



Helge Ramsdal og Trude Tonholm:

**Evaluering av det regionale partnerskapet
Østfoldhelse – overordnet organisering**

Høgskolen i Østfold,
Avdeling for helse- og sosialfag

Forord.

Denne rapporten er en del av evalueringen av partnerskapet Østfoldhelsas virksomhet i tiden 2007 – 2010. Evalueringsarbeidet er et oppdrag fra Østfoldhelsa, og er forutsatt å være del av beslutningsgrunnlaget for det videre arbeidet i partnerskapet. Grunnlaget for evalueringen er todelt: en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse gjennomført av Nils Söderman og Sven Hassler ved Høgskolan Väst, Trollhättan, og en kvalitativ undersøkelse, primært basert på intervju, gjennomført av Helge Ramsdal og Trude Tonholm, Høgskolen i Østfold. Det er denne siste delen som er rapportert fra her. Fokus i denne delen av evalueringen er erfaringene med partnerskapsorganiseringen, dvs. den overordnede organiseringen av folkehelsearbeidet i Østfold. Det må understrekes at denne delen av evalueringen er relativt avgrenset, idet vi har intervjuet et lite antall personer som på ulike måter er involvert i folkehelsearbeidet i fylket. Vi mener likevel at en kan peke på enkelte problemstillinger som bør være gjenstand for diskusjon om enkelte endringer i Østfoldhelsas overordnede organisasjon.

Vi vil takke Østfoldhelsa ved sekretariatet for oppdraget, og ikke minst takke de som tok seg tid til å intervjues om temaet i en travel hverdag.

Kråkerøy 12.1.2011

Helge Ramsdal og Trude Tonholm

1. Bakgrunn og problemstillinger

Om evalueringsprosjektet.

I samarbeid med Høgskolan Väst, Trollhättan, har Høgskolen i Østfold (HiØ) fått i oppdrag å evaluere partnerskapet Østfoldhelsa for perioden 2006 – 2011. Evalueringen var delt i to deler – en kvantitativ spørreskjemaundersøkelse til representanter fra de deltagende parter i samarbeidet (senere supplert med et tilbud om en studie av enkeltkommunenes erfaringer med folkehelsearbeidet i

sin kommune) og en kvalitativ undersøkelse basert på intervjuer med noen utvalgte aktører som på ulike måter er involvert i partnerskapet. Den foreliggende rapporten fokuserer i tråd med oppdraget på en kartlegging av erfaringene med partnerskapsorganiseringen blant aktører fra kommuner og fylkeskommune. Intervjuene fokuserer på erfaringene med organisering, ledelse og aktiviteter i forhold til hvilke faktorer som fremmer og hemmer vellykket gjennomføring på ”et overordnet organisasjonsnivå”. Vi har tolket oppdraget slik at det særlig er momenter som kan ha betydning for avgjørelsen om å videreføre partnerskapsavtalene, og om eventuelle endringer og justeringer i organisasjons- og ledelsesformer knyttet til Østfoldhelsas styrende organ, sekretariatsfunksjonen og relasjoner mellom partnerne som skal evalueres. I praksis har mange av de synspunktene og vurderingene vi har samlet inn dreiet seg om erfaringer med disse forholdene ved den overordnede organisering av partnerskapet.

Om Østfoldhelsa.

Østfoldhelsa er et partnerskap som skal oppfylle folkehelsemålsettingene i fylkesplanen for Østfold. Foruten Østfold fylkeskommune, består partnerskapet av alle kommuner i Østfold, unntatt Hvaler. (Hvaler er nå i en prosess der de ønsker å slutte seg til partnerskapet). Også Fylkesmannen i Østfold, Sykehuset Østfold HF, Høgskolen i Østfold, Østfold Idrettskrets, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Frivillighetssentralene i Østfold er med i partnerskapet.

Alle partnerne har inngått en samarbeidsavtale/partnerskapsavtale som beskriver den faglige og organisatoriske forankring for folkehelsearbeidet, mål, samarbeidsformer og overordnet ansvar, eierskap og deltakelse. Om det sistnevnte punktet, som dreier seg om de forhold vi har fokusert på i denne delen av evalueringen, tas det som utgangspunkt at Østfold fylkeskommune har det formelle ansvaret for fylkesplanen, som folkehelseprogrammet er en del av. Østfold fylkeskommune er den formelle eier. Gjennomføringen er imidlertid basert på et partnerskap, der

partnerne skal være likeverdige mht. styring, programutvikling og gjennomføring. Fylkeskommunens og kommunenes deltakelse er forankret i fylkestings- og kommunestyrevedtak. I følge presentasjonen av avtalene skal fordelingen av ansvaret mellom fylkeskommunen og andre partnere i programmet skal være følgende:

Østfold fylkeskommune har et hovedansvar for koordinering, gjennomføring og kvalitetssikring av hele programmet når det gjelder planutvikling, kontroll, oppfølging og rapportering. Sekretariatsansvaret ivaretas av fylkeskommunen som stiller personell- og kontorressurser til rådighet for partnerskapet etter nærmere avtale, og er regnskapsfører for folkehelsebudsjettet. Videre har fylkeskommunen ansvar for fylkeskommunens medfinansiering av partnerskapet.

Andre partnere har som ansvar å synliggjøre folkehelsearbeidet i egne planer, initiering og planlegging av lokale prosjekter, og aktiv medvirkning i gjennomføringen, medfinansiering i prosjekter, tiltak og aktiviteter. I tillegg skal partnerne levere en ikke nærmere spesifisert "innsats av lokale personell- og kontorressurser", utpeke koordinator for folkehelsearbeidet, bidra til informasjon om arbeidet, og delta på nettverkssamlinger og i fellesaktiviteter i partnerskapet.

Kommunene er selv ansvarlige for å gjennomføre folkehelsearbeidet. Hver kommune skal ha en folkehelsekoordinatorfunksjon, planer som inkluderer folkehelsestrategier, og vil i tillegg kunne gjennomføre eller delta i ulike kommunale prosjekter, nettverk osv. Oversiktene i Østfoldhelsa viser her til en omfattende aktivitet, mengde i form av relativt små prosjekter. De fleste aktivitetene er knyttet til de tre hovedstrategiene for partnerskapet: ”trygge”, ”sunne”, ”levende”, slik disse er kort beskrevet under.

Sekretariatet fra fylkeskommunen koordinerer satsningen og bistår med rådgivning og gjennomføring av fellestiltak. Det heter at kommunene gjennom inngåelse av partnerskapsavtalen forplikter seg til å vektlegge folkehelsearbeidet i kommunale planer, og de må samtidig sette av ansatte til å arbeide med dette. Partnerskapsavtalene skal nå drøftes, og eventuelt fornyes, i løpet av 2011. Evalueringen som er foretatt er en del av beslutningsgrunnlaget for denne prosessen.

Østfoldhelsa skal – gjennom partnerskapsorganiseringen og det tilhørende lokale folkehelsearbeidet – gjennomføre folkehelsemålene i fylkesplanen. Målet for samarbeidet er å redusere risikoen for skader og sykdommer i befolkningen. Utover dette skal det arbeides med å gjøre utsatte grupper mer ressurssterke, og til å gjøre lokalsamfunnet til et bedre sted å bo i. Partnerskapet vil derfor ha som en hovedoppgave å vise at forebyggende og helsefremmende arbeid gir positive resultat både for enkeltindivid og for samfunnet som helhet. De innsatsområdene som er valgt for å oppnå dette valgt i tråd med nasjonale retningslinjer og tilpasset forholdene i Østfold. Programmet har tre strategier: I "Levende Østfold" er målet er å stimulere til aktive, bærekraftige og levende lokalsamfunn der helse, miljø og kultur ses i sammenheng. Det legges vekt på å mobilisere innbyggerne til å ta del i utviklingen av nærmiljøene sine. I "Sunne Østfold" er målet er å minske risikoen for livsstils- og inneklimasykdommer, belastningslidelser og psykososiale problemer i befolkningen. Dette skal gjøres gjennom å utvikle sunne vaner i befolkningen, reduksjon av helseskadelige forhold og ved å styrke den forebyggende innsatsen.

I "Trygge Østfold" er målet er å vise at en aktiv skadeforebyggende innsats fører til nedgang i skader og ulykker og bedrer livskvaliteten for befolkningen. Verdens Helseorganisasjon sitt konsept «Trygge lokalsamfunn» er utgangspunktet for strategien.

Som en ser er målene for partnerskapet omfattende og ambisiøse, og organiseringen gjennom partnerskapsavtalene er strukturert slik at hver enkelt partner har et selvstendig ansvar for å ivareta sin del av avtalen, samtidig som det er etablert en organisatorisk overbygning ("den overordnede organisasjonsstruktur") som innbefatter et representantskap, styre og sekretariat med daglig leder. Sekretariatet er plassert i fylkeskommunens lokaler og er bemannet med ca. 4 årsverk (inklusive styreleder i 50 % stilling). Staben dekker også oppgaver som ivaretas av fylkeskommunens folkehelseseksjon i Regionalavdelingen (Østfoldhelse 2010)

Det er utarbeidet vedtekter og retningslinjer for representantskap, styre, daglig leder, koordinatorene og lokale komiteer for folkehelsearbeid. Styret for Folkehelse består av 7 personer, samtlige er politisk valgte til fylkesting og/eller kommunestyre, 3 fra Fylkestinget og 4 fra kommunene. I tillegg møter leder for fylkeskommunens komité for Opplæring, kultur og helse som observatør. Styrets sammensetning innebærer at det kun er politisk valgte fra fylkeskommune og kommunene som er representert. De kommunale styremedlemmene er valgt slik at de dekker regionene i Østfold. Selv om de øvrige partnerorganisasjonene ikke er representert i styret, understrekes

det likevel i samarbeidsavtalene at partnerne er likeverdige, med de rettigheter og plikter dette innebærer.

I denne del av evalueringen er det de organisatoriske virkemidlene partnerskapet representerer for å nå disse målene som er i fokus. I denne rapporten er derfor problemstillingene knyttet til hvilke ressurser partnerskapet rår over, hvilke oppgaver og satsingsområder en har prioritert, og erfaringer med struktur og deltakelse i partnerskapet, slik et utvalg aktører ser på dette. Rapporten tar utgangspunkt i, og supplerer og viderefører, synspunkter som er fremkommet i den kvantitative delen av evalueringen som er foretatt av Høgskolan i Väst.

2. Teoretiske perspektiver på partnerskapsorganisering.

Partnerskapsmodellen

Generelt er partnerskapsmodeller samarbeid mellom ulike offentlige og private aktører (kommersielle og frivillige organisasjoner) for å løse felles problemer. Sett fra offentlige myndigheters side er partnerskap en av flere mulige måter å styre på, her ved at de ulike partnerne spleiser ressursene sine. Selv om denne organisasjonsformen har lange tradisjoner, blir partnerskapsorganisering av mange ansett som en organisatorisk nyvinning – der en søker å utvikle samarbeid og samordning gjennom mobilisering og deltakelse av ulike parter innenfor en samfunnsområde. Kjentegn ved partnerskapsorganisering er at alle relevante samarbeidspartnere skal delta, at de fungerer som likeverdige parter og at en oppnår konsensus om mål og virkemidler. Andersen og Røiseland (2008) peker på visse begrepsmessige kjennetegn: et er at de deltakende partnere har status som *prinsipal*, det vil si at deltakerne har mulighet til å fatte beslutninger på vegne av andre. Dette er ikke uten videre uproblematisk, som et eksempel kan nevnes at en representant for kommunen vil ikke uten videre kunne binde opp kommunale vedtak gjennom partnerskapsbeslutninger.

Dette peker på et viktig poeng også i vår sammenheng – partnerne er hver for seg komplekse organisasjoner som må følge sine egne vedtaksprosedyrer, og der myndighetsutøvelse på et ansvarsområde ikke uten videre kan underlegges beslutninger i partnerskapet. Representasjonsspørsmål er derfor viktige å avklare for at partnerskapsorganisasjoner skal fungere effektivt. Et annet kjennetegn er at partnerskap krever at arbeidet må ha en viss varighet og stabilitet, at det må tilføres egne ressurser, og at det må være en formell ramme, slik partnerskapsavtalene er eksempler på. Uten å gå nærmere inn på dette her, finnes det ulike former for partnerskap. I vår sammenheng er det særlig det som betegnes som institusjonelle partnerskapsformer som er aktuelle. Her er det lagt sterkt fokus på tillitskapende relasjoner (Rhodes 1997, Andersen og Røiseland 2008).

Utviklingen av partnerskap er en internasjonal tendens, og en har etter hvert fått mange evalueringer og analyser av partnerskapsorganisasjoner både i andre vestlige land og i Norge. Her er ofte etablering av partnerskap ansett som et resultat av at en ønsker å bryte ned hierarkiske modeller for styring i offentlig sektor, og at en mener det er behov for å mobilisere ulike aktører og interesser både i en stadig mer kompleks offentlig sektor, og blant private aktører som frivillige organisasjoner, lokalsamfunn og bedrifter. Dette blir ofte betegnet som en overgang fra "government" til "governance" i den statsvitenskapelige litteraturen (Stoker 2004).

Blant de erfaringene som trekkes frem, er det særlig tre som kan være relevante i vår sammenheng: for det første forholdet mellom de deltakende partnerne som "driftsorganisasjoner" (her: partnere som fylkeskommunen, kommunene, fylkesmannen, frivillige organisasjoner, høgskolen og sykehuset) og selve partnerskapsorganisasjonen. Her er det erfaringsmessig både et spørsmål om i hvilken grad partnerskapsorganisasjonen blir tilført tilstrekkelige ressurser, og om partnerskapet får støtte og legitimitet i de deltakende organisasjoner som er særlig viktige problemstillinger.

For det andre dreier det seg om forholdet mellom partnerskapets konsensuskrav og de politiske (og andre) konfliktlinjer som forventes å bli skjøvet i bakgrunnen på partnerskapets virkeområde for å skape gjensidig tillit og gode samarbeidsrelasjoner. Her er særlig faren for at politiske motsetninger skyves ut av arbeidet ved at avvikende synspunkter og mindretallskonstellasjoner blir organisert ut av partnerskapsorganene som er i fokus.

For det tredje, i forlengelsen av punktet foran, faren for at en prioriterer arbeidsoppgaver og strategier som det kan skapes konsensus om på bekostning av strategier og arbeidsoppgaver som kunne være mer effektive ut fra resultatmål. Dette kan skje ved at en prioriterer å ivareta konsensus gjennom å velge "minste felles multiplum" foran optimale løsninger sett fra et effektivitetssynspunkt. Enkelte har derfor gått så langt som å hevde at partnerskap kan ha en tendens til å bli "prateklubber", der den symbolske

aktiviteten knyttet til deltakelse er viktigere enn de faktiske resultater en oppnår (Monsen 2008).

Offentlige myndigheter i Østfold – og mange private aktører – har etter hvert fått erfaringer med partnerskapsarbeid. Særlig noen kommuner og Østfold fylkeskommune har etablert flere partnerskap, for eksempel innenfor kompetanseutvikling, reiselivsnæring, samhandling mellom sykehus og kommunene, NAV. Erfaringene med disse strategiene er for oss viktige referansepunkter i evalueringen av Østfoldhelsa, og noen er evaluert slik at det er noen generelle erfaringer en etter hvert kan trekke på om dette (se for eksempel Ramsdal og Hansen 2009 om evalueringen av samhandling mellom kommuner og sykehus gjennom Samhandlingsforum). Sammen med de mer prinsipielle spørsmålene som er nevnt over, danner disse erfaringene et bakteppe for datainnsamlingen som er foretatt i denne delen av evalueringen, og vi skal komme tilbake til dem i drøftingen av resultatene av fra intervjuene senere i rapporten.

Partnerskap for folkehelse.

Gjennom St.m. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge har en valgt en mangfoldig strategi i forhold til de helsepolitiske mål: det dreier seg om tilrettelegging for at den enkelte tar vare på egen helse, å bygge allianser for folkehelse, å styrke helsetjenestenes forebyggende arbeid, og å utvikle ny kunnskap på feltet. En har i flere år snakket om ”det nye folkehelsearbeidet”, som i mindre grad er knyttet til en medisinsk-epidemiologisk tradisjon, og i større grad er opptatt av det som i det nye lovforslaget fra 2010 betegnes som et sektorovergripende ansvar der de helsevitenskapelig kunnskap er supplert med sosiologisk kunnskapsperspektiv (Hauge og Mittelmark 2003, Helse- og omsorgsdepartementet 2010b).

Ikke alle mener at denne utviklingen i offentlig politikk er fulgt opp i praksis (Fugelli og Solbakk 2003). Det bør likevel sies at store deler av det nye

lovforslaget om folkehelsepolitikken representerer er tydeliggjøring av prinsippene om "helse i all politikk", som det nå formuleres. Her legges det også vekt på å videreføre den demokratiske tradisjonen i folkehelsearbeidet, blant annet gjennom en fortsatt vektlegging av lokalstyrets posisjon i folkehelsearbeidet, og gjennom beskrivelser av betydningen av lokalsamfunnsarbeid: *"Regjeringen vil med denne meldingen fremme et kommune – ikke et sektorperspektiv på folkehelsearbeidet"*, heter det (St.m.nr.16:77). Også dette er fulgt opp i lovforslaget.

Den kanskje viktigste nye strategien i forhold til denne "demokratiske" innfallsvinkelen er basert på målet om å stimulere til *"en omfattende alliansebygging både innefor det offentlige og mellom offentlige instanser og det frivillige Norge – et partnerskap for folkehelsen"*(St.m. nr. 16:24). Som nevnt innledningsvis er det lansert en modell for partnerskapsarbeid gjennom den såkalte Østfoldmodellen. Arbeidet er organisert som en "folkehelsekjede", der ti kommuner og fylkeskommunen har inngått en avtale om å gjennomføre folkehelsemålene i fylkesplanen. Planen tar utgangspunkt i de statlige prioriteringene men er tilpasset lokale forhold. Programmet gir gjensidige forpliktelser for de involverte partene, der hovedmålene er *"å fremme helhetstenkning der folkehelseperspektivet er med i all planlegging, der en skal skape grunnlag for samarbeid på tvers av sektorer, nivåer og profesjoner, utvikle praktiske metoder i folkehelsearbeidet, mobilisere nærmiljøene til innsats, og bygge opp ny kunnskap"* (Østfoldhelsa 2007).

Som nevnt har Østfold ofte vært fremhevet som et foregangsfylke når det gjelder folkehelsearbeid. Dette kan ha sammenheng med at befolkningen her scorer lavt på en rekke levekårsindikatorer, og å snu denne utviklingen har vært et prioritert politisk mål i flere tiår. Folkehelsearbeidet i fylket har gjennomgått flere faser, blant annet fra å være organisert som et prosjekt, til å bli et program, og i den siste perioden – etter navnebytte i 2006 - som et partnerskap kalt Østfoldhelsa. Selv om organisering og navn har skiftet, er arbeidet preget av å ha vært et profilert arbeidsfelt i fylket, både i fylkeskommunen og i enkelte kommuner.

Som et program var den sentrale programledelse er lagt til et Samhandlingsforum, der representanter fra statlige, fylkeskommunale og kommunale instanser deltar, sammen med arbeidslivs- og frivillige organisasjoner. I partnerskapet er det underskrevet forpliktende avtaler mellom partnerne. Fylkeskommunen delfinansierer programmet, bl.a. gjennom et sekretariat som er lokalisert i fylkeskommunens lokaler. Fylkeskommunens rolle er siden 1.januar 2010 fastsatt i lovs form. I de deltakende kommuner skal det være en folkehelsekoordinator - i hel eller delt stilling. Stillingsandelen varierer nå fra under 10 % til 100 % i kommunene (Østfoldhelse, Årsmelding 2009).

Som nevnt innledningsvis blir folkehelsemålene iverksatt gjennom tre hovedstrategier: "Trygge", "Sunne" og "Levende" Østfold. (også ulike kompetansetiltak er en hovedstrategi). Innenfor hver av disse strategiene er det en rekke aktiviteter, basert på kommunale arbeidsutvalg/komiteer, som utarbeider lokale planer og iverksetter ulike tiltak. Det er imidlertid en klar sammenheng og kontinuitet mellom de ulike fasene i folkehelsearbeidet, selv om organiseringen har endret seg underveis. I all hovedsak er oppgavene (bl.a. de tre strategiene) og organiseringen av arbeidet i kommunene en videreføring av Folkehelseprosjektet. Det bør også nevnes at en rekke av de sentrale aktørene har deltatt gjennom mange år i arbeidet, enten i kommunene eller i fylkeskommunen.

Staten gir tilskudd til fylker og kommuner som organiserer folkehelsearbeidet i partnerskap. Forutsetningen er at fylkene eller kommunene bidrar med egne midler og at folkehelsearbeidet er forankret i det kommunale og fylkeskommunale plansystemet. Formålet med ordningen er å bidra til et mer systematisk og helhetlig lokalt folkehelsearbeid ved å sikre en sterkere administrativ og politisk forankring og ved å styrke samhandlingen mellom myndigheter og blant annet arbeidsliv, skole og frivillige organisasjoner.

Fylkeskommunene er som regional utviklingsaktør og regional planmyndighet tillagt rollen som pådriver i partnerskapet. Fylkesplanleggingen er tverrfaglig og nivåovergripende og er derfor velegnet til å ta opp folkehelse spørsmål som krever en bred tilnærming og som er avhengig av at både stat, fylkeskommuner,

kommuner og frivillig sektor drar i samme retning. Generelt deltar regionale statsetater, regionale helseforetak, høgskoler og universiteter, sammen med frivillige organisasjoner som viktige aktører i de regionale partnerskapene. Østfoldhelsa har som vist foran også denne sammensetningen.

Siden 2006 har etter hvert alle landets fylker og et stort antall kommuner i disse fylkene blitt inkludert i satsingen på folkehelse, og i 2010 fikk fylkeskommunene en lovpålagt plikt til å organisere dette arbeidet som partnerskap. Siden 2007 ble ordningen utvidet slik at alle fylker hadde mulighet til å søke midler til etablering av slike partnerskap. Formålet med ordningen er å stimulere til utviklingen av en infrastruktur for det lokale folkehelsearbeidet. I tillegg kanaliseres tilskuddsmidler til lokale folkehelse tiltak gjennom partnerskapene. Tilskuddsmidlene skal blant annet stimulere til utvikling av lokale tiltak for å fremme sunt kosthold og fysisk aktivitet, og for å forebygge tobakkskader.

Sosial- og helsedirektoratet har et ansvar for å videreutvikle partnerskapene som arbeidsform for et systematisk folkehelsearbeid forankret i samfunnsplanleggingen og med bred deltakelse i befolkningen. Det het blant annet at når målet er å jevne ut de sosiale helseforskjellene, må oppmerksomhet rettes mot bakenforliggende faktorer som påvirker helse og fordelingen av disse. For eksempel er en god og inkluderende skole og et inkluderende arbeidsliv av stor betydning for å redusere helseforskjeller. Det kan også være aktuelt med forsterket innsats rettet mot geografiske områder med opphopning av levekårsproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet 2010). Regjeringen går inn for at utjevning av sosiale helseforskjeller skal få en større plass i alt folkehelsearbeid som skjer i regi av regionale og lokale partnerskap.

Vi skal særlig konsentrere oss om noen mer avgrensede aspekter ved partnerskapsalliansene. Særlig er vi opptatte av det overordnede spørsmålet om hvilken forvaltningspolitisk sammenheng slike partnerskap fungerer innenfor. Her er forholdet mellom partnerne og Østfoldhelsa i fokus. Vi stiller blant annet spørsmål om partnerskapet har de ressurser, forankring og tillit som kan gi

tilstrekkelig organisatorisk tyngde til at partnerskapet vil kunne bidra til iverksetting av de mål og intensjoner som en har vedtatt.

Erfaringer fra tidligere undersøkelser

Folkehelsearbeidet i Østfold har vært gjenstand for flere undersøkelser og evalueringer siden oppstarten for ca. 20 år siden (Ramsdal og Aarvak 2000, Ramsdal og Aarvak 2002, Ramsdal, Israelsson og Söderman 2004, Ramsdal 2004, Gallup 2005, Jacobsen 2005). Gjennom hele denne perioden har folkehelsearbeidet i fylket fremstått som faglig oppdatert, og mange ganger i forkant av de nasjonale utviklingen på feltet. Dette dreier seg dels om det generelle fokus en har hatt på folkehelsearbeid som et prioritert område i fylkeskommunal virksomhet, og etter hvert også i kommunale og andre sammenhenger. Dels dreier det seg om at arbeidet har fulgt den internasjonale utviklingen på feltet, blant annet gjennom et stadig sterkere fokus på det som betegnes som ”det nye folkehelsearbeidet”, der en legger mindre vekt på de rent medisinske aspekter ved dette arbeidet og en økende vektlegging av helsefremmende og forebyggende arbeid i et samfunnsfaglig perspektiv. Denne utviklingen har medført at en i folkehelsearbeidet de siste ti år har holdt fast ved ”trygge”, ”sunne” og ”levende” Østfold som hovedstrategi, og at en har søkt å mobilisere bredt både i lokalsamfunn, bedrifter, frivillige organisasjoner, kommuner og fylkeskommunale aktører.

Det er også grunn til å merke seg at arbeidet i Østfold ikke bare ble en modell for partnerskapsorganisering som den viktigste organisatoriske strategien etter St. m. nr. 16, men også at fylkets arbeid på dette feltet hadde stor betydning for at en med virkning fra 2010 fikk en folkehelselov der fylkeskommunens overordnede ansvar for ivaretagelsen av dette arbeidet ble stadfestet.

Østfoldhelsen har også engasjert seg sterkt i nasjonale og internasjonale nettverk (WHO: Healthy Cities, Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner, nettverk for trygge lokalsamfunn, Assembly of European regions, PAESO) og i folkehelsearbeid i baltiske land (HEPRO-prosjektet). Uansett hvilken forankring folkehelsearbeidet har hatt i Østfold-samfunnet, er det ingen tvil om

at dette fremstår som en avantgarde for arbeid på dette feltet, både nasjonalt og internasjonalt.

Det nasjonale folkehelsearbeidet har vært gjenstand for en rekke omfattende studier og evalueringer. I 2009 ble det bl.a. fremlagt en omfattende studie av det kommunale folkehelsearbeidet, og enkelte nasjonale satsinger på feltet. Disse studiene bekrefter i mange henseende de viktigste lokale erfaringene fra Østfold: lokalt folkehelsearbeid er sårbart både med hensyn til ressursinnsats og personell, avhengig av ildsjeler og med svært varierende forankring og prioritering i kommuner og fylkeskommuner (Hofstad og Vestby 2009, Helgesen 2010, Møreforskning 2010).

Til tross for den positive oppmerksomhet folkehelsearbeidet i Østfold har hatt utenfor fylket, er de lokale vurderingene av dette arbeidet langt mer nyanserte, og i enkelte sammenhenger relativt kritiske. På sett og vis reflekterer dette mange av de utfordringer og dilemmaer en står overfor i dette arbeidet: en skal prøve å endre enkeltindividers adferd ved hjelp av (men ikke bare gjennom) offentlig innsats, og en må finne en balansegang mellom virkemidler som er effektive, men samtidig ikke fremstår som moralske pekefinger. Evalueringene som er gjennomført viser at veien til bedre folkehelse er lang og kronglete. I forhold til folkehelsemålene, slik disse er formulert for partnerskapet, i fylkesplanen og i kommunale planer, er ressursene åpenbart begrensede, antallet aktører som arbeider på feltet få, og den politiske oppmerksomheten mange steder beskjedne. Samtidig som evalueringene som er foretatt har vist at det generelt er stor oppslutning til og enighet om mål og virkemidler i folkehelsearbeidet i Østfold, er det også tydelig at folkehelse fremstår som et marginalt politikkområde. Mens legitimiteten til arbeidet – på generelt grunnlag – er svært høy i disse evalueringene, er den konkrete oppslutning om arbeidet, målt som ressursinnsats og som politisk engasjement, langt mer begrenset. Evalueringer i noen av de mest aktive ”folkehelsekommunene” viste for eksempel at politikere var generelt positive, men manglet ofte ”operativ” kompetanse. I praksis var mange likegyldige, men en fant likevel noen ildsjeler. Disse ildsjelene sikret at folkehelsearbeidet ble ivaretatt, men viste også at

arbeidet var sårbart for utskiftninger av enkeltpersoner i lokalpolitikken. Sentraladministrasjonen var generelt mindre positive.

Dette skyldtes at folkehelsearbeidet lokalt er organisert som et ikke-lovpålagt prosjekt, ressurser til arbeidet var derfor problematisk etter manges mening. En så på arbeidet som en ”stillingsressurs” til prosjektledelse i konkurranse med andre oppgaver. Evalueringene viste at prosjektene mange steder hadde liten forankring i sentraladministrasjonen. Sektorrepresentanter, særlig i helse- og sosialsektoren var heller ikke udelt positive. Mange mente at mye folkehelsearbeid kan kanaliseres via ulike instanser i helse- og sosialsektoren, og at en større grad av integrasjon til driftsorganisasjonen vil gi arbeidet mer tyngde.

Et interessant aspekt ved evalueringene som er foretatt i Østfold er at det kan synes som om kvantitative spørreskjemaundersøkelser blant de aktivt interesserte i folkehelsearbeidet gir bedre resultat enn kvalitative casestudier der en går mer i dybden på arbeidet i den enkelte kommune. Dette bekrefter andre studier om at evalueringsmetoden kan påvirke resultatet (Skorstad og Ramsdal 2009). Det er for eksempel påfallende at folkehelsearbeidet blir ansett som ”svært” eller ”meget” vellykket av ca. 50 % av de spurte, og at svært få anser det som ”mindre vellykket”. I en Gallupundersøkelse fra 2005 sier ca. 85 % av de spurte at de anser folkehelsearbeidet i Østfold som vellykket og at de ønsker at dette arbeidet skal videreføres. Dette bekreftes også i evalueringen fra 2010 som Høgskolan i Väst har hatt ansvar for, der 52 % svarer at folkehelsearbeidet i Østfold har vært ”vellykket”, og kun 5 % svarer ”lite vellykket” (Hassler 2010). En får riktignok et mer nyansert bilde gjennom casestudiene som er foretatt i kommunene. Dette kan være et resultat dels av utvelgelsen av respondenter i de to typene undersøkelser, eller/og at casestudiene gir et mer utfyllende substansielt bilde, der en kan være kritisk til mange aspekter ved det lokale arbeidet samtidig som en på generelt grunnlag mener at arbeidet er viktig og riktig.

3. Data/metode.

Denne del av evalueringen tar utgangspunkt i tre datakilder:

1) en sammenstilling av tidligere evalueringer og studier av folkehelsearbeidet i Østfold, særlig de delene der erfaringer med organisering av det overordnede styrings- og ledelsesstrukturen har vært i fokus. Dette dreier seg dels om evaluering i enkeltkommuner, dels om undersøkelser av erfaringene med folkehelsearbeidet på overordnet nivå i fylket, både i tiden da det var organisert som prosjekt, som program og til sist som partnerskap. (Ramsdal og Aarvak 2000, Jacobsen 2005, Hassler 2010).

2) Utvalgte saksdokumenter fra Østfoldhelse

3) Intervjuer med 13 personer som har hatt funksjoner i tilknytning til strategiutforming og organisering av Østfoldhelse, enten i egenskap av politisk valgte eller som administrativt ansatte i kommuner og fylkeskommunen. De fleste av disse er medlemmer av styret or Østfoldhelse, mens noen er politisk tillitsvalgte og administrative ledere i fylkeskommunal og kommunal virksomhet. Intervjuene omfattet bl.a. fylkesordfører, fylkesrådmann, direktør for utviklingsavdelingen i fylkeskommunen, styreleder for Østfoldhelse, leder for fylkeskommunens komité for opplæring, kultur og helse, andre medlemmer av styringsgruppen fra kommunene, og noen representanter fra politisk ledelse i et par kommuner. Til sammen ble tre ordførere og en varaordfører – som alle deltar i arbeidet kommunalt og fylkeskommunalt – intervjuet.

Intervjuene dreide seg om spørsmål som angikk folkehelsearbeidets status og rolle, erfaringer med partnerskapsmodellen, og synspunkter på mulige forbedringspunkter i organisering av det fremtidige folkehelsearbeidet.

Intervjupersonene ble valgt fra en liste på ca. 25 personer satt opp av sekretariatet for Østfoldhelse, og supplert med nye personer som ble anbefalt å intervju av noen av dem som var på den opprinnelige lista. Disse dataene er

ikke forutsatt å være ”representative” i forhold til det totale politiske og administrative miljøet eller partnerne for øvrig. Det er grunn til å understreke at intervjuene skulle fungere som innsamling av synspunkter fra personer som kunne antas å ha prinsipielle og relevante oppfatninger av folkehelsearbeidets organisering. Intervjuene ble foretatt dels på fylkeshuset, dels på intervjupersonenes arbeidsplasser i kommunene. Intervjuene varte ca. 1 time, men noen strakte seg over nærmere to timer.

Det må understrekes at den foreliggende rapporten ikke pretenderer å gi et generaliserbart svar på de saksforholdene som er presentert over. Intervjuene er ikke valgt ut fra intensjoner om å være ”representative” på annen måte enn at sentrale aktører innenfor og utenfor Østfoldhelsa som organisasjon har gitt uttrykk for subjektive vurderinger som her er samlet og systematisert med henblikk på praktisk nytte; det vil si som grunnlag for å kunne foreta eventuelle forbedringer i den overordnede organiseringen av partnerskapet. De som er intervjuet er alle på en eller annen måte involvert i folkehelsearbeidet i fylket, enten i egenskap av medlemmer av styret for Østfoldhelsa, politiske og administrative ledere i kommuner og fylkeskommuner. De som er intervjuet har derfor - i større eller mindre detaljeringsgrad – erfaringer fra arbeidet med å iverksettes folkehelsepolitikken. Utvelgelsen av intervjupersoner innebærer at en har kunnet få godt informerte synspunkter på partnerskapets ”indre liv”. Men samtidig innebærer det også at de mer prinsipielle diskusjonene om for eksempel hensiktsmessigheten av at en prioriterer folkehelsearbeidet i det store og hele, eller fylkeskommunens rolle i regional utvikling mer generelt, ikke er berørt. Disse mer overordnede, og kanskje også mer kritiske, vurderingene av partnerskapet Østfoldhelsas rolle i det politiske landskapet, krever andre tilnærminger til evalueringen enn den som det har vært mulig å gjennomføre her.

Det er likevel fremkommet en rekke synspunkter på organiseringen av folkehelsearbeidet i fylket som bør være nyttige i det videre arbeidet på dette feltet. Resultatene av de to undersøkelsene bør derfor ses i sammenheng for å kunne gi et utfyllende bilde av hvordan Østfoldhelsa fungerer som virkemiddel i folkehelsepolitikken.

I de følgende kapitler gjennomgår vi hovedsynspunkter fra intervjuene, supplert med vurderinger fra de skriftlige kildene. Først tar vi for oss oppfatninger av folkehelsearbeidets status og rolle, slik de intervjuede ser dette, deretter synspunkter på partnerskapsorganiseringen, med særlig vekt på ledelsesstruktur, det vil si sammensetning av styret for Østfoldhelsa. Deretter tar vi for oss og strategier og arbeidsformer. Til slutt tar vi for oss forslag til endringer og forbedringspunkter i organisering av det fremtidige folkehelsearbeidet.

4. Erfaringer og synspunkter på Østfoldhelsa som partnerskap.

Folkehelsearbeidets status og rolle

Generelt ble det hevdet at folkehelsearbeid er et politikkområde som snarere har en marginal enn sentral status i lokalpolitikken og i fylkeskommunal virksomhet - stikk i strid med de nasjonale føringer om dette feltet. Det ble hevdet at det var en område som det var vanskelig å gripe fatt i, og at en måtte etablere konkrete prosjekter i lokalsamfunnet for at en skulle se nytten av dette arbeidet. Det ble også påpekt at de økonomiske ressursene en rår over i dette arbeidet er relativt beskjedne i forhold til de mål og oppgaver en ønsker folkehelsearbeidet skal omfatte. Det ble bl.a. vist til at Østfoldhelsa hadde 100.000,- kr til disposisjon til hver kommune i partnerskapet, og at disse ressursene stort sett ble benyttet som (del-)finansiering av en folkehelsekoordinator i kommunene. Et problem er at disse ressursene enten måtte benyttes til å finansiere deler av en eksisterende administrativ stilling til folkehelsearbeid, eller som delfinansiering der hvor kommunene (stort sett i de største byene) hadde en hel koordinatorstilling. Det ble også hevdet at når noen sluttet i koordinatorstillingen ble vedkommende ikke uten videre erstattet, noe som indikerte at dette arbeidet ikke ble prioritert i flere av kommunene. Det ble også hevdet at folkehelsearbeidet alltid hadde vært, og fremdeles var sårbart, avhengig av lokale ildsjeler og at noen frontet folkehelse spørsmål i forbindelse med budsjettarbeidet. Et problem synes å være at den lokale forankringen mange steder er knyttet til aktører i helse- og sosialsektoren, og at det er vanskelig å fri seg fra at folkehelsearbeid generelt blir oppfattet som en del av forebyggende og kurativt arbeid i kommunene, selv om en ønsker et videre perspektiv på dette arbeidet. I kommunene er folkehelsearbeid dels gjennomført i driftsorganisasjonen (stor sett helse- og sosialsektoren eller skolesektoren etc.) og samtidig ved hjelp av en koordinator som er plassert på ulike steder i den kommunale organisasjonen. Uansett synes det som om Østfoldhelsas "lokale representant" – koordinatorfunksjonen – er i en mellomstilling som en midlertidig prosjektstilling eller i prosjektfunksjon, samtidig som den øvrige driftsorganisasjonen har en rekke oppgaver knyttet til

forebyggende arbeid både i forhold til planarbeid, helse- og sosialsektor, skolesektor og teknisk sektor. Dette avleder en mer prinsipiell diskusjon om forholdet mellom de kommunale oppgavene på feltet knyttet til kommunenes og fylkeskommunenes myndighetsutøvelse i forhold til partnerskapsorganiseringen, som i utgangspunktet ikke skal fungere i henhold til myndighetsutøvelse, men som formelle samarbeidsrelasjoner mellom ulike selvstendige parter. Dette spørsmålet er blitt særlig aktuelt, som et uavklart spørsmål om det legale og formelle grunnlag for folkehelsearbeid gjennom forslaget til ny folkehelselov som nå er på høring.

Partnerskap som organisasjonsform.

Noen av spørsmålene som det ble fokusert på i intervjuene dreide seg om erfaringene med partnerskapsmodellen som et generelt organisatorisk grep for å fremme folkehelsearbeidet i fylket, og - innenfor denne rammen – hvilke synspunkter en hadde på den konkrete organiseringen, der særlig de valg som er foretatt mht. styrings- og ledelsesformer ble problematisert.

Når det gjaldt generelle synspunkter på partnerskapsorganisering, er det to spørsmål som ble tatt opp: Det første var synspunkter på de oppgaver og prioriteringer Østfoldhelse har foretatt, det vil si hvordan en har operasjonalisert de generelle mål for folkehelsearbeidet. Det andre var spørsmålet om hvordan selve organisasjonsformen med partnerskap fungerte. Dette er dels et mer overordnet spørsmål om synspunkter på partnerskap som organisasjonsform for å løse samfunnsoppgaver, dels mer konkret om organiseringen av Østfoldhelse innenfor rammene partnerskapsorganiseringen setter. Her er det særlig den sentrale ledelse (styret/sekretariat) som er i fokus.

Når det gjaldt det overordnede spørsmålet om erfaringene med partnerskapsorganiseringen i Østfoldhelse, fremkom det generelt meget positive erfaringer med denne som en overordnet strategi. Østfoldhelse som partnerskap er regulert gjennom en samarbeidsavtale mellom 3 partnergrupperinger, med til sammen 23 partnerskapsavtaler som er inngått. Avtalene beskriver forpliktelsene til de ulike partnerne, organisasjons- og ledelsesformer for Østfoldhelse med mer. Partnerskapsorganiseringen representerer slik vi ser det

et tredje stadium i utviklingen av samarbeidet mellom kommuner, fylkeskommune, frivillige, sykehus og høgskole: fra prosjekt, via program til partnerskap. Denne utviklingen kan sies å representere en kontinuerlig institusjonaliseringsprosess, der folkehelsearbeidet er blitt stadig mer fasttømret blant fylkets ulike aktører på feltet. I intervjuene fremkom det at en generelt så svært positivt på partnerskapsorganisasjonen, som en mente var et godt organisatorisk grep for å videreutvikle folkehelsearbeidet. Det ble også understreket at modellen hadde vært i forkant av utviklingen av den nasjonale organisering av folkehelsearbeid, og at dette også ble reflektert i folkehelseoven (som bl.a. stadfestet fylkeskommunens ansvar for etablering av partnerskap) fra 1.1. 2010, og som siden er blitt ytterligere utviklet gjennom det foreliggende forslag til ny folkehelselov.

Fra flere av de intervjuede ble det fremholdt at partnerskapsorganisering var en etter hvert velkjent organisasjonsform – særlig ved at fylkeskommunen her hadde et egnet organisatorisk redskap i forhold til mange av de regionale utviklingsoppgavene fylkeskommunen hadde et særlig ansvar for. Gjennom andre partnerskap har en etter hvert fått erfaring med denne måten å organisere samarbeid mellom ulike partnere i offentlig sektor, frivillige og andre private aktører. Selv om det var noe ulike syn på den konkrete organiseringen av Østfoldhelse, ble det hevdet at partnerskap er en god organisasjonsform. Det ble hevdet at partnerskapsorganisering ”samler kreftene” om felles mål og oppgaver, og at dette er en form som egner seg spesielt godt for folkehelsearbeid. Dette var begrunnet med at en på dette feltet har en relativt ”åpen” oppgavestruktur, at behovet for å ”samle kreftene” ved å strukturere og formalisere samhandling mellom ulike aktører derfor er åpenbart. Folkehelsearbeid er, samtidig som det er et anerkjent og viktig oppgavefelt, et relativt marginalt område innenfor eksisterende oppgavestrukturer i driftsorganisasjonene, og partnerskap kan stimulere til høyere aktivitet også der.

Men samtidig ble det av flere understreket at partnerskapsmodellen er svært konsensusorientert, og at en til en viss grad hadde organisert ut av organisasjonen de synspunkter og vurderinger som var mer prinsipielt kritiske til

effekten av folkehelsearbeid. Derved ble de demokratiske prosessene som en ellers hegner om – der uenighet og diskusjon blir forventet utspilt i det åpne rom – mindre aksentuert. Noen hevdet at ”politikken forsvinner”, og folkehelsearbeidet fremstår derfor som mer konsensuspreget enn tilfellet egentlig er. Det ble bl.a. vist til at noen av opposisjonspartiene, både FrP og Høyre, hadde uttrykt seg mer kritisk om effektene av folkehelsearbeidet i Fylkestinget, uten at dette ble reflektert i diskusjonene i styret for Østfoldhelse.

Innenfor rammen av partnerskapsorganisasjonen er det foretatt flere valg når det gjelder konkret organisering. Det dreier seg bl.a. om plassering av sekretariatsfunksjonen, rekruttering til styrelederfunksjonen, sammensetningen av styret for Østfoldhelse. På alle disse punktene ble det uttrykt ulike vurderinger og synspunkter i intervjuene.

Når det gjaldt plassering av sekretariatsfunksjonen, er dette nå plassert som et ansvar til Seksjon for folkehelsearbeid i fylkeskommunen. Denne avdelingen er organisert innenfor Avdeling for regional utvikling, som en av tre seksjoner. Denne organisatoriske plasseringen kan, sammen med at styrelederfunksjonen i inneværende periode er rekruttert fra fylkespolitikken, i prinsippet gi inntrykk av at Østfoldhelse er et partnerskap styrt og ledet av fylkeskommunen. De kommunale representantene som er intervjuet peker på at fylkeskommunen er en viktig pådriver og inspirasjon, det som kommer derfra er ”stort sett nyttig”. Men det er viktig at kommunene kan velge å bruke det som passer lokalt. Alt passer ikke like godt for alle, ble det sagt.

Dette gir, som vi skal komme tilbake til, sekretariatet en del utfordringer, men de intervjuede synte likevel som en mener den plasseringen av sekretariatet som overlappende med folkehelseseksjonen i fylkeskommunens administrasjon er den eneste praktiske løsningen. Det hevdes bl.a. at det har skjedd en styrking av bemanningen i folkehelsearbeidet totalt gjennom at sekretariatet og seksjonen er blitt tilført flere stillinger. Det blir også sagt at kombinasjonen av ”fylkeskommunalt” folkehelsearbeid, sekretariatsfunksjonen for Østfoldhelse og

det internasjonale arbeidet (HEPRO særlig) tillagt de samme personene har medført at folkehelsearbeidet er blitt ytterligere profesjonalisert de siste årene.

På et punkt hevdes det at sekretariatet og styret i Østfoldhelsa står overfor en vanskelig balansegang: det dreier seg om høringsuttalelser til kommunale planer etter Bygningsloven. Her er det til dels betydelige irritasjon i kommunene over fylkeskommunen som ”overkommune”. Sekretariatet foreslår derfor, og styret uttaler seg, derfor forsiktig om folkehelse relaterte spørsmål innenfor rammen av partnerskapsorganisasjonen, samtidig som Seksjonen for folkehelse foreslår uttalelser til fylkeskommunale organ som er tydeligere. Det er imidlertid ikke alltid lett for kommunale aktører å skille mellom disse rollene, og i enkelte sammenhenger kan det virke som om kommunene reagerer negativt på høringsuttalelser også fra Østfoldhelsa av den grunn.

Styret for Østfoldhelsa er som nevnt innledningsvis sammensatt med 7 representanter - fire fra kommunene og tre fra fylkestinget – alle politisk valgte. Det er grunn til å merke seg at det dreier seg om sentrale politikere, bl.a. er kommunene representert ved ordførere/varaordførere eller komiteledere.

Styrets sammensetning og arbeidsform.

Når det gjelder styrearbeidet, er det tre forhold som blir nevnt:

Det første dreier seg om måten selve styrearbeidet foregår, deretter om sammensetningen av styret, og til sist lederfunksjonen. Når det gjelder arbeidet i styret, hevder de som kjenner til ”det indre liv” der at det er påfallende at styrerepresentantene generelt har høyt oppmøte på styremøtene, til tross for at det er personer som har mange løpende oppgaver og saker i sine respektive moderorganisasjoner. Møtene kan bli lange og dermed vanskelig å tilpasse til andre oppgaver for kommunerepresentantene.

Det hevdes også at samarbeidet mellom de ulike partnerrepresentantene i styret er godt, og at styret slik fungerer etter intensjonene, med gode og informerte diskusjoner. Samtidig er det viktig å komme frem til enighet, og vedtak skjer stort sett etter forhandlinger og forhåndsavklaringer, slik at det sjelden eller aldri

stemmes. Dette er i tråd med tanken om partnerskapet som et konsensusbasert arbeid.

Det andre spørsmålet er sammensetningen av styret. Det er to litt ulike problemstillinger som nevnes: Den første dreier seg om at en har valgt å sette sammen styret med kommunale og fylkeskommunale representanter, ikke de øvrige partnerne. Det andre er at en har noen problemstillinger knyttet til forholdet mellom partnerskapsarbeidet og de kommunale representantene, som i noen tilfeller skal ivareta synspunkter og interesser til andre kommuner som ikke er representert i styret.

Når det gjelder det første forholdet, har en som vent foran tatt noen valg: av de tre partnerskapsgrupperingene er det bare to som er representert i styret. De tre grupperingene er fylkeskommunen, kommunene og ”andre” (dvs. frivillige organisasjoner, sykehuset og høgskolen). Styret fremstår derved som et relativt rendyrket ”politisk” organ, som til en viss grad reflekterer at disse to grupperingene er de som har den viktigste formelle rollen i forholdet til ”det nye folkehelsearbeidet”. Det heter i intervjuene med kommunale representanter at fylkeskommunen og kommunene er aktive, særlig fylkeskommunen, men de andre partnerne framstår som passive. En måte å skape mer engasjement hos disse kunne være at de fikk representanter i styret, blir det hevdet.

Generelt uttrykkes det at det er behov for å styrke relasjonene til den tredje partnergruppen – og her dreier det seg da om et gjensidig forhold: på den ene siden ville det være ønskelig å kunne dra veksler på de kompetansemiljøene en har - særlig på sykehuset og til en viss grad i høgskolen – og på den annen side også at disse miljøene fikk en klarere og mer forpliktende rolle i forhold til at de faktisk har underskrevet partnerskapsavtalen.

Et annet spørsmål som angår sammensetningen i styret er at de fire kommunale representantene er rekruttert fra hver sin region, men ikke alltid kan tale ”på vegne av” denne regionen. Dette er en mer generell utfordring som er gjenfunnet i de fleste partnerskapsorganisasjoner der fylkeskommunen og

kommunene møtes. En kunne selvsagt tenke seg at kommunene var representert på andre måter – innenfor rammen av de praktiske grenser mht antallet styrerepresentanter kunne en for eksempel la KS være representert i styret, eller de valgte lederne for regionrådene. Det er imidlertid ingen som har sterke innvendinger mot den representasjonsformen en har valgt for de kommunale styrerepresentantene. I intervjuene uttrykker heller ikke de som kommer fra kommunene at det er ønskelig med flere kommunale representanter. Det pekes blant annet på at en etter hvert har fått erfaring med at det for eksempel er hentet en representant fra hver region til ulike partnerskap og samarbeidstiltak i fylket. Det dreier seg da snarere om at de som representerer kommunene viser ”conduite” og en viss tilbakeholdenhet når saker som angår andre kommuner blir behandlet.

Balansgangen er særlig tydelig når Østfoldhelse avgir uttalelser til kommunale planer – de kommunale styrerepresentantene kommer her i en posisjon der de uttaler seg om andre kommuners planer. I intervjuene med kommunale representanter sies det at noen føler fylkeskommunen fungerer som en slags ”overkommune” mens andre synes det er helt greit. Det sies blant annet at det noen ganger blir ”dobbel” med uttalelse fra Østfoldhelse i tillegg til Fylkeskommunen i forbindelse med kommunale planer, og at dette til sammen fremstår som et sterkt overkommunalt påvirkningstrykk. Andre peker på at Østfoldhelse har vært opptatt av å ivareta et formelt skille mellom fylkeskommunens uttalelser – som blir saksforberedt av folkehelseseksjonen i fylkeskommunen – og uttalelser fra Østfoldhelse, som blir saksforberedt av styreleder der. Det er også lagt vekt på at høringsuttalelsene fra Østfoldhelse er strikt i samsvar med de målene som er vedtatt for folkehelsearbeidet i partnerskapet, og også blir formulert som ”anbefalinger”, ”råd” eller liknende). Dette har medført at det ikke virker det som om en opplever de store kontroversene i måten kommunepartnerne er representert på i styret, selv om det for de politikerne i kommunene som vi har intervjuet kan virke noe uklart i forhold til disse formelle ordningene som er etablert om uttalelsene til kommuneplanene.

Det tredje spørsmålet dreier seg om styrelederfunksjonen. I siste periode har en valgt en styreleder som ikke samtidig er leder for den fylkeskommunale komiteen for Oppvekst, kultur og helse. Dette har åpenbart ført til et behov for rolleavklaringer mellom disse to funksjonene, og ved at sekretariatet deler sitt arbeid mellom å utrede og legge frem saker til politisk behandling i fylkeskommunen og samtidig arbeider med saker til Østfoldhelsa, er også dette en balansegang der rolleblanding og usikkerhet blant andre aktører enn de mest velinformerte kan oppstå. Det synes som om det også har medført at en har vært usikker om hvem som, skal fronte ulike folkehelsesaker utad. Mange slike saker er ”gladsaker” som det politisk sett er attraktivt å kunne kommunisere til befolkningen. Dette spørsmålet ble fremhevet som kanskje det mest presserende å avklare i intervjuene, men det kan synes som om det etter hvert har foregått en gjensidig tilpasning som tilsier at det ikke fremstår som et stort organisatorisk problem for fremtiden. Det bør likevel avklares bedre hvordan rekrutteringen til styrelederfunksjonen for Østfoldhelsa skal skje i neste styreperiode.

5. Drøfting – utfordringer i organisering av folkehelsearbeid som partnerskapsmodell.

Vi har i denne del av evalueringen av Østfoldhelsa vært opptatt av erfaringene med den overordnede organisering, knyttet til spørsmål om videreføringen av partnerskapsavtalene, eventuelle endringer og justeringer i organisasjons- og ledelsesformer knyttet til Østfoldhelsas styrende organ, og relasjoner mellom partnerne.

Hvilke generelle erfaringer har en med partnerskapsorganiseringen som en modell for å videreutvikle folkehelsearbeidet i fylket?

De synspunktene på partnerskapsorganiseringen i Østfoldhelsa som fremkommer i intervjuene knytter an til de faglige vurderingene av denne organisasjonsformen mer generelt: det dreier seg om en ”moderne” organisasjonsform basert på samarbeid og samordning, med vektlegging av konsensus snarere enn flertallsvedtak. Det er neppe tilfeldig at denne organiseringen er blitt anbefalt som nasjonal politikk i folkehelsearbeid. Her står en overfor mange og komplekse oppgaver, gjennomført av aktører som befinner seg i ulike organisatoriske kontekster. I slike sammenhenger er hierarkisk myndighetsutøvelse i mange ulike virksomheter (som kommuner, frivillige organisasjoner etc.) utilstrekkelig for effektiv iverksetting av offentlig politikk. Det er nettopp gjennom å fremstå som et alternativ nettopp i slike situasjoner partnerskapsorganisering synes bedre egnet. Det grunnleggende poenget er da at det er godt samsvar mellom oppgavestruktur og organisasjonsstruktur – et ideal for all organisering.

Samtidig er det mange spørsmålstejn som kan stilles ved partnerskapsorganisering: Med utgangspunkt i de synspunkter som fremkom i intervjuene, er det noen forhold som er viktige å avklare. For det første er det et behov for å avklare grenseoppgangen mellom driftsorganisasjoner med et ansvar for myndighetsutøvelse forankret i lovverket og forvaltningspolitiske prinsipper, og den noe ”løsere” struktur partnerskapsorganisasjonen tross alt innebærer. Her kan det synes som om partnerskapet delvis fungerer som en erstatning for et

klarere ansvar for konkrete oppgaver knyttet til ”det nye folkehelsearbeidet” – det vil si det som ikke er forankret i forebyggende og kurative tjenester i kommunene eller mer generelt til Bygningsloven. Behovet for en tydeliggjøring og konkretisering av folkehelsearbeid forstått på denne måten er forsøkt ivarettatt i den nye loven om folkehelsearbeid, selv om det også der er mange uavklarte spørsmål i forbindelse med de problemstillingene som er reist her.

For det andre er det, som flere av intervjupersonene har nevnt, en utfordring at ”politikken forsvinner” i den konsensuskulturen et effektivt partnerskap forutsetter. Dette kan, i hvert fall på generelt og prinsipielt grunnlag, innebære ”et demokratisk problem” slik mange statsvitere og enkelte norske undersøkelser har betonet. Etter vår vurdering er dette et mindre problem der partnerskapet inngår som et element i et politisk system der myndighetsstyring i lokalforvaltningen for øvrig spiller en stor rolle, og der partnerskapsarbeidet foregår innenfor lokalpolitiske rammer som for øvrig er relativt klart opptegnet. Den generelle tilslutning til partnerskapsmodellen – til tross for disse problemstillingene – fra aktører som selv er svært aktive politisk valgte, tilsier at en lett kan overdrive dette poenget i forhold til den daglige virksomheten i partnerskapet. Det prinsipielle spørsmålet er snarere hvordan en ivaretar de politiske aktørenes synspunkter der disse avviker mer radikalt fra arbeidet på saksfeltet. I forhold til folkehelsearbeid er det både legitimt og viktig at det for eksempel stilles kritiske spørsmål ved effekten av de tiltak og strategier en velger, og også om hvor grensen for offentlig styring av enkeltindividers atferd og valg bør settes. Dette er genuint politiske spørsmål, som er en del av den debatten som må føres om måten offentlig politikk skal føres. Likevel er det ingen tvil om at det nå skjer en endring ved at kunnskapsgrunnlaget for folkehelsepolitikken blir større og mer anerkjent. Kravene til evidensbasert kunnskap vil skjerpes også på dette arbeidsfeltet i tiden som kommer.

Det kan også stilles spørsmål ved at Østfoldhelse i så stor grad assosieres med fylkeskommunal virksomhet, både gjennom plasseringen av sekretariatsfunksjonen, at styreleder er fylkespolitiker og at styret uttaler seg til kommunale planer parallelt med de fylkeskommunale uttalelsene. I en

totalvurdering synes det imidlertid ikke som om disse spørsmålene kan tillegges avgjørende vekt. Grunnene til det er at sekretariatet tvert imot gjennom å arbeide parallelt med Østfoldhelsa, som seksjon i fylkeskommunens utviklingsavdeling, og med internasjonale prosjekter har fått betydelig ekspertise på fagfeltet. Dette gjenspeiler seg også i den rolle folkehelsearbeidet i Østfold har fått i utformingen av nasjonal politikk på feltet. At styreleder er fylkespolitiker er i seg selv ingen stor sak. Dette spørsmålet kan ses på to måter: på den ene siden har den ordningen en har valgt i inneværende periode medført at en har kunnet tilføre tidsressurser til styreleder (50 % av full stilling) til folkehelsearbeidet, noe som har gitt grunnlag for sterkt folkehelseengasjement fra styreleders side. På den annen side har flere påpekt det uheldige i at en har fått enkelte uklarheter i rollefordelingen mellom styreleder for Østfoldhelsa og leder for opplæring, kultur og helsekomiteen i fylkeskommunen. De uklarhetene som har vært om dette nå virker nedtonet, selv om enkelte mener at det vil være mer naturlig at komiteleder i fremtiden også er styreleder i Østfoldhelsa. Her er det tale om valg – både om hvorvidt styreleder bør rekrutteres fra fylkespolitikken eller fra noen av de andre partnerne (se under) eller om skal forsterke koplingen til fylkespolitikken gjennom at komiteleder også blir styreleder. Ved at en nå skal velge nytt styre/styreleder vil en kunne avklare dette på en ryddig måte.

Faren for at Østfoldhelsa blir oppfattet som en del av det fylkeskommunale regimet og derved også kan bli oppfattet som en del av fylkeskommunen status som ”overkommune” er etter vår vurdering et mindre problem så lenge uttalelsene om kommunale planer balanserer mellom det en mener er ”folkehelsefaglig” riktig og det som er lokale tilpasninger om hva en kan få til i kommunale beslutnings- og planprosesser. I konkrete saker vil en lett kunne føle irritasjon i kommunene dersom Østfoldhelsa går inn i prosessene med synspunkter som bryter med lokale vedtak og kompromiss. I intervjuene med styremedlemmer og sekretariatet fremkommer det at en har vært oppmerksomme på dette dilemmaet, og har prøvd å finne et balansepunkt der Østfoldhelsas uttalelser reflekterer partnerskapsorganiseringens samarbeidsånd ved å gi råd og vurderinger som ikke kan oppfattes som en del av

fylkeskommunens myndighetsutøvelse i plansaker, slik so vi har beskrevet innledningsvis.

Om relasjonene mellom partnerne - Østfoldhelse og kommunalt folkehelsearbeid.

I spørreskjemaundersøkelsen blir det stilt spørsmål om relasjonene mellom de ulike aktørene som er involvert i folkehelsearbeidet. I vår sammenheng i intervjuene ble det blant annet fokusert på relasjonene mellom folkehelsearbeidet i kommunene og den overordnede styringsstrukturen i Østfoldhelse. I spørreskjemaundersøkelsen blir det stilt to spørsmål som dreier seg om disse spørsmålene: om avklaring av ansvar mellom ulike organer/nivåer i Østfoldhelse og om samarbeidet mellom ulike organ/nivåer. Her vises det til at det eksisterer en "viss usikkerhet" generelt, men at samarbeidet mellom programsekretariatet og de kommunale koordinatorene fungerer generelt godt, og at det er et bedre resultat mht. samarbeid mellom programsekretariatet og disse enn mellom noen av de andre aktørene i samarbeidet. Disse resultatene blir bekreftet og utdypet i intervjuene, idet svært mange påpeker at det er en grei ansvarslinje og en god kopling "vertikalt" i folkehelsearbeidet mellom de kommunale koordinatorene og programsekretariatet. På samme måte som i spørreskjemaundersøkelsen er det også i intervjuene noen som påpeker at disse "vertikale" relasjonene ofte fungerer greiere enn de "horisontale" – det vil si samordning og samarbeid mellom folkehelsekoordinatorene og ulike kommunale virksomheter. Her pekes det på at koordinatorene ofte har en rekke utfordringer i det daglige arbeidet. Noen av disse er knyttet til at det lokalt ofte er har en deltidsstilling/-funksjon som er tillagt koordinatorene til folkehelsearbeid, og at dette er en vanskelig oppgave – særlig når en skal tenke forebyggende og langsiktig der kommuneorganisasjonen for øvrig har nok med de kortsiktige utfordringer som preger hverdagen. Det generelle inntrykket er derfor også at det i mange kommuner er en ensom jobb å drive folkehelsearbeid, der noen kommuneleger er viktige alliansepartnere, men også at mange kommuneleger er lite opptatt av dette arbeidet. Også den øvrige kommunale virksomheten er primært opptatt av driftsspørsmål – ikke minst når kommuneøkonomien er presset. Det heter i intervjuene at selv om beløpet som

Østfoldhelsa stiller til disposisjon – 100.000,- til hver kommune – er et relativt beskjedent beløp, har disse pengene medført at partnerskapskommunene blir oppmerksomme på folkehelsearbeidet, og stort sett benyttes midlene til å (del-)finansiere koordinatorfunksjonen. Det pekes også på at fordelingen av et jevnt beløp til alle kommuner i partnerskapet uavhengig av størrelse fungerer greit, selv om det innebærer at midlene blir svært små i store kommuner.

Enkelte peker på at der det finnes lokalpolitikere som griper fatt i og engasjerer seg i folkehelsearbeid blir arbeidet betydelig enklere. Som tidligere undersøkelser av kommunalt folkehelsearbeid viser er dette arbeidet ofte avhengig av ildsjeler. Arbeidet i kommunene blir fort personavhengig. I intervjuene heter det at det må man kanskje akseptere, men det er da viktig å være klar denne situasjonen slik at de som forsvinner av ulike grunner ”erstattes”. Det stilles en del forventninger til at den nye folkehelseloven kan innebære at folkehelsearbeid får en klarere organisatorisk forankring, og blir prioritert i større grad enn tilfellet er i dag i mange kommuner.

Om strategier og oppgaver

I spørreundersøkelsen viser det seg at et stort flertall (84 %) mener at de strategiene som er valgt i Østfoldhelsa er de ”riktige”. Dette gjenspeiler resultatene fra tidligere undersøkelser om samme spørsmål. På et overordnet plan kan det derved synes som om en i svært stor grad slutter seg til de tre hovedstrategiene som er valgt i prosjektet, og dette bekreftes også i intervjuundersøkelsen. Mye kan tyde på at ”trygge”, ”sunne”, ”levende” Østfold er vel innarbeidet etter å ha vært lagt til grunn for folkehelsearbeidet i fylket gjennom utviklingen fra prosjekt, program til partnerskap, dvs. et par tiår. Samtidig er imidlertid dette spørsmålet generelt formulert, og i intervjuene var det mange som hadde synspunkter på tilnærings- og arbeidsmåter innenfor rammene de tre strategiene setter. Et hovedanliggende var at det stadig sterkere fokus på ulikheter i helse (som også er nedfelt som en hovedutfordring i forslaget til ny folkehelselov) tilsier at en må tenke nytt i forhold til målgrupper i folkehelsearbeidet. Ved at kunnskapen om hvordan sosiale forskjeller reproduseres mellom geografiske områder og grupper i befolkningen vil det

være naturlig å avklare hvordan de tiltak folkehelsearbeidet rår over kan spisses mot disse områdene/gruppene. Som eksempel ble nevnt at en lokalt igangsetter eller stimulerer til trimgrupper som i praksis rekrutterer de samme personene som uansett trimmer, mens mer spissing mot målgrupper (for eksempel kvinnelige innvandrere) kunne gi bedre effekt både i forhold til ”sunn” og ”levende” strategier. I det hele tatt var intervjupersonene opptatt av at en kontinuerlig burde vurdere kritisk hvordan en kunne – med knappe ressurser – prioritere tiltak som ga effekt på folkehelsen. Behovet for mer konkret ”evidensbasert” kunnskap om hvilke arbeidsformer og tiltak som gir best folkehelseeffekt ble sterkt understreket. Kravene om kommunale kartlegginger av helsetilstand og risikofaktorer i forslaget til ny folkehelselov ble ansett som et viktig virkemiddel for å kunne tilfredsstille dette behovet.

Om relasjonene mellom Østfoldhelse og de øvrige partnerne.

Et aspekt som er tatt opp av flere i intervjuene, er bekymringen over at de øvrige partnerne (det vil si fylkesmannen, sykehuset, høgskolen og frivillige organisasjoner) spiller en beskjeden og tilbaketrukket, nærmest passiv, rolle i partnerskapet. Det pekes på at alle disse partnerne har viktige bidrag som bør blir aktivisert i folkehelsearbeidet, og at det bør utvikles strategier som kan bidra til at deres rolle blir mer aktiv. Det stilles spørsmål om hvordan skal man sikre et partnerskap der et mangfold av ulike partnere, målt etter størrelse, ressurser, kompetanse og lignende, opplever seg som likeverdige?

Dette spørsmål kan også stilles i forhold til de forpliktelsene partnerne er gitt gjennom samarbeidsavtalen, om hvordan en skal sikre at disse partnerne ivaretar de forpliktelsene de tross alt har. Et aspekt ved dette er at noen av de intervjuede mener at en måte å aktivisere de partnerne som nå er tilnærmet passive, vil være at de blir representert i styret for Østfoldhelse. Dette kan skje ved at en utvider antallet styremedlemmer. Dersom en ikke velger å ha representasjon av disse partnerne i styret – blant annet for å rendyrke den politiske representasjonen en hittil har hatt – bør en drøfte andre måter en kan aktivisere disse partnerne på, heter det.

6. Oppsummering.

De synspunkter og vurderinger som er fremkommet i denne delen av evalueringen, må som nevnt innledningsvis sees i sammenheng med spørreskjemaundersøkelsen. Men i analysen av erfaringene med den overordnede organisasjonsformen partnerskapet representerer, fremkommer det noen mer spesifikke vurderinger som kan oppsummeres slik:

1. Partnerskapsorganisering er etter hvert blitt en vanligere måte å organisere samarbeid mellom ulike private og offentlige aktører særlig innenfor utviklingsområder som er kjennetegnet av stor kompleksitet, med mange ulike aktører og problemstillinger på et politikkfelt. Flere av de intervjuede er opptatt av at partnerskapsmodellen kan ha noen utilsiktede eller implisitte konsekvenser, for eksempel at politisk uenighet ikke kommer til uttrykk i arbeidet i partnerskapet, men blir organisert ut av prosessene på området. Slik sett blir de prinsipielle problemstillingene ved etablering av partnerskap som samfunnsvitere har vært opptatt av også uttrykt i denne forbindelse, men uten å bli spesifikt knyttet til folkehelsearbeidet. Det hevdes likevel at mer kritiske og prinsipielle synspunkter på effekten av folkehelsearbeid – representert i noen politiske og faglige miljøer ikke gjenfinnes i partnerskapsorganisasjonen.
2. Partnerskapsorganisering blir i intervjuene oppfattet som en velegnet organisasjonsform for folkehelsearbeid, og Østfoldhelsa fremstår som et godt organisatorisk grep for å gjennomføre folkehelsearbeid i Østfold. Folkehelsearbeidet er etter hvert institusjonalisert som et permanent uttrykk for folkehelsearbeidet, og slik intervjupersonene ser det er det liten grunn til ikke å videreføre partnerskapsavtalene.

3. Folkehelsearbeidet i Østfold fremstår som en modell for det nasjonale folkehelsearbeidet, og det er flere blant de intervjuede som fremhever at dette i seg selv representerer en stimulans i arbeidet. Det samme er tilfellet for de internasjonale prosjektene og relasjonene folkehelsearbeidet inngår i, og der Østfoldhelse ofte spiller en sentral faglig rolle.
4. Relasjonene mellom det overordnede styrings- og ledelsesstrukturen og de kommunale folkehelsekoordinatorene er stort sett oppgitt å være godt, og de ”vertikale” relasjonene mellom kommuner og overordnet ledelse (programstyre/sekretariat) synes generelt å fungere bra. De overordnede organene fremstår som viktige støttespillere i det lokale arbeidet som koordinatorene utfører i kommunene.
5. Folkehelsearbeidet i kommunene lider under å være en relativt marginal kommunal virksomhet, med små ressurser og avhengig av ildsjeler. Det en kan kalle det ”horisontale” perspektivet på folkehelsearbeid – samarbeidet og satsingen i den enkelte kommune – synes å være mer problematisk. Det paradoksale er derfor at mange av de som arbeider ut fra en modell for ”det nye folkehelsearbeidet” - med et kommune-, og ikke et sektorperspektiv - mange ganger opplever at de vertikale samarbeidsrelasjonene er mer identitetsskapende enn de horisontale, kommunale.
6. De midlene som Østfoldhelse tilfører det lokale arbeidet er i utgangspunktet beskjedne, men gir grunnlag for økt lokal aktivitet ved at de (del-)finansierer koordinatorene, som i sin tur stimulerer og utløser lokale aktiviteter.
7. Det er flere spørsmålsstillinger knyttet til effektene av folkehelsearbeidet, og de strategiene og prioriteringene som foretas i forbindelse med dette arbeidet lokalt. Et aspekt er at det etter hvert vil forventes at

folkehelsearbeid lokalt i større grad blir evidensbasert, og at det blir forankret i kommuneorganisasjonene og i lokale frivillige aktører på en mer systematisk måte. Et spørsmål som er tatt opp er hvordan en kan effektivisere og målrette arbeidet i forhold til målet om å utjevne ulikheter i helse mellom geografiske områder og sosiale grupper. Her kan det være grunnlag for å avklare hvorvidt målgruppene for folkehelseiltak lokalt bør være mer spisset mot bestemte målgrupper. Det forventes at forslaget i den nye folkehelseloven om registreringer av folkehelseutfordringer for den enkelte kommune vil kunne bidra til å konkretisere arbeidet med å redusere ulikheter i helse.

8. Den overordnede styrings- og ledelsesstruktur synes å fungere stort sett godt i forhold til de aktørene/partnerne som er representert i styret (fylkeskommune og kommuner) men etterlater et inntrykk at andre partnere (sykehus, høgskole, frivillige organisasjoner) er relativt passive deltakere i partnerskapet. Det bør etter manges mening være gjenstand for en diskusjon om en bør endre sammensetningen i styret, og også ellers stimulere til større engasjement blant disse partene.
9. Ledelsesfunksjonen i programstyret har vært gjenstand for en del uklarheter om rollefordeling i forhold til ledelsen i fylkeskommunens komité for Oppvekst, kultur og helse. Det synes som om den nødvendige rolleavklaring har funnet sted gjennom gjensidig tilpasning, og at en forventer å få en mer permanent avklaring i forhold til neste periode.

8. Utfordringer – og forslag til endringer i den overordnede organiseringen av partnerskapet.

To hovedutfordringer.

Folkehelsearbeidet gjennom Østfoldhelse som partnerskap er etter hvert integrert og kjent i fylkets ulike virksomheter. Modellen en har valgt er fremtidsrettet – eller snarere: er blitt innhentet av sin egen suksess gjennom

forslaget til ny folkehelseslov, som jo i mange henseende viderefører de organisasjonsprinsipper og strategier Østfoldhelsa står for. Mye kan tyde på at en ny folkehelseslov vil, selv om den vil være mangelfull i forhold til kraftfull iverksetting av folkehelsearbeid på mange punkter, aktualisere noen av de utfordringene Østfoldhelsa møter nå.

Slik vi ser det er det to problemstillinger som er de mest sentrale i arbeidet med den videre strategien for Østfoldhelsa, og som berører den overordnede organisering: Den første berører forholdet til kommunene, og hvordan en skal bidra til en styrking, forankring og institusjonalisering av det lokale folkehelsearbeidet. Den andre dreier seg om hvordan en skal stimulere til at de øvrige partnerne blir mer aktive deltakere i utformingen og iverksettingen av det arbeidet partnerskaper beslutter.

Om styrking av det kommunale folkehelsearbeidet.

Spørsmålet er her hvordan Østfoldhelsa kan stimulere til at kommunene tar det samme ansvaret som Østfold fylkeskommune i forhold til å implementere folkehelsearbeid på tvers i egen organisasjon? Et aspekt ved dette er at en nå forutsetter at hver kommune vil utvikle folkehelsearbeidet basert på mer systematisk kunnskap om de helseutfordringene en står overfor lokalt. Her kan for eksempel Østfold Analyse bidra, men det kreves at dette da server kommunene med data og analyser som kan anvendes for å utforme konkrete lokale strategier rettet mot de ”riktige” målgruppene. Det samme gjelder kunnskapen og erfaringene Østfoldhelsa har tilegnet seg gjennom internasjonalt arbeid: Hvordan skal man sikre at den kunnskap som Østfoldhelsa får tilgang til gjennom internasjonalt arbeid operasjonaliseres for bruk i kommunene? Et siste spørsmål som er avgjørende for utviklingen av et moderne folkehelsearbeid lokalt, er at en ivaretar og konkretiserer prinsippene om ”health in all policies”, som nå legges til grunn for forslaget til ny folkehelseslov. Hva kan Østfoldhelsa gjøre for å sikre at pågående nasjonale folkehelseprosesser ikke resulterer i en sektorising av arbeidet innenfor kommunehelsetjenesten?

Om forholdet til de øvrige partnerne

En bør vurdere om en kan stimulere til økt aktivitet på feltet blant de partnerne som nå forholder seg relativt passive, blant annet gjennom å utvide styret med representanter for sykehus og høgskole. Når det gjelder frivillige organisasjoner er en mer usikker på om det er mulig å ivareta deres deltakelse uten at det innebærer en forfordeling av en bestemt organisasjon i det mangfoldet som eksisterer på området. Slik vi ser det vil det være behov for å diskutere disse partnernes deltakelse og representasjon på nytt, med sikte på å styrke engasjement i partnerskapet. Det er for eksempel ikke sikkert at representasjon i styret er tilstrekkelig til å skape dette engasjementet, mens et nærmere samarbeid om avgrensede prosjekter og satsinger på feltet kanskje kan være like effektivt.

Om justeringer i lederstrukturen.

I tillegg til de to hovedutfordringene som er nevnt foran, er det noen mindre endringer i lederstrukturen for styret, knyttet til erfaringene fra den perioden vi har evaluert, som en bør forholde seg til. Dette dreier seg om et forslag om å stadfeste rolleavklaringen i programledelsen, for eksempel ved at leder i fylkeskommunens komité for Oppvekst, kultur og helse også blir leder for Østfoldhelse. Dette bør i så fall veies opp mot at en også kan la ledervervet gå på omgang mellom kommunale og fylkeskommunale (og evt. andre partnere dersom de kommer med i programstyret). Mye kan tyde på at en kopling til den fylkeskommunale komitéledelsen ikke vil skape problemer gitt måten styret i dag fungerer på.

Litteratur.

Andersen, O-J. og A. Røiseland (red): *Partnerskap – problemløsning og politikk*. Fagbokforlaget 2008.

Fugelli, Per og Jan Helge Solbakk: Sunnhetspolitiet umyndiggjør folket. Kronikk i Aftenposten.
<http://www.aftenposten.no/kronikker/article.jhtml?articleID=538921>

Hauge Hans A. og Maurice B. Mittelmark: *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* Fagbokforlaget 2003.

Helgesen, Marit: "Flink med folk i første rekke". *Organisering og iverksetting. En underveisrapport*. NIBR-rapport 2010:7, Oslo 2010.

Helsedepartementet 2003: St.m. nr. 16 (2002-2003): Resept fort et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken.

Helse- og omsorgsdepartementet 2010: Høringsnotat: Forslag til ny folkehelselov.

Helse- og omsorgsdepartementet 2010: Høringsnotat: Forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Hofstad, Hege og Guri Mette Vestby: *Lokalt folkehelsearbeid. Underveisevaluering av Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse*. Notat 2009:102, NIBR, Oslo 2009.

Høybråten, Dagfinn: Vi vil ikke tvinge folk til å endre livsstil. Kronikk i Aftenposten
<http://www.aftenposten.no/kronikker/article.jhtml?articleID=544519>

Jacobsen, Bengt Morten: *Folkehelseprogrammet 2002 – 2004. Spørreundersøkelsede om mål, aktiviteter og organisering*. Oppdragsrapport, Høgskolen i Østfold 2005.

Monsen, L-K. og M. Sundet: Partnerskap eller pratnerskap? i Andersen, O-J. og A. Røiseland (red): *Partnerskap – problemløsning og politikk*. Fagbokforlaget 2008.

Ramsdal, H. og K. Aarvak: *Evaluering av Folkehelseprosjektet i Østfold*. OR-rapport 19.00, 2000, Østfoldforskning.

Ramsdal, H. og K. Aarvak: *Evaluering av folkehelsearbeidet i Rakkestad*. OR-rapport 2002. Østfoldforskning.

Ramsdal, Helge og Gunnar Vold Hansen: *Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold: erfaringer med organisering og samarbeidsformer*. Oppdragsrapport HiØ 2009:1, 2009..

Rhodes, R.A.W.: *Understanding Governance. Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. Maidenhead - Open University press 1997.

Røiseland, Asbjørn: *Statlige målsettinger og lokal praksis. Om kommunenes arbeid med miljøbetingede helseproblemer*. NF-rapport 11/96, Nordlandsforskning, Bodø.

Røiseland, Asbjørn et. al: *Lokalsamfunn og helse. Forebyggende arbeid i en brytningstid*. Fagbokforlaget 1999.

Sosial- og helsedepartementet 1998: NOU 1998:18. Det er bruk for alle.

Skorstad, Egil J. og Helge Ramsdal: *Flexible Organizations and the New Working Life. A European Perspective*. Ashgate Publishers, Farnham, U.K, and Burlington, USA 2009.

Stoker, G.: *Transforming Local Governance. From Thatcherism to New Labour*. Houndmills: Palgrave MacMillan 2004.

http://www.ostfoldhelsa.no/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=43&Itemid=68

Østfoldhelsa 2010: Årsmelding 2009, foreløpig versjon datert 8.11.2010.