ungdom, mye dugnad.	25 000
	Annonser, leie utstyr	
Menighet	Alkoholfrie arrangement	25 000
	Informasjon om rus retta til unge	
Folkehelsekoordinatorene	Bra mat-kurs	30 000
	Røykesluttkurs	
	Folkehelseløyper på tettstedene	
Til styringsgruppas disposisjon		30 000
SUM		253 000
	Balanse:	
	Folkehelsemidler Fylkeskommune B	102 000
	Egenandel Kommune B2	151 000
	Sum	253 000

Ifølge avtalene (Fylkeskommune B 2013a, 2013b) skal det utarbeides årlig rapport fra det lokale folkehelsearbeidet som synliggjør resultater som oppnås gjennom partnerskapsavtalen.

Informanten for Fylkeskommune B uttaler at de ikke krever mer enn at de tre satsningsområdene i planen blir fulgt opp. Disse er aktive og trygge lokalsamfunn i arealplanleggingen, støttende miljø for psykisk helse og sunne levevaner. Ifølge fylkeskommunen er dette vide innsatsområder, men dette er bevisst, og er en konsekvens av kartleggingen som ble gjort i 2010. Ifølge informanten er det viktig at det er vidt slik at kommunene skal kjenne seg igjen ut fra sitt utfordringsbilde. I partnerskapsavtalene blir det stilt krav om arbeidsmetode og stillingsstørrelse, og dette gjør at partnerskapet tvinger fram at det brukes ressurser på folkehelseområdet.

Ovennevnte budsjett for Kommune B2, som er utløsende for partnerskapsmidler, viser at mesteparten av handlingsplanen er innenfor området sunne levevaner og at detaljeringsgraden er helt nede på premie på karusellrenn til 8 000 kroner. Samtidig er de frie midlene begrenset til 30 000 kroner av totalt 253 000 kroner.

Ifølge Fylkeskommune B's saksutredning til regionalt folkehelsearbeid - budsjett og tiltak for 2016 (Fylkeskommune B 2016) er det ikke foretatt en årlig evaluering av den regionale planen for folkehelse, som tiltenkt, men dette ønskes ivaretatt i 2016 for å få en forståelse av hvorvidt strategier og tiltak har hatt den ønskede effekten.

4.3.4 Hva er konkret oppnådd i folkehelsearbeidet?

Når det spørres konkret om hvilke større tiltak som er iverksatt som følge av partnerskapet på folkehelseområdet, så er dette i stor grad begrenset til etablering av frisklivssentraler.

Informanten for Kommune A1 presiserer i denne forbindelse at folkehelse er et område som er integrert under flere kapitler i kommuneplan. Vedkommende sier at han har arbeidet tett med kommuneplanleggerne og er bevisst på at folkehelse ikke kan skilles ut og dermed heller ikke kan tiltaksrapporteres som et eget område.

Informanten for Fylkeskommune A nevner at partnerskapsavtalene ga fylkeskommunen bedre oversikt og bedre muligheter for samordning, og at avtalene var viktige for mange folkehelsekoordinatorer lokalt. Partnerskapet mobiliserte ifølge henne koordinatorressursen og de ulike gruppene og foraene. Dette bekreftes også av uttalelser fra de andre informantene i fylkeskommunen som viser til at partnerskapet fristilte personellressurser til folkehelsearbeid. Partnerskapet var ifølge informanten for fylkeskommunen et slags verktøy for samhandling, men det kunne sikkert ha kommet noe annet. Hun uttaler:

Jeg vet sannelig ikke hvordan arbeidet hadde vært uten partnerskap. Det var en måte å ordne det på, men det var krevende byråkratisk. En kunne nok ha gjort det samme med tilsagn. Hvis det er snakk om økonomi gjør vi jo det samme på andre områder. Vi er jo en utviklingsaktør og kan jo bistå kommunene ved utvikling av folkehelseiltak. Men da gjør vi det gjennom tilskuddsordninger. Det kan godt hende at dette også hadde fungert.

Informanten for Fylkeskommune B nevner at partnerskapsavtalene har bidratt til å sette folkehelsearbeidet på dagsorden, og gjør at fylkeskommunen gjennom ledelsen av partnerskapet kan samordne og understøtte kommunenes folkehelsearbeid og gjøre det enklere å jobbe systematisk.

Informanten for Kommune A1 nevner at partnerskapsmidlene ble en katalysator for at kommunene selv kunne realisere gode intensjoner. Han uttaler at partnerskapet har skapt noe som har fått sitt eget liv etter at partnerskapsmidlene opphørte, og hevder at det må være det ultimate suksesskriteriet for et slikt tiltak som partnerskap at det lever på egenhånd etter at det har opphørt.

En annen informant (Kommune B2) omtaler partnerskapet som en bitte liten fyrlykt. Partnerskapet setter opp en grensestein inn i kommunen som forplikter denne til å prioritere folkehelse framfor andre gode formål.

Det er et erklært mål med partnerskapene at det skal bidra til kunnskapsutvikling. Flere av informantene peker på at partnerskapet har ført til en bredere folkehelsesatsning og vært med på å utvikle en felles kunnskapsbasis. Informanten for Kommune A1 hevder at det nok har vært endringer i tiden og ikke partnerskapet i seg selv som har bidratt til dette. Informanten for Fylkeskommune A, som har avviklet partnerskapet, legger til at kunnskap om hva som virker av tiltak ikke er godt nok. Informanten for NAV fylke uttaler følgende om kunnskap om hva som virker av tiltak:

Hva som virker av tiltak er en «never ending story» for alle som jobber med feltet. Vi gjør for lite av ting som virker og for mye av ting som ikke virker. Det er viktig med evaluering og følgeforskning og at vi gjør enkle ting som vi vet fungerer i motsetning til hele tiden å gjøre nye ting som vi ikke vet noe om hvordan virker. Vi fortsetter å gjøre ting som ikke virker eller prøver stadig nye ting. Kanskje har det med oppmerksomhet å gjøre, kanskje har det noe med penger å gjøre. Vi kan bli bedre på å gjøre mer følgeforskning.

Den andre fylkeskommunen, som fortsatt har partnerskap, sier at partnerskapet nå har en felles forståelse av at det må jobbes kunnskapsbasert og framhever videre:

De fleste jobber nå med å få oversikt over helsetilstanden. Fylkesmannen jobber nå med et selvmeldingstilsyn ved at kommunene rapporterer til Fylkesmannen hvordan det har gått med dette arbeidet. Så er det å få det inn i planene sine med tiltak og evaluering. Det er viktig at folkehelsearbeidet er systematisk og langsiktig. Det at du driver et kunnskapsbasert folkehelsearbeid krever at du følger en metode.

Når det gjelder om partnerskapet har hatt påvirkningsmuligheter på kommunal og regional utvikling, uttaler den fylkeskommunen som har avviklet partnerskapet:

Det var et stort spørsmål. I den grad vi har vært utviklingsaktør gjennom partnerskapet har vi bidratt med å utvikle frisklivssentraler. Det er det mest håndterlige som man ser fylkeskommunen har vært med å bidra til. Det er nok andre fylker som har bidratt mer til det brede folkehelsearbeidet. Levekårsundersøkelsen har det vært stor oppmerksomhet på også nasjonalt. Men det var jo etter partnerskapet.

Informanten for en av kommunene i fylket (Kommune A2) mener at partnerskapet har hatt direkte påvirkning på den regionale utviklingen, ved at det er laget en regional folkehelseplan som skjeler over kommunegrensen til hva som kan være til felles beste i forhold til turområder og kulturtilbud.

Informanten for Kommune B1 hevder at det i liten grad har blitt utviklet noen felles utviklingsstrategier i partnerskapet i denne delen av fylket.

Informanten for Kommune B2 bemerker at når det gjelder kommunal utvikling, så er det nok mest på mikronivå det er snakk om folkehelse. Det er vanskelig å få inn folkehelseperspektivet inn i boområde-planlegging. Det er veg og bil som er viktig. Regionalt er det ikke så mye aktivitet som det kan snakkes om. Det er å holde gående det som er. Men det interessante er ifølge informanten at det er etablert en beredskap og kompetanse som er lett tilgjengelig å få fram når det er behov for det.

5 Analyse

Her vurderes empirien i foregående kapittel opp imot de teoretiske kjerneelementene som er omtalt i kapittel 2.3 og utfordringene med resultatmåling i kapittel 2.4

5.1 Legger de grunnleggende forutsetningene for partnerskapet til rette for partnerskapsstyring?

For begge partnerskapene gjelder at antall partnere er/var relativt høyt. Fylkeskommune B skiller seg ut ved å ha et betydelig høyere innslag av frivillige og regionale aktører. Selv om partnerskapene har fungert over et relativt langt tidsrom og således har hatt en viss stabilitet, er det viktig å huske på at det har skjedd en suksessiv oppbygging av antall partnere. Begge partnerskapene har standard partnerskapsavtaler der det stilles klare krav fra fylkeskommunens side. Tidligere forskning viser at det i stor grad er fylkeskommunene som har utformet avtalene (Ouff et al. 2010: 75–76). Selv om informanten for Fylkeskommune B uttaler at avtalene er utarbeidet sammen med partnerne, får en også her for de to utvalgte partnerskapene, det inntrykket at det er fylkeskommunen som har holdt på rattet ved utforming av avtalene.

Målene i partnerskapene har i liten grad endret seg underveis. Dette er ikke i samsvar med teorien om samstyring og partnerskap der det forventes at det ligger i samstyrings karakter at de enkelte partene har forskjellige forventninger, interesser og oppfatninger. Dette betinger at målene kontinuerlig skal utvikles som en del av samstyringsprosessen og bidra til proaktivitet og fleksibilitet (Røiseland og Vabo 2012:118). Det er samtidig forståelig at en slik dynamikk skaper store utfordringer med det store antallet partnere i disse to partnerskapene. For begge fylkeskommunene gjelder at alle kommunene ble invitert inn i partnerskapet, men at det har vært visse begrensninger på hvilke frivillige aktører som skulle bli invitert.

Idrettskretsen skiller seg klart ut med sin partnerskapsavtale der det økonomiske bidraget totalt var klart høyere enn for de andre partnere. Her er partnerskapsbidraget helt avgjørende for opprettholdelse av den ordinære virksomheten som etter informantens mening i seg selv er et bidrag til folkehelsen.

Ouff et al. (2010: 74) viser til at frivillighetens egenart og autonomi kan stå i kontrast til det offentliges ønske om forpliktende samarbeid. Det er ifølge forfatterne viktig å ikke undergrave de frivilliges status og karakter. Den økonomiske støtten fra kommunen vil

uansett betinge visse forpliktelser og forventinger om dialog og samarbeid (Ibid.: 74). Det stilles derfor spørsmål om det er tjenlig å innføre partnerskapsbegrepet på avtaler med frivilligheten (Ibid.: 77).

Uavhengig av dette kan det også være en utfordring i partnerskapet at organisasjonens agenda ikke er rettet mot primæroppgavene til partnerskapsorganisasjonen (Monsen og Sundet 2008:90–92). Selv om Idrettskretsen og også NAV fylke har arbeidsområder som utvilsomt har betydning for partnerskapets oppgaver og dermed også konsekvenser for folkehelsen, vil primærinvolvingen for disse uansett være innenfor deres hovedarbeidsområder

Informantene for de to fylkeskommunene er samstemte i at hovedformålet med å inngå partnerskapsavtaler var å følge opp de overordnede nasjonale målene for folkehelsepolitikken. Ifølge informanten for Fylkeskommune B er folkehelsearbeidet styrt fra sentrale myndigheter., og det er lovgivningen som ligger bak målet for partnerskapene med kommunene. For øvrig skulle partnerskapet bidra til et gjensidig og likeverdig samarbeid der behovet for samordning var en viktig driver ved etablering av partnerskapene. Dette er ikke unaturlig da dette er et lovpålagt ansvar for fylkeskommunene (Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet av 19. juni 2009, opphevet og erstattet av lov om folkehelsearbeid av 1. januar 2012).

Gjensidig og likeverdig samarbeid var også noe som gikk igjen da jeg ba informantene svare på hva som skiller partnerskapsavtaler fra andre samarbeidsavtaler. I tillegg til at partnerskapsavtaler i større grad kjennetegnes av gjensidighet og likeverdighet, ble det også tilføyd at disse avtalene er mer formaliserte og forpliktende enn ordinære samarbeidsavtaler.

Informantene for de to fylkeskommunene erkjenner begge to at partnerskapene ikke kan betraktes som helt likeverdige. De medgir at de kunne vært flinkere på medvirkningsprosesser, også med bidrag utenfor partnerskapet. Informanten for Fylkeskommune A uttaler at det ved etablering av partnerskapet var mye ovenfra- og nedstyring. Ifølge informanten kunne partnerne før folkehelseloven kom (Helsedirektoratet 2011a) velge ut to til fire satsningsområder innenfor en fastlagt ramme. Informanten for Fylkeskommune A uttaler at den regionale planen for folkehelse (Fylkeskommune A 2012) inneholder veldig mye om hva fylkeskommunen for egen del skal gjøre og i liten grad er en felles plan for partnerskapet (som reelt sett var avvirket på dette tidspunktet). Samtidig er det ifølge informanten en utfordring at noen kommuner vil ha seg frabedt å bli styrt. Informanten for Kommune B1 viser til at det kan være en utfordring at det ikke alltid vil være full enighet om prioriteringer i partnerskapet; om man for eksempel skal jobbe med strukturer for å få

folkehelseperspektivet inn i alle sektorer eller ha oppmerksomheten rettet mot klassiske livsstilområder og ernæringsarbeid.

Informanten for Fylkeskommune A viser videre til at det er fylkeskommunen som utbetaler og stiller krav om bruk av partnerskapsmidlene. Dette gjør at informanten også stiller spørsmål om en kunne gjort det samme med en tilskuddsordning uten partnerskapet. Dette var da også noe som etter hvert ble praktisert ved at partnerskapsavtalene ikke ble formelt prolongert i den siste perioden av partnerskapet. Informanten uttaler videre at partnerskapet var krevende byråkratisk.

Ovennevnte viser at partnerskapene i begrenset grad er etablert etter forhandlinger internt i partnerskapet med sikte på å etablere klare felles mål (Veggeland som sitert i Higdem 2009: 59). Målene er i stor grad satt med føringer fra sentralt hold og fylkeskommunens lederrolle i partnerskapene.

Ingen av partnerskapene har det kjennetegnet ut fra teorien om at partnerne har overdratt myndighet til et overbyggende organ som kan styre på vegne av partnerskapet (Veggeland som sitert i Higdem 2009: 59). Men her må det tilføyes at fylkeskommunen som initiativtaker og leder av partnerskapene har en annen rolle enn de andre partnerne. Det er ikke unaturlig at de gjennom denne rollen får et visst maktovertak, også i egenskap av å besitte mest kompetanse og ressurser.

Det kan derfor stilles spørsmål ved likeverdigheten i partnerskapene. Fylkeskommunen har som initiativtaker, tilskuddsforvalter og ressurscenter en annen stilling enn de andre partnerne. Den vil som en følge av dette ha betydelig påvirkning på valg av satsningsområder, med føringer for hvordan partnerskapsmidlene skal brukes (Ouff et al. 2010: 31, 75-76). På den annen side synes det ikke som partnerne oppfatter dette som noe problem. Det vises til følgende uttalelser når jeg har spurt om likeverd og medvirkning:

- På grunn av kapasitetsmessige årsaker finnes det klare grenser for kommunens involvering.
- Partnerskapet er uansett en viktig støtte i det lokale folkehelsearbeidet. Kommunene blir i større grad forpliktet til å prioritere folkehelsearbeidet.
- Partnerskapet forløste noe som allerede lå inne i kommunens plan
- Rammene er så brede at det gir stor frihet til å tilpasse folkehelsearbeidet til lokale behov.

Ifølge Røiseland (2008: 102) kan ikke likeverdighet defineres som likeverdighet i streng forstand. Det er ofte slik at noen vil dominere partnerskapet mer enn andre. Men det bør være en forutsetning at det er mulig å trekke seg ut av partnerskapet (Sørensen og Torfing som sitert i Røiseland 2008: 102). Noe som kan sette likeverdigheten i tvil er blant annet store forskjeller administrative ressurser og i hvilken grad man kontrollerer noe de andre partnerne har interesser av (Hernes som sitert i Sandersen og Bay-Larsen 2008: 155).

For de to partnerskapene i undersøkelsen er det selvsagt ikke noe i veien for at partnerne kan trekke seg ut. Spørsmålet er om eventuell omdømmetap og tapte tilskuddsmidler gjør en slik handling sannsynlig. Jeg har ikke spurt de utvalgte partnerne om dette. Store forskjeller i administrative ressurser er utvilsomt til stede.

For begge fylkeskommunene var det et krav i partnerskapsavtalene at folkehelsearbeidet skulle forankres i planarbeidet og i alle sektorer i kommunen, blant annet med etablering av sektorovergrepene folkehelsegrupper. Begge fylkeskommunene har krav om at det skulle være positive kommunestyrevedtak på deltakelse i partnerskapet. Informanten for Fylkeskommune A uttaler at partnerskapet var forankret på det høyeste administrative nivået i fylkeskommunen, og at den var oppe til diskusjon i fylkeskommunens politiske organer. Informanten framholder videre at det var vanskelig å vurdere forankringen ute i kommunene, men at plan- og bygningsloven og folkehelseloven har vært viktig for politisk forankring ute i kommunene.

Fylkeskommune B har som krav at alle frivillige og kommunale aktører som mottar partnerskapsmidler, må utarbeide en handlingsplan med tiltak som skal samsvare med føringene i den regionale planen for folkehelse. Ifølge informanten for Fylkeskommune A ble det ikke stilt krav om handlingsplan ved utbetaling av partnerskapsmidler, men det ble bedt om en kort redegjørelse for hvordan kommunen ville jobbe med de krav som ble stilt i tildelingsbrevet. Informanten for Fylkeskommune B føler at hun har full støtte fra sin egen organisasjon både politisk og administrativt, og viser videre til at partnerskapet blir rapportert inn til politikerne hver år.

Det synes ikke å være noe tvil om at begge disse to partnerskapene har/hadde politiske bindinger og bygger/bygde på formelle avtaler og juridisk signerte kontrakter, selv om det for avtalenes vedkommende kanskje ikke strengt tatt gjaldt for den siste perioden av partnerskapet i Fylkeskommune A. Selv om Fylkeskommune B på papiret synes å ha kommet langt med politisk forankring, så synes det fortsatt å være utfordringer med å forankre folkehelsearbeidet lokalt (Fylkeskommune B 2015).

Det er videre begrenset hvilke forpliktelser partnerskapene kan pådra seg (Peters som sitert i Andersen og Røiseland 2008: 17). Som en av informantene uttaler så har partnerskapet en påvirkningskraft, men ingen formell myndighet, da med unntak av hva som blir nedfelt i handlingsplanene.

5.2 Blir formålet med styringsformen oppnådd?

De fleste av informantene i de to partnerskapene hevder at uten partnerskapet så ville ikke folkehelseområdet fått tilsvarende oppmerksomhet. Som en av partnerne i fylkeskommunen som har avvirket partnerskapet uttrykker, så var det viktig at fylkeskommunen hadde en pådriverrolle som de i kommunen som arbeidet med folkehelse, kunne alliere seg med. Informanten for Nasjonalforeningen for folkehelsen sier at partnerskapet har vært viktig for bevisstgjøring av hva som er utfordringene, og at det er motiverende å være en del av en større enhet som arbeider målrettet sammen. For øvrig kommer det fram at det er pengestrømmene som kanskje er viktigste motivasjon for å delta i det samarbeidet som partnerskapet er. Fylkeskommune B har vurdert å gå vekk fra de økonomiske virkemidlene, men har kommet fram til at det da blir vanskeligere å ivareta lovverket ved at det blir vanskeligere å etterprøve hvordan folkehelsearbeidet blir utført lokalt. De økonomiske virkemidlene er samtidig viktige for å få kommuner og frivillige aktører med i partnerskapet. Selv om pengestrømmene er en motivasjonsfaktor for deltakelse i partnerskapet, så må det sies at de økonomiske virkemidlene er begrensede, noe som også legger klare føringer på hvilke forpliktelser som partnerskapet kan pådra seg (Peters som sitert i Andersen og Røiseland 2008: 17). Partnerskapet må ha tilstrekkelig kapasitet og virkemidler til oppfølging og iverksetting av tiltak (Amdam og Bergem 2008: 30).

Når det gjelder forventningene til partnerskapet, er det betegnende at det i liten grad kommer fram at de ved å opptre sammen, ville oppnå mer enn hver for seg (Amdam og Bergem 2008: 21), da med unntak av Fylkeskommune B som i en annen sammenheng nevner at hun kunne ha ønsket seg enda mer synergier i partnerskapet.

Informantene for begge partnerskapene har for det meste et positivt bilde av hvordan partnerskapet har fungert. Spesielt trekkes fram de to fylkeskommunenes rolle som gode motivatorer i folkehelsearbeidet. Ifølge informantene har begge fylkeskommunene vært veldig dedikerte til området. Her skal det bemerkes at partnerne godt kan være fornøyd med samarbeidet og utbyttet, selv om kriteriene ikke blir oppfylt (Sandersen og Bay-Larsen 2008:149).

Fra to av partnerne i fylkeskommunen som fortsatt har partnerskap, blir det påpekt at partnerskapet hadde tjent på å være mer spisset på noen emner som partnerne i større grad kunne arbeide med i fellesskap. Den ene partneren nevner at partnerskapet burde vært mer proaktivt og flinkere til å utnytte hvilke styrker som er i partnerskapet. Ifølge denne informanten er det i dag ingen store diskusjoner om temaer. Hun hadde nok forventet at partnerskapet skulle vært tettere på og støtte henne i det daglige arbeidet.

Selv om partnerne foran samlingene får anledning til å komme med ønsker for temaer, erkjenner informanten for Fylkeskommune B at det kanskje er for lite toveiskommunikasjon og medvirkning fra partnerne på samlingene. Hun kunne ha ønsket seg enda mer synergier i partnerskapet, men nevner som en begrensning det store antallet partnere. Hun klarer ikke å strekke ut hånden til alle.

Informanten for NAV fylke uttaler at det var for mye formalisme og informasjonsutveksling i partnerskapet, og at det hadde lett for å bli mer prat enn handling. Samtidig blir det både fra Fylkeskommune A og en av kommunene pekt på belastningen med alt papirarbeidet som fulgte med partnerskapet.

Ifølge informantene har de to fylkeskommunene vært viktige pådrivere, støttespillere og motivatorer i folkehelsearbeidet, og at dette har bidratt til større oppmerksomhet om området, også politisk. Her må det påpekes at synspunktene til informantene vil kunne være noe preget av at de selv er dedikerte til området, og vil være positive til all ekstern støtte til sitt interne arbeid på området. Det er grunn til å stille spørsmål om det er vel så mye lovgivningen (her skal det bemerkes at det partnerskapet som er avviklet, eksisterte kun før folkehelseloven kom 1.1.2012) og fylkeskommunens rolle som ressurscenter og tilskuddsyter enn partnerskapet i seg selv som har bidratt til å sette folkehelsearbeidet på dagsorden.

Det er en gjennomgående tendens til at partnerne viser til fylkeskommunen når partnerskapet skal beskrives, og ikke til de andre partnerne. Samtidig kommer det fram at det er for lite diskusjoner og felles konkrete satsningsområder i partnerskapet. Dette underbygges også av en informant i det partnerskapet som fortsatt eksisterer. Vedkommende medgir at hun ikke har bidratt noe særlig til partnerskapet. Ifølge henne har ikke partnerne i fylket felles mål og at mye av det partnerskapet jobber med, ikke er aktuelt for henne. Partnerne kommuniserer ifølge henne ikke så godt på arbeidsområdene, men viser til at hun får støtte fra fylkeskommunen.

Fylkeskommunen som har avviklet partnerskapet uttaler at de tiltakene som er iverksatt kunne også andre ha gjort, men at det var gjennom partnerskapsavtalen dette skjedde.

Jeg sitter derfor igjen med det inntrykket at arbeidet i partnerskapene i stor grad er bilateralt mellom den enkelte fylkeskommune og partnerskapsdeltaker, og at det med unntak av samlingene er liten aktivitet i partnerskapene utover dette. Fylkeskommunen sterke lederrolle kan være noen av årsaken til den tilsynelatende lave aktiviteten mellom de øvrige partnerne (Kenis og Provan som sitert i Røiseland og Vabo 2012: 122-127).

Så svaret på spørsmålet om deltakerne i partnerskapene har oppnådd mer sammen enn hver for seg (Amdam og Bergem 2008: 21) er litt «både og». De har nok oppnådd noe, men det er vanskelig å knytte dette entydig til partnerskapet.

Det at Fylkeskommune B kun krever at de tre vide satsningsområdene i den regionale planen blir fulgt opp, gjør at partnerne ikke blir så konkret styrt på hva de skal velge av tiltak. Som den andre fylkeskommunen, som har avviklet partnerskapet, sier, ville noen av kommunene ha seg frabedt å bli styrt. En kan derfor si at selv om det er fylkeskommunene som i stor grad har utformet partnerskapsavtalene, så har i hvert fall Fylkeskommune B ikke stilt så detaljerte krav til bruk av partnerskapsmidlene..

Fordelen med vide rammer er at kommunen kan tilpasse sitt arbeid til lokale behov.

Utfordringen er at det kan bli litt tilfeldig hva hver enkelt partner prioriterer i folkehelsearbeidet og at det skjer en fragmentering av hva partnerskapet jobber med. Dette forsterkes ved at interaksjonen i partnerskapene som nevnt tidligere primært synes å foregå bilateralt mellom den enkelte partner og fylkeskommunen som leder av partnerskapet.

Begge fylkeskommunene uttaler at partnerskapet har vært viktig for samordning av folkehelseområdet. Andre forhold som nevnes av enkeltstående informanter er at partnerskapet har vært betydningsfullt for å sette folkehelsearbeidet på dagsorden lokalt og dermed forpliktet kommunen til å prioritere folkehelse framfor andre gode formål. Når det gjelder om partnerskapet har hatt påvirkningsmuligheter på kommunal- og regional utvikling, så er det ingen i de to partnerskapene som i særlig grad kan bekrefte dette. Samtidig stilles det fortsatt spørsmål ved om det finnes nok kunnskap om hva som virker av folkehelseiltak. Dette bekreftes også av Riksrevisjonen (2014–2015: 50) der det kom fram at flere kommuner savner kunnskap om hvilke handlingsalternativer som er mest effektive når det gjelder å utjevne sosiale helseforskjeller, og at dette skaper usikkerhet om hvilke tiltak som bør velges og faktisk virker.

Effektmålinger av forebyggende arbeid er krevende da eventuelle resultater kommer lenge etter at tiltak er satt i verk (Ouff et al. 2010: 76). I ettertid kan det også være vanskelig å peke på årsakssammenhenger da det kan være så mange andre faktorer som spiller inn (Ibid.: 76). Det er derfor ikke overraskende at rapporteringen som oftest blir på gjennomføringen av tiltakene. Jeg er også enig med den ene informanten som hevder at folkehelseområdet ikke skal framstå som et eget område, men integreres som et eget hensyn som skal ivaretas i alle sektorer. Folkehelsen påvirkes i stor grad av forhold som ligger utenfor helsesektoren (Dokument 3:11 2014-2015: 51). Det vil derfor nødvendigvis være utfordringer med tiltaksrapportering og resultatmåling som et eget område. Det er derfor ikke så overraskende at informantene i liten grad kan peke på hva partnerskapet konkret har bidratt med i folkehelsearbeidet utover det prosessuelle.

Hvis en tar utgangspunkt i en evaluering av hva denne bestemte styringsformen i beste fall kan bidra med (Koppenjan, Sørensen og Torfing, som sitert i Røiseland og Vabo 2012: 112), kan en si at samordning og koordinering var viktige mål for begge partnerskapene, og at dette er faktorer som ledelsen i partnerskapene (fylkeskommunen) har lyktes med. Men som informanten for den fylkeskommunen som har avviket partnerskapet sier, så kunne det også ha fungert med tilskuddsordninger. Det må da bemerkes at begge de to partnerskapene hele tiden har hatt tilskuddsordninger (partnerskapsmidler) som en integrert del av partnerskapet. Det kan synes som et paradoks at eksemplet med handlingsplan og budsjett om utbetaling av partnerskapsmidler (Kommune B2 2016) er så detaljert og dermed styrende for den enkelte partners arbeid. Tiltakene ligger innenfor de tre satsningsområdene, og jeg har ingen grunn til å betvile at dette er verdifulle tiltak for denne partneren, men det kan være vanskelig å knytte dette opp imot prioriteringer som er gjort av partnerskapet i fellesskap. Det ser her ut til at fylkeskommunen fungerer mer som en tradisjonell tilskuddsforvalter enn en partnerskapsdeltaker blant flere. Jeg har tidligere vist til at det er tilskuddsmidlene som kanskje er viktigste motivasjon for å delta i det samarbeidet som partnerskapet er. Denne motivasjonen kan til en viss grad være større enn motivasjonen til å involvere seg i den daglige driften i partnerskapet, samtidig som manglende tid og kapasitet hos partnerne sikkert også spiller inn.

6 Avslutning

Som nevnt i metodekapitlet har jeg ikke hatt noen ambisjoner om å framstille den hele og fulle virkeligheten med disse partnerskapene. Ideelt sett skulle det vært mulig å besvare hva som er effekten med å bruke partnerskap som styringsform på dette valgte området. Men dette forutsetter blant annet at en samtidig har informasjon om alternativet (ikke partnerskap) og god kontroll på eksterne faktorer som kan påvirke effekten av styringsformen. Dette er krevende for ethvert område som skal effektevalueres og spesielt krevende på folkehelseområdet, som både er veldig bredt og har karakter av forebygging. Jeg har derfor valgt en mer indirekte tilnærming.

Mitt perspektiv har da vært at partnerskap etter teorien inneholder visse kjerneelementer (blant annet likeverdighet, forankring, beslutningskapasitet og synergier). Dersom partnerskap skal fungere etter intensjonene, bør det også så langt som mulig legges opp og driftes i samsvar med disse kjerneelementene.

Uavhengig av mitt perspektiv på området, viser undersøkelsen at de to fylkeskommunene har vært viktige pådrivere, støttespillere og motivatorer i folkehelsearbeidet, og at dette har bidratt til samordning og større oppmerksomhet om området, også politisk.

Men hvordan legger de grunnleggende forutsetningene for partnerskapet til rette for partnerskapsstyring?

Det synes som om målene for partnerskapene i stor grad utformes av fylkeskommunene uten forutgående forhandlinger mellom partnerne, og at målene ligger fast. Dette er ikke med på å bidra til proaktivitet og fleksibilitet. Nå skal det sies at det kan være en utvikling i valgte satsningsområder, men det antas at disse i stor grad vil være styrt av overordnede føringer. Det er ikke unaturlig at fylkeskommunen som initiativtaker, tilskuddsforvalter og ressurscenter får et visst maktovertak, men dette kan i for stor grad gå på bekostning av likeverdigheten i partnerskapet, med de konsekvenser det vil kunne ha for hvordan partnerskapet fungerer.

Formelt sett er det ingen tvil om at partnerskapene er forankret. Samtidig er det begrenset hvor mye formell forankring har av betydning for partnerskapet hvis det ikke har tilstrekkelig kapasitet og virkemidler i sitt arbeid. Undersøkelsen viser at det ut i fra de pengestrømmene som partnerskapet initierer, er begrenset hvilke forpliktelser partnerskapene kan pådra seg. Samtidig må det også nevnes at folkehelseområdet ikke skal framstå som et eget område, men

integreres som et eget hensyn som skal ivaretas i alle sektorer. Det er derfor ikke bare et spørsmål om penger til enkeltstående tiltak, men at folkehelsehensyn og dermed også partnerskapet skal ha påvirkning på prioriteringer innenfor alle sektorer. Uavhengig av dette kan det være vanskelig å fastslå om det er partnerskapet eller lovgivningen (bygningsloven og folkehelseloven) som har bidratt mest til forankring.

Uansett er det sannsynlig at kravene om at partnerskapet skulle vedtas politisk i kommunene og at folkehelsearbeidet skulle forankres i planverket og i alle sektorer i kommunen, har vært en viktig faktor for å synliggjøre folkehelsearbeidet i de politiske organene.

Blir formålet med styringsformen oppnådd?

Det er betegnet at selv om informantene for begge partnerskapene har et positivt bilde av hvordan partnerskapet har fungert, så vises det utelukkende til fylkeskommune og ikke de andre partnerne. Samtidig kommer det fram at det er lite diskusjoner og felles konkrete satsningsområder i partnerskapet. Her menes det nok mere avgrensede områder enn de brede områdene som den fylkeskommunen som fortsatt har partnerskap viser til. De brede satsningsområdene gjør at det blir litt tilfeldig hva hver enkelt partner prioriterer i folkehelsearbeidet. Det kommer fram at mange av de konkrete områdene som enkelte partnere prioriterer, er uaktuelle for andre partnere. Dette er det i og for seg ikke noe galt i, da det må forutsettes en viss grad av lokal tilpasning. Den tilsynelatende lave interaksjonen mellom partnerne kan blant annet skyldes fylkeskommunen sterke lederrolle og at mye av fylkeskommunens arbeid har preg av tilskuddsforvaltning.

Dette gjør at det skjer en fragmentering i partnerskapene ved at arbeidet i partnerskapet i stor grad er bilateralt mellom den enkelte fylkeskommune og partnerskapsdeltaker. Det positive med dette er at fylkeskommunen får god kontroll med den lovpålagte oppfølgingen av folkehelseområdet. Det negative kan være at dynamikken og synergieffektene, som kanskje er det viktigste formålet med partnerskap som styringsform, blir skadelidende.

En sammenfatning av svarene på de to ovennevnte spørsmål blir da at det er en del bristende forutsetninger i de to utvalgte partnerskapene som gjør at intensjonen med partnerskap som styringsform blir vanskelig å oppfylle. Manglende likeverdighet, som blant annet kan føres tilbake til fylkeskommunens utvetydige lederrolle og dobbeltrolle som både tilskuddsforvalter og partnerskapsdeltaker, fører til begrenset involvering fra partnerne. Dette gjør igjen at det er vanskelig å oppnå tilstrekkelig synergieffekter. Det kan derfor konkluderes med at for de to undersøkte partnerskapene, så har intensjonen med partnerskap som styringsform i begrenset

grad blitt oppfylt. Dette må ikke forstås som kritikk av det arbeidet som er utført av de to oppgaveansvarlige avdelinger i fylkeskommunene, da de antakelig har gjort så godt de kan innenfor de rammer som de har å forholde seg til. Her kan blant annet nevnes den utfordringen de har med antallet partnere. Det er ikke til å stikke under en stol at det vil være vanskelig å begrense antallet partnere, samtidig som det antakelig er en grense for hvor mange partnere som det er mulig å ha i et partnerskap.

Hvordan de enkelte fylkeskommuner utformer sine partnerskap, kan også påvirkes av en viss sti-avhengighet, som blant annet kommer fram i en studie i tre fylkeskommuner Higdem (som sitert i Nyhus, Solbu og Stokke 2011: 48). Her blir det dokumentert at partnerskap ikke blir utformet fra intet, men med bakgrunn i erfaringer de respektive partnerne har fra tidligere samarbeid. Det er dette som skaper sti-avhengigheten og at tidligere måter å samarbeide på vil påvirke hvordan partnerskapsarbeidet blir lagt opp.

Referanseliste:

- Amdam, Roar og Bergem, Randi (2008). *Kriterium for evaluering av partnerskap og planlegging i kommunalt folkehelsearbeid*. Arbeidsrapport nr. 222. Høgskulen i Volda/Møreforskning.
- Andersen, Ole Johan og Røiseland, Asbjørn red. (2008). «Introduksjon.» I Andersen, Ole Johan og Røiseland, Asbjørn red. *Partnerskap. Problemløsning og politikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bjørkli, Vidar (2010). *Samstyring og partnerskap i lokalt folkehelsearbeid*. Masteroppgave. Høgskolen i Lillehammer
- Dokument 3:11 (2014-2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. Riksrevisjonen.
- Fylkeskommune A og Kommune A1 (2006). *Partnerskapsavtale mellom Fylkeskommune A og Kommune A1*.
- Fylkeskommune A og NAV fylke (2007). *Partnerskapsavtale mellom Fylkeskommune A og NAV fylke*.
- Fylkeskommune A og Idrettskretsen (2010). *Partnerskapsavtale «Fylkeskommune A-resepten» – folkehelseprogrammet mellom Fylkeskommune A og Idrettskretsen*.
- Fylkeskommune A (ingen dato). *Invitasjonsbrev til kommuner om partnerskap i lokalt folkehelsearbeid for perioden 2010 – 2014*.
- Fylkeskommune A (2011). *Regionalenheten: Tilsagn på kr 60 000 til Kommune A2 for folkehelsearbeidet 2011*.
- Fylkeskommune A (2012). *Regional plan for folkehelse i Fylkeskommune A 2012-2016*.
- Fylkeskommune B (2012). *Regionalplan for folkehelse i Fylkeskommune B 2013-2017*, vedtatt i Fylkestinget desember 2012.
- Fylkeskommune B (2013a). *Standardavtale for partnerskap for folkehelse i Fylkeskommune B –kommuner*.
- Fylkeskommune B (2013b). *Standardavtale for partnerskap for folkehelse i Fylkeskommune B –organisasjoner*.
- Fylkeskommune B (2015). *Partnerskap for folkehelse i Fylkeskommune B i 2015. – Et sammendrag av hovedpunkter for rapporteringen*.

- Fylkeskommune B (2016). *Fylkeskommune B's saksutredning til Fylkestinget om regionalt folkehelsearbeid - budsjett og tiltak for 2016.*
- Helgesen, Marit K. og Hofstad, Hege (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse.* NIBR-rapport 2012:13.
- Helgesen Marit K., Hofstad, Hege, Risan, Lars C., Stang, Ingun, Rønningen, Grete E., Lorentzen, Catherine, Goth, Ursula S. (2014). *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner.* NIBR-rapport 2014:3.
- Helsedirektoratet (2011a). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), med merknader til de enkelte bestemmelsene. Opptrykk til fylkesvise samlinger høsten 2011.*
- Helsedirektoratet (2011b). *Partnerskap som arbeidsform i regionalt folkehelsearbeid – med oversikt over fylkeskommuners organisering av folkehelsearbeidet.* Rapport IS-1935.
- Higdem, Ulla (2009). *Regional Partnerships and their Construction and Implementations. A case study of three Norwegian Counties.* Saarbrücken VDM Verlag Dr. Müller.
- Hofstad, Hege og Vestby, Guri M. (2009). *Lokalt folkehelsearbeid. Underveisevaluering av Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse.* NIBR-notat 2009:102.
- Kommune B1 (2015). *Respons på rapportering for 2015 – Partnerskap for folkehelse.*
- Kommune B2 (2016). *Anmodning om utbetaling av Partnerskapsmidler folkehelse 2016. Plan/budsjett for fordeling av folkehelsmidler 2016.*
- Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend (2009). *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet* av 19. juni 2009 opphevet og erstattet av *lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)* av 1. januar 2012.
- Mehmetoglu, Mehmet (2004). *Kvalitativ metode for merkantile fag.* Bergen: Fagbokforlaget.
- Meld.St.34 (2012-2013). *God helse – felles ansvar.* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Monsen, Leif-Kristian og Sundet, Marit (2008). «Partnerskap eller pratnerskap»? I Andersen, Ole Johan og Røiseland, Asbjørn red. *Partnerskap. Problemløsning og politikk.* Fagbokforlaget.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen (2015). *Respons på rapportering for 2015 – Partnerskap for folkehelsen.*

Nordland fylkeskommune (2014). *Fylkeskommunenes samarbeidsavtaler med kommunene om folkehelsearbeidet*. Notat med resultater fra kartleggingen.

NOU 1998:18. *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Sosial- og helsedepartementet.

Nyhus, Lene, Solbu, Katrine G. og Stokke, Mona (2011). *Partnerskap – eller løse forbindelser? Vurderinger av fylkesvise partnerskap for karriereveiledning*. ØF-rapport nr. 08/2011.

Ouff, Susanne M., Bergem Randi, Hanche-Dalseth, Marte, Vestby, Guri-Mette, Hofstad, Hege, Helgesen, Marit K. (2010). *Partnerskap for folkehelse og Helse i plan*. Sluttrapport. Rapport nr. 7. Møreforskning Volda.

Prop. 90 L (2010–2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Røiseland, Asbjørn (2008). «Kan institusjonelle partnerskap skapes og styres?» I Andersen, Ole Johan og Røiseland, Asbjørn red. (2008). *Partnerskap. Problemløsning og politikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Røiseland, Asbjørn og Vabo, Signy Irene (2012). *Styring og samstyring – governance på norsk*. Bergen. Fagbokforlaget.

Røvik, Kjell Arne (2009). *Trender og translasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sandersen, Håkan T. og Bay-Larsen, Ingrid (2008). «Partnerskap mot alle odds.» I Andersen, Ole Johan og Røiseland, Asbjørn red. (2008). *Partnerskap. Problemløsning og politikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Saxi, Hans Petter (2008). «Partnerskapets Janusansikter». I Andersen, Ole Johan og Røiseland, Asbjørn red. *Partnerskap. Problemløsning og politikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

St.meld. nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Helsedepartementet

St.meld. nr. 12 (2006-2007). *Regionale fortrinn – regional framtid*. Kommunal- og regionaldepartementet

Tjora, Aksel (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg:

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Godkjenning fra Personvernombudet om behandling av personopplysninger

Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Hovedproblemstillinger og underproblemstillinger	Intervjuguide
Hva lå til grunn for etablering av partnerskapet?	
Hva var formålet med partnerskapet?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvor lenge har partnerskapet eksistert/hvor lenge varte partnerskapet? 2. Hva anser dere er hovedformålet med partnerskap som organisasjonsform? (<i>stilles ikke til friv.org.</i>) 3. Hva skiller dette fra andre samarbeidsformer? (<i>stilles ikke til friv.org.</i>) 4. Hva var hovedformålet med det konkrete partnerskapet? 5. I hvilken grad var dere med å bestemme målet for partnerskapet? 6. I hvilken grad har partnerskapet endret målet underveis?
Hvilke motiver hadde partnerne for å delta? Hvem inviteres inn partnerskapet?	<ol style="list-style-type: none"> 7. Hvordan inviterte dere partnerne/Hvordan ble dere invitert? 8. Hva var motivet/begrunnelsen for å invitere disse som partnere/å gå inn i partnerskapet? 9. Hva ville dere miste ved ikke å delta? 10. Burde andre aktører deltatt i partnerskapet og eventuelt hvorfor?
Hvilke mandater hadde partnerne? Hvilke forpliktelser kan partnerskapet pådra seg?	<ol style="list-style-type: none"> 11. På hvilken måte bidrar/bidro basisorganisasjonen til at partnerskapsdeltakelsen kunne utøves på en best mulig måte i forhold til målsettingen? 12. Hvilke forpliktelser kan dere/kunne dere gi på vegne av basisorganisasjonen?
Hvilke forventninger hadde partnerne?	13. Hvilke forventninger har/hadde dere til partnerskapet?
Hvordan har partnerskapet fungert?	
Hva er gjort for å sikre forankring?	14. På hvilken måte er det politiske nivået trukket inn i arbeidet? (<i>stilles ikke til friv.org.</i>)

	<p>15. Hvilken kobling har partnerskapet til folkevalgte organer?</p> <p>16. Er politikerne aktive i partnerskapet?</p>
Hva er gjort for å mobilisere innbyggerne?	<p>17. Hva har ligget til grunn for valg av satsingsområder?</p> <p>18. I hvilken grad er innbyggerne trukket inn i dette arbeidet?</p>
Hvordan har ledelsen og samarbeidet fungert?	<p>19. På hvilken måte har samarbeidet i partnerskapet skjedd (roller, regler, prosedyrer, kommunikasjonsformer og møtepunkter)?</p> <p>20. Hvor viktig anser/anså du partnerskapet?</p> <p>21. Er det forhold som har motivert eller demotivert deg i partnerskapet?</p> <p>22. Er det en utfordring at partnerne ikke har like mye makt og ressurser?</p>
Hvordan ble praksis i forhold til forventingene?	<p>23. Har det vært noen viktige hindre/begrensninger underveis?</p>
Hva har den enkelte partner bidratt med?	<p>24. Hva synes du selv du har bidratt med?</p> <p>25. Hva har de andre bidratt med?</p> <p>26. Synes du at partnerne har tatt felles ansvar for sikre måloppnåelse?</p>
Hvordan har partnerskapet virket inn på prioriteringene?	
Hva har partnerskapet bidratt med av kunnskapsutvikling?	<p>27. Hvilken felles forståelse av utfordringene er etablert?</p> <p>28. Hva med kunnskap om hva som virker av tiltak?</p> <p>29. I hvilken grad har partnerskapet (hatt) påvirkningsmuligheter på regional/kommunal utvikling?</p> <p>30. I hvilken grad har partnerskapet etablert felles utviklingsstrategier og mobilisert ressurser?</p>
Hva har partnerskapet bidratt med av innspill til planarbeidet? Hva har partnerskapet bidratt med av konkrete folkehelstiltak?	<p>31. Her ønskes konkrete eksempler med henvisning til planstrategi, kommuneplaner, handlingsplaner og budsjett (konkrete bevilgninger)</p>

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Aksel Hagen

Avdeling for økonomi og organisasjonsvitenskap Høgskolen i Lillehammer
Postboks 952
2624 LILLEHAMMER

Harald Hårfagre gate 29

N-5007 Berge

Nop,vav lei • 21

Fax . 147-55 58 9

nsdfinsd ulh.n

wwnsd thb no

€ nr 985 32

Vår dato: 17.06.2015

Vår ref. 43487 / 3/ CMR

Deres dato.

Deres ref:

88/1

TILBAKEMELDING PA MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.05.2015.
Meldingen gjelder prosjektet:

43487	Partnerskap og folkehelse
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Lillehammer, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Aksel Hagen
Student	Sven Antonsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt\]skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt]skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tit: 55 58 89 1 1

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Partnerskap og folkehelse"

Jeg viser til hyggelig telefonsamtale i dag. Nedenfor følger litt mer informasjon om undersøkelsen.

Bakgrunn og formål

Studien skal omhandle hva partnerskapet for folkehelse har betydd for folkehelsearbeidet i fylkeskommuner og kommuner. Den tar utgangspunkt i hva som lå til grunn for partnerskapet, hvordan partnerskapet har fungert og hvordan partnerskapet har virket inn på prioriteringene. Prosjektet er et mastergradsstudium ved Høgskolen i Lillehammer.

Det er trukket ut to fylkeskommuner – én fylkeskommune som har partnerskapsavtaler og én fylkeskommune som har avsluttet ordningen med partnerskap. Din kommune er sammen med en annen kommune i fylkeskommunen trukket ut da dere ikke lenger har noen partnerskapsavtale med fylkeskommunen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien vil i hovedsak være basert på intervjuer. I tillegg vil det også bli innhentet relevante dokumenter (blant annet partnerskapsavtaler og andre dokumenter som berører partnerskapsforhold og folkehelse). Det antas at intervjuene vil vare cirka én time. Intervjuene vil blant annet ta opp hvilke motiver og forventninger det er/var til partnerskapet, hva partnerne har bidratt med, hvordan samarbeidet har fungert og hva partnerskapet har ført til av kunnskapsutvikling og konkrete folkehelse tiltak. En skjematisk oversikt over problemstillingene følger vedlagt. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun student og veileder vil ha tilgang til personopplysninger. Alle enheter og personer vil bli anonymisert i den publiserte masteroppgaven.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. mai 2016. Alle personopplysninger og lydopptak vil bli slettet ved prosjektslutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Sven Antonsen arb. 22 24 12 18/mob. 48 21 58 59 eller veileder Aksel Hagen tlf. 61 28 80 60.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Vennlig hilsen
Sven Antonsen

