

Partnerskap mellom offentlige, private og frivillige organisasjoner brukt til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten. En beskrivelse av to modeller

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 15-2012



 kunnskapssenteret

Hovedfunn: • Partnerskap mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner er en strategi fra myndighetenes side blant annet for å støtte kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Vi har identifisert og beskrevet to partnerskapsmodeller i primærhelsetjenesten: Community Care Network (CCN), og Primary Health Care Charter (the Charter). Modellene har flere felles kjennetegn, blant annet:

- Det store potensialet primærhelsetjenesten har for å forbedre befolkningens helse.
- At alle relevante aktører jobber sammen for å kunne realisere dette potensialet.
- Å forbedre systemet under ett - ”system-wide improvements”.
- Brukemedvirkning.
- Leder- og medarbeiderforankring.
- Målinger/evalueringer.

Funn fra forskning og evalueringer av andre partnerskap enn de to modellene understøtter betydningen av leder- og medarbeiderforankring, og målinger/evalueringer for å lykkes med partnerskap. Funnene viser også til andre faktorer som er viktige for å lykkes. Eksempler: • Avklaring av roller og ansvar, felles visjon, felles mål, tillit, respekt og gode relasjoner. I tillegg viser

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN 978-82-8121-485-9 ISSN 1890-1298

nr 15-2012

 kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden) forskning og evalueringer av andre partnerskap enn de to modellene til noen utfordringer ved partnerskap. Eksempler: • Kompleksitet i forhold til ledelse, kultur og lovverk, uklare beskrivelser og uklar rollefordeling. • Partnerskap er ingen enkel vei til suksess. • Det finnes ingen ideel modell som kan benyttes til alle partnerskap til alle tider. • Visjon, mål og kontekst er faktorer som bør påvirke hvordan et partnerskap planlegges og gjennomføres.

Tittel	Partnerskap mellom offentlige, private og frivillige organisasjoner brukt til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten. En beskrivelse av to modeller
English title	The use of Public-Private Partnerships in quality improvement in the primary care services. A description of two models
Institusjon	Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Bakke, Toril, seniorrådgiver, prosjektkoordinator, Kunnskapssenteret Vege, Anders, seksjonsleder, prosjektleder, Kunnskapssenteret
ISBN	978-82-8121-485-9
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 15-2012
Prosjektnummer	722
Publikasjonstype	Rapport
Antall sider	57, inklusiv vedlegg
Oppdragsgiver	Senter for allmennmedisinsk kvalitet
Nøkkelord	Partnerskap, partnerskapsmodell, kvalitetsforbedring, primærhelsetjenesten.
Sitering	Bakke T, Vege A. Partnerskap mellom offentlige, private og frivillige organisasjoner brukt til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten. En beskrivelse av to modeller. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 15-2012. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2012.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke de eksterne fagfellene Anders Grimsmo og Tove Hovland, samt de interne fagfellene Gunn Elisabeth Vist og Øyvind Andresen Bjertnæs for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, desember 2012

Hovedfunn

Partnerskap mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner er en strategi fra myndighetenes side blant annet for å støtte kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Vi har identifisert og beskrevet to partnerskapsmodeller i primærhelsetjenesten: Community Care Network (CCN), og Primary Health Care Charter (the Charter).

Modellene har flere felles kjennetegn, blant annet:

- Det store potensialet primærhelsetjenesten har for å forbedre befolkningens helse.
- At alle relevante aktører jobber sammen for å kunne realisere dette potensialet.
- Å forbedre systemet under ett - ”system-wide improvements”.
- Brukermedvirkning.
- Leder- og medarbeiderforankring.
- Målinger/evalueringer.

Funn fra forskning og evalueringer av andre partnerskap enn de to modellene understøtter betydningen av leder- og medarbeiderforankring, og målinger/evalueringer for å lykkes med partnerskap. Funnene viser også til andre faktorer som er viktige for å lykkes. Eksempler:

- Avklaring av roller og ansvar, felles visjon, felles mål, tillit, respekt og gode relasjoner.

I tillegg viser forskning og evalueringer av andre partnerskap enn de to modellene til noen utfordringer ved partnerskap. Eksempler:

- Kompleksitet i forhold til ledelse, kultur og lovverk, uklare beskrivelser og uklar rollefordeling.
- Partnerskap er ingen enkel vei til suksess.
- Det finnes ingen ideel modell som kan benyttes til alle partnerskap til alle tider.
- Visjon, mål og kontekst er faktorer som bør påvirke hvordan et partnerskap planlegges og gjennomføres.

Tittel:

Partnerskap mellom offentlige, private og frivillige organisasjoner brukt til kvalitetsforbedring i primærhelsetjenesten. En beskrivelse av to modeller.

Hvem står bak denne publikasjonen?

Kunnskapssenteret har gjennomført oppdraget etter forespørsel fra Senter for allmennt medisinsk kvalitet (SAK)

Når ble litteratursøket utført?

Søk etter litteratur ble avsluttet august 2012.

Fagfeller:

Anders Grimsmo, professor, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU.

Tove Hovland, kommunaldirektør for helse og omsorg, Tønsberg kommune.

Sammendrag

Bakgrunn

Partnerskap mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner er en strategi fra myndighetenes side blant annet for å støtte kvalitetsutvikling i helsetjenesten. På bakgrunn av dette har Senter for allmennt medisinsk kvalitet (SAK) gitt Kunnskapssenteret i oppdrag å identifisere og beskrive partnerskapsmodeller som blir brukt til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten.

Metode

Søk på relevante norske og internasjonale nettsteder etter beskrivelser av partnerskapsmodeller som brukes til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten.

Inklusjonskriterier:

Populasjon: Primærhelsetjenesten

Tiltak: Partnerskap mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner

Sammenlikning: Ingen

Utfall: Kvalitetsutvikling

Språk: Litteratur publisert på engelsk og skandinavisk

Eksklusjonskriterier:

- Partnerskap som ikke oppfyller kravet til hva en modell er i henhold til den valgte definisjonen.
- Partnerskapsmodeller som ikke er relevante for primærhelsetjenesten i Norge.

Resultat

Søket på norske og internasjonale nettsteder resulterte i et stort antall treff på partnerskap mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner. Ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriteriene sto vi til slutt igjen med én artikkel: Shortell 2002. *Evaluating Partnerships for Community Health Improvements: Tracking the Footprints*. Her beskrives partnerskapsmodellen Community Care Network (CCN), en av de to modellene vi har inkludert. Den andre modellen - Primary Health

Care Charter (the Charter), hadde vi kjennskap til fra tidligere gjennom deltakelse på internasjonale kvalitetskonferanser. Beskrivelsen av modellen bygger på Ministry of Health`s artikkel: *Primary Health Care Charter. A Collaborative Approach*, 2007.

I tillegg til disse to modellene, har vi inkludert tre studier av partnerskap og to evalueringer i rapporten. Ingen av disse partnerskapene oppfylte kravene som stilles til å være modell i den definisjonen som ligger til grunn. De er likevel inkludert fordi de viser til kriterier for å lykkes og utfordringer med partnerskap.

Diskusjon

Modellene som er inkludert - CCN og the Charter, har mange fellestrekk. Et eksempel er det potensialet som primærhelsetjenesten har for å kunne bedre befolkningens helse. Det understrekes at for å kunne realisere dette potensialet må alle relevante parter jobbe sammen, mot felles mål. I begge modellene er samarbeidsformen partnerskap et bevisst valg på grunn av den likeverdigheten som ligger i konseptet.

Vektleggingen av at forbedring i primærhelsetjenesten må skje i et systemperspektiv er også felles, samt brukermedvirkning: Befolkningens, brukernes og de pårørendes behov kartlegges, og de trekkes aktivt inn på ulike måter som likeverdige deltakere i partnerskapene.

Betydningen av leder- og medarbeiderforankring, samt engasjement fra ledelsens side for å oppnå hensikten løftes frem i begge partnerskapene. Det samme gjør målinger/evalueringer for å kunne dokumentere om målene nås.

Konklusjon

De to partnerskapsmodellene som brukes til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten er beskrevet: Community Care Network og the Primary Health Care Charter. Modellene har flere fellestrekk:

- Vektleggingen av det store potensialet som primærhelsetjenesten har for å kunne forbedre befolkningens helse.
- At alle relevante aktører må jobbe sammen for å kunne realisere dette potensialet.
- At forbedring av systemet må skje under ett - ”system-wide improvements”.
- Behovet for en overordnet strategi.
- Brukermedvirkning.
- Leder- og medarbeiderforankring, engasjement og entusiasme.
- Målinger/evalueringer for å finne ut om målene nås.

Betydningen av leder- og medarbeiderforankring, samt målinger, støttes av funn fra forskning og erfaring som er gjort fra andre partnerskap. Det kan synes å være viktige faktorer for å lykkes, i tillegg til følgende: Avklaring av roller og ansvar, felles visjon og felles mål, tillit, respekt og gode relasjoner.

Det finnes flere utfordringer ved partnerskap. Eksempler: Kompleksitet i forhold til ledelse, kultur og lovverk, manglende forankring i målgruppen/befolkningen, uklare beskrivelser av hvordan partnerskapet skal gjennomføres, og uklar rollefordeling og fordeling av ansvar og myndighet. Partnerskap er ingen enkel vei til suksess og det finnes ingen ideell modell som kan benyttes til alle partnerskap til alle tider.

Partnerskap mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner i helsetjenesten er en strategi fra myndighetenes side blant annet for å støtte kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Visjon, mål og kontekst, målgruppens og partnernes behov osv. er faktorer som bør påvirke hvordan et partnerskap planlegges og gjennomføres.

Behov for videre forskning

Partnerskap, på lik linje med andre verktøy og metoder som benyttes i forbedringsarbeid, er komplekse intervensjoner som skal implementeres i komplekse organisasjoner. En utfordring i forhold til forskning blir da: Hvilke aktiviteter som utøves i partnerskapet påvirker hvilke faktorer i de deltakende organisasjonene? Og – hvordan måle effekten av partnerskapet som sådann?

Flere studier viser til behovet for mer forskning når det gjelder effekten av partnerskap. Et godt eksempel er den midtveis prosessevalueringen som Shortell et al., 2002, gjennomførte både med kvalitative og kvantitative metoder på CCN-nettverkene i USA. En slik grundig evaluering krever både at modellen beskrives, og at det finnes en visjon som er operasjonalisert og som effekten av tiltakene som iverksettes kan måles opp mot.

Key messages (English)

Public-Private Partnership (PPP) is a strategy from The Norwegian authorities to support quality improvement in the health services. We have identified and described two partnership models in the primary care services: Community Care Network (CCN), and Primary Health Care Charter (the Charter).

The models have several characteristics in common, including:

- The big potential of primary care services to improve the health of the population.
- That all relevant stakeholders must work together in order to realize this potential.
- System-wide improvements.
- User involvement.
- Anchoring within management and staff.
- Measurements-/evaluation.

Findings from research and evaluation from other PPPs than the two models, support the importance of anchoring within management and staff, and measurements-/evaluation to succeed. The findings also show some other factors connected to success. Examples:

- Clarification of roles and responsibilities, shared vision, common goals, trust, respect and good relations.

Findings from research and evaluation also show some challenges connected to PPPs. Examples:

- Complexity related to leadership, culture and legislation, vague descriptions and unclear roles.
- PPPs are not an easy way to success.
- There is no ideal model that can be used for any partnership at all times.
- Vision, goal and context are factors that should influence how a partnership is planned and implemented.

Title:

The use of Public-Private Partnerships in quality improvement in the primary care services. A description of two models.

Publisher:

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Updated:

Last search for studies: August 2012.

Peer review:

Anders Grimsmo, professor, Norwegian University of Science and Technology, NTNU.

Tove Hovland, Local Director Health and Care Services, Municipality of Tønsberg.

Executive summary (English)

Background

Public-Private Partnership (PPP) is a strategy from The Norwegian authorities to support quality improvement in the health services. On this background the Centre for Quality work and Patient safety in General Practice (SAK) has commissioned The Norwegian Knowledge Center to identify and describe PPP models used in quality improvement in the primary care services

Objective

A description of one or more PPP models used in quality improvement in the primary care services.

Method

Search on relevant Norwegian and international websites for descriptions of partnership models used in quality improvement in the primary care services.

Inclusion Criteria:

Population:	Primary care services
Intervention:	Public-Private Partnership
Comparison:	None
Outcome:	Quality improvement
Language:	Literature published in english and scandinavian

Exclusion Criteria:

- PPPs that do not meet the requirements for what a model is in accordance with the chosen definition
- Partnership models which is not relevant for the primary care services in Norway.

Results

The search on Norwegian and international websites resulted in a large number of PPPs. By means of the inclusion- and exclusion criteria we were finally left with one article: Shortell et al., 2002. *Evaluating Partnerships for Community Health Improvements: Tracking the Footprints*. This article gives a description of the PPP model Community Care Network (CCN), one of the two models we have included. The second model - Primary Health Care Charter (the Charter), we already knew from attending international quality conferences. The description of this model builds on the Ministry of Health`s article: *Primary Health Care Charter. A Collaborative Approach*, 2007.

In addition to these two models we have included three studies and two evaluations of PPPs in this report. None of them meet the requirements for what a model is in accordance with the chosen definition. However, they are still included because they indicate criteria for success and challenges with PPPs.

Discussion

The models included - CCN and the Charter, have many features in common. One example is the potential of primary care services to improve the health of the population. It is underlined that all relevant stakeholders must work together, towards the same goals, to realize this potential. In both models PPPs are a conscious choice because of the equality of participants that lies in this concept.

The emphasis on system-wide improvements is also a common feature, together with user involvement: The citizens, users and their families needs are identified, and they take an active part as equal participants in the partnerships.

The importance of anchoring within management and staff, and the commitment of the management to achieve the goals of the partnership are highlighted in both partnerships. The same goes for the importance of measurement-/evaluation to find out if the PPPs reach their goals.

Conclusion

We have described two PPPs used to improve quality in the primary care services: Community Care Network and the Primary Health Care Charter. The models have some features in common:

- The potential the primary care services have to improve the health of the population.
- All the relevant stakeholders must work together to realize the potential.
- System-wide improvements.

- The need for an overall strategy.
- User involvement.
- Anchoring within management and staff, engagement and enthusiasm.
- Measurements-/evaluation.

Findings from research and evaluation from other PPPs than the two models support the importance of anchoring within management and staff, and measurements-/evaluation. These factors seem to be of importance to succeed with PPPs, in addition to the following: Clarification of roles and responsibilities, shared vision and goals, trust, respect and good relations.

There are several challenges connected with PPPs. Examples: Complexity in terms of leadership, culture and legislation, lack of anchoring in the target group / population, vague descriptions of how the partnerships are to be conducted, and unclear roles, description, and agreement of responsibility and authority. A partnership is no easy way to success, and there is no ideal model that can be used for all partnerships at all times.

PPPs are a strategy from The Norwegian authorities to support quality improvement in the health services. Vision, goals, context, target group and the partners` needs, etc. are all factors that should influence how a partnership is planned and implemented.

Needs for further research

Partnership, as other tools and methods used in quality improvement, are complex interventions to be implemented in complex organizations. A challenge to research then becomes: What activities implemented in the partnership affects what factors in the participating organizations? And what is the over all effect of the partnership?

Several studies show the need for further research regarding the efficiency of PPPs. A good example on such research is the mid-term evaluation process that Shortell et al., 2002, conducted of the partnershipmodel CCN in the United States. Both qualitative and quantitative methods were used. Such a thorough evaluation both require that the partnership is described, and that the vision is operationalized so that the effect can be assessed against clearly stated objectives and goals.

Innhold

HOVEDFUNN	2
SAMMENDRAG	3
Bakgrunn	3
Metode	3
Resultat	3
Diskusjon	4
Konklusjon	4
KEY MESSAGES (ENGLISH)	6
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	7
Background	7
Objective	7
Method	7
Results	8
Discussion	8
Conclusion	8
INNHold	10
FORORD	12
PROBLEMSTILLING OG MÅL	13
Problemstilling	13
Mål 13	
INNLEDNING	14
Bakgrunn	14
Definisjoner av sentrale begrep i problemstillingen	15
Historisk bakgrunn for partnerskap	17
Hva kan partnerskap være?	18
Overordnede norske helsepolitiske føringer om partnerskap	18
METODE	23
Litteratursøking	23
Inklusjonskriterier	24
Eksklusjonskriterier	24

Avgrensning	24
Håndtering av innhentet litteratur	24
RESULTAT	26
Søkeresultater	26
Beskrivelse av partnerskapsmodellen Community Care Network	26
Beskrivelse av partnerskapsmodellen The Primary Health Care Charter	30
Hva vet vi om betydningen av partnerskap i helsetjenesten?	34
DISKUSJON	38
Fellestrekk ved CCN og the Charter	38
Utfordringer ved partnerskap	40
Kritikk av partnerskap	41
KONKLUSJON	42
Behov for videre forskning	43
REFERANSER	44
VEDLEGG 1 SØKESTRATEGI RELEVANTE FUNN	47
VEDLEGG 2 EKSEMPLER PÅ MULIGE RELEVANTE FUNN SOM SENERE BLE EKSKLUDERT	50
VEDLEGG 3 TILBAKEMELDING FRA EKSTERNE FAGFELLER	52
VEDLEGG 4 OVERSIKT OVER FUNN FRA FORSKNING	54

Forord

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har fått i oppdrag å beskrive partnerskapsmodeller mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner brukt til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten. Oppdragsgiver er Senter for allmennt medisinsk kvalitet (SAK) v/Janecke Thesen.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder, seksjonsleder Anders Vege, Kunnskapssenteret
- Prosjektkoordinator, seniorrådgiver Toril Bakke, Kunnskapssenteret

Avdelingsdirektør

Anne Karin Lindahl

Seksjonsleder

Anders Vege

Prosjektkoordinator

Toril Bakke

Problemstilling og mål

Problemstilling

Hvordan kan en partnerskapsmodell mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner se ut når den skal brukes til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten?

Mål

Beskrivelse av en eller flere partnerskapsmodeller som brukes til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten.

Innledning

Bakgrunn

Myndighetene gir uttrykk for at partnerskap mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner er en ønsket måte å samarbeide på i tiden fremover, blant annet for å bidra til kvalitetsutvikling i helsetjenesten (1-5). I 2010 kom det to rapporter fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten som anbefalte partnerskap med involvering av brukere og sentrale aktører som en mulig strategi for kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten (6;7). Anbefalingen ble gjort på bakgrunn av utenlandske erfaringer, møter med ulike fagmiljø, og i en dialogkonferanse med sentrale aktører i primærhelsetjenesten, blant annet brukerorganisasjoner, Helsedirektoratet, Kommunesektorens organisasjon, forskningsmiljø og profesjonsorganisasjoner (6;7).

På bakgrunn av at partnerskap anbefales på et område som er viktig for Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK), har de gitt Kunnskapssenteret i oppdrag å beskrive hvordan partnerskapsmodeller kan se ut når de brukes til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten.

Videre i dette kapitlet følger definisjoner og beskrivelser av sentrale begrep i problemstillingen og historisk bakgrunn for partnerskap. I tillegg gjennomgås føringer fra norske helsemyndigheter og World Health Organization (WHO). Slike føringer vil ha betydning for partnerskap som planlegges og gjennomføres i den norske helsetjenesten.

Vi har valgt både å bruke begrepet ”partnerskap mellom offentlige, private og frivillige organisasjoner”, og ”partnerskap” - kortformen av begrepet, videre i dokumentet, avhengig av den aktuelle konteksten.

Definisjoner av sentrale begrep i problemstillingen

Partnerskap mellom det offentlige og private organisasjoner

I engelsktalende land brukes ofte "Public-private partnerships", forkortet til PPP, synonymt med det som vi i Norge kaller "partnerskap" (8;9). Det er en forkortelse av uttrykket "partnerskap mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner". Med "offentlig" i denne sammenhengen menes offentlige myndigheter på ulike nivå (8;10;11). Privat sektor omfatter både organisasjoner som har fortjeneste som formål, og organisasjoner som ikke har det. Internasjonalt benyttes begrepene non-profit, og for-profit organizations om frivillig sektor (10-12). Norske myndigheter har beskrevet frivillige organisasjoner i flere stortingsmeldinger, og vi har valgt å inkludere disse beskrivelsene fordi de er relevante for problemstillingen i prosjektet: Hvilke typer organisasjoner faller innenfor frivillighetsbegrepet og kan inngå i partnerskap med det offentlige?

Frivillige organisasjoner

I St.meld. nr. 39 (2006 – 2007) *Frivillighet for alle* vises det til at det benyttes ulike definisjoner for frivillige organisasjoner og frivillig virksomhet i regelverket. Regjeringen har ikke sett det som ønskelig at staten skulle godkjenne hva som er frivillig virksomhet, men har hatt et behov for å trekke opp retningslinjer for hvem som skal omfattes av rettigheter og plikter i ulike lover og regelverk (13). I St. meld. nr. 27 (1996–97) *Om statens forhold til frivillige organisasjoner* ble følgende virksomheter definert som frivillig organisasjoner (14):

1. Organisasjoner som kjennetegnes ved at de
 - har et allmennyttig siktemål
 - bygger på medlemskap av individer og/ eller organisasjoner
 - har en demokratisk styringsstruktur
2. Virksomheter som eies eller drives av en organisasjon som faller inn under punkt 1
3. Stiftelser med allmennyttig formål
4. Økonomisk samvirke som ikke har fortjeneste som formål
5. Trossamfunn og livssynsorganisasjoner

Hensikten med inndelingen var å tydeliggjøre at statens samspill med frivillige organisasjoner kan anta ulike former, og å etablere overordnede normer i statsforvaltningen som tildeling til frivillige formål kunne forankres i. Det ble pekt på at skillet mellom de ulike formene i praksis ikke alltid vil være like klart. I Ot.prp. nr. 55 (2006–2007) *Om lov om register for frivillig virksomhet* ble definisjonen av frivillige organisasjoner knyttet til at de ikke er fortjenestebasert (non-profit). Dette er i samsvar med det som anses som det sentrale elementet i frivillighetsdefinisjonen i norsk og internasjonal samfunnsfaglig forskning (15).

Partnerskap

Partnerskap er et sentralt begrep i problemstillingen. Det finnes mange ulike definisjoner. Vi har valgt ut noen som vektlegger forskjellige aspekt ved denne formen for samarbeid:

WHO`s definisjon viser til den bredden og det mangfoldet som kan inngå i et partnerskap (16):

”The term public-private partnerships covers a wide variety of ventures involving a diversity of arrangements, varying with regard to participants, legal status, governance, management, policy-setting prerogatives, contributions and operational roles”.

Monaghan, 2001, trekker blant annet frem felles mål og det å jobbe sammen for å nå dette målet som noe som kjennetegner partnerskap (17):

” Partnerships also differ from straightforward business arrangements in that all parties agree to pursue a common goal and work collaboratively to achieve it”, p. 45.

Njau, 2009, retter oppmerksomheten mot et annet aspekt ved partnerskap – det at flere organisasjoner forener sine ressurser. Public-private partnerships (PPPs) are... (10):

”a continuum of loose to tight arrangements that combine different skills and resources from institutions in the public and private sectors with the aim of effectively tackling socio-economic problems like education and health that persist in the face of independent actors”, p. 235.

Dowdeswell, 2004, vektlegger at det er det offentlige behov som skal være i førersetet i partnerskapet. PPP`s are...(18):

”a cooperative venture between the public and private sectors, built on the expertise of each partner, that best meets clearly defined public need through the appropriate allocation of resources, risks and rewards”, p. I.

I denne definisjonen trekkes også lik fordeling av risiko og belønning inn som et kjennetegn på partnerskap. Det kan diskuteres om det offentlige skal inngå i partnerskap hvis det innebærer risiko. Uansett vil det være det offentlige som bærer ansvaret for å sikre en så optimal helsetjeneste som mulig til sin befolkning. Det overordnede ansvaret kan ikke delegeres til kommersielle aktører eller frivillige organisasjoner.

Mitchell, 2008, understreker relasjonsperspektivet ved partnerskap (19). A PPP is...

”a relationship based upon agreements, reflecting mutual responsibilities in furtherance of shared interests”, p. 1.

I henhold til disse definisjonene kan det synes som om det er enighet om at følgende faktorer kjennetegner partnerskap mellom det offentlig, private og frivillige organisasjoner:

- Det kan bygges opp på mange ulike måter, alt etter hva hensikten er.
- Det handler om at to eller flere parter inngår i et frivillig og likeverdig samarbeid med den hensikt å nå felles mål.
- Målet må være i samsvar med og ha betydning for det offentliges interesser.
- Partnerskap har et relasjonsperspektiv som går utover det rent kontraktsmessige.
- Partene jobber sammen og forener sine ressurser for å nå målet.

Historisk bakgrunn for partnerskap

Uavhengig av ideologiske strømninger og statlige føringer har det opp gjennom tidene vært nærliggende for organisasjoner – både offentlig og private, å samordne sine ressurser for å nå mål som de har interesse av, og som de vanskelig makter alene (8;20). Partnerskap inngås blant annet i forskning, utvikling av infrastruktur og serviceproduksjon. Begrepet har historiske røtter både i Norge og andre land (8;18). Vi vet for eksempel at partnerskap i form av privat - offentlig samvirke var viktig for lokal elektrisitetsforsyning allerede før landet oppnådde nasjonal selvstendighet. Andre former for historiske partnerskap er utbyggingen av hurtigruten fra 1860 – staten ved departementet og postverket inngikk et partnerskap med flere kystrederier. Partnerskapet ble sikret gjennom langvarige kontrakter (8).

Når det gjelder partnerskap i helsetjenesten oppfordret The World Health Assembly i 1993 WHO til å mobilisere alle gode krefter - inkludert frivillige organisasjoner og det private næringsliv, for å nå målene i den globale strategien Health for all by the year 2000 (12). Dette budskapet ble ytterligere forsterket av generaldirektør Gro Harlem Brundtland som i 1999 oppfordret den offentlige helsetjenesten til å bygge innovative partnerskap med frivillige og private organisasjoner med tanke på å løse noen av de utfordringene helsetjenesten i verden står overfor (12). Mange slike partnerskap ble igangsatt på slutten av 90 tallet, særlig i forhold til spesifikke sykdommer som HIV, tuberkulose og malaria. Etter hvert har partnerskap også blitt tatt i bruk overfor andre utfordringer som skal løses i helsetjenesten (12).

I 2001 ga The Bill and Melinda Gates Foundation 1 million pund til den verdensomspennende organisasjonen the Public-Private Partnerships for Health (IPPPH) i regi av WHO. I den sammenhengen ble nye og eksisterende globale partnerskap kartlagt. Det viste seg at 80 % var opptatt av spesifikke sykdommer som for eksempel malaria og tuberkulose. Disse partnerskapene kan vise til noen positive resultater, men har samtidig innebygde utfordringer som blant annet handler om hvilke motiv private firma har for å gå inn i partnerskapene, og at slike globale partnerskap på mange måter er sosiale eksperiment (9).

Hva kan partnerskap være?

Slik partnerskap presenteres i litteraturen, og slik flere av definisjonene viser, fremstår begrepet ofte med positiv valør og verdier som frivillighet og likeverdighet fremheves (5;8;18;21). Partnerskap blir både sett på som et styringsverktøy, en form for kollektiv samhandling og en finansieringsmodell, alt etter hvilket ståsted og bakgrunn fagmiljøet har (20). Slik definisjonene også viser, dekker partnerskap som begrep mange ulike former for samarbeid (10;16-19;21-23). Partnerskap gir også assosiasjoner til andre begrep som betegner samarbeid mellom organisasjoner, og det er ikke umiddelbart intuitivt hva som skiller det ene fra det andre: Hva er for eksempel forskjellen mellom det å inngå i et konkret samarbeide med andre organisasjoner om et felles prosjekt/mål, og det å inngå i et partnerskap? Og hva skiller partnerskap fra andre former for offentlig-privat samarbeid som for eksempel bestiller/utfører modell, privatisering og konkurranseutsetting (8)? Det ligger utenfor mandatet til dette prosjektet å gå opp grensegangene til de andre formene for samarbeid. For ytterligere beskrivelser av grenseoppganger – se f.eks. Andersen 2008, Nolic and Maikisch 2006, og Sekhri 2011.

Overordnede norske helsepolitiske føringer om partnerskap

I en rekke Stortingsmeldinger og Offentlige utredninger helt tilbake til -90 tallet understrekes betydningen av å mobilisere og samordne sentrale aktører i samfunnet på områder som har med helse å gjøre (1). Det er for eksempel et mål å bygge opp et forpliktende og helhetlig folkehelsearbeid gjennom å stimulere til utvikling av lokale og regionale partnerskap. Det understrekes at en vellykket strategi for bedre levekår er avhengig av et samarbeid mellom mange parter. Partnerskapet må omfatte ulike nivåer i det offentlige og berørte private interesser, som sammen når sine mål ved å samordne innsatsen. Brukerne som blir berørt må også trekkes inn i det konkrete samarbeidet (3).

Begrunnelsen for partnerskap er blant annet at bred deltakelse gjør lokalsamfunnet sterkere, og at de offentlige ressursene som blir satset kan nå lenger gjennom samarbeid. Betydningen av en felles visjon blir vektlagt som et bidrag til å effektivisere innsatsen og løse eventuelle konflikter (1-5). St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening gir en oversikt over hvilke krevende omsorgsutfordringer samfunnet står overfor de neste tiårene. Disse må løses med grunnlag i et offentlig ansvar som involverer de fleste samfunnssektorer, og ved å støtte og utvikle det frivillige engasjement fra familie og lokalsamfunn, organisasjoner og virksomheter (4). Under overskriften Partnerskap med familie og lokalsamfunn, viser meldingen til den betydelige innsatsen mange frivillige organisasjoner gjør i helsetjenesten i dag. Regjeringen er opptatt av at de frivillige

organisasjonene skal være i stand til å møte morgendagens utfordringer med arbeidsformer som utløser engasjement hos nye generasjoner (4).

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg er av spesiell betydning for problemstillingen i prosjektet. Her presenteres blant annet begrepet offentlig/privat innovasjonssamarbeid (OPI). Det handler om et tett og gjensidig samarbeid mellom offentlige og private virksomheter med henblikk på nytenkning og utvikling av offentlige løsninger. Utvalget er også opptatt av å finne nye former for frivillighet og har arbeidet ut fra en forutsetning om at de ressursene vi må bygge på fremover finnes i mellomrommene mellom offentlige ordninger, organisasjoner, lokalsamfunn og familie, og i samarbeidet mellom det offentlige og sivilsamfunnet. Dette kalles for "Den andre samhandlingsreformen" og handler om mobilisering av kapasitet (5).

Utvalget mener at sosial verdiskapning i form av frivillige organisasjoner og tiltak bør gis betydelig større rom og armslag i fremtidig utvikling av omsorgstjenester. Innen 2020 bør denne andelen økes til anslagsvis 25 % - mot 5 % i dag. Hensikten er å finne nye løsninger, drive nybrottsarbeid og styrke innovasjons- og utviklingsarbeidet på omsorgsfeltet (5).

Avtaler om partnerskap

I NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg foreslås det å utvikle en nasjonal overenskomst og lokale avtaler om partnerskap mellom det offentlige og frivillig sektor. Bakgrunnen for forslaget er samhandlingsreformen og de store utfordringene helse og omsorgstjenestene står overfor. En slik avtale skal:

- Klarlegge rammebetingelser.
- Avklare prinsipper og spilleregler for samarbeidet.
- Konkretisere oppgaver og arbeidsdeling.

Det anbefales at overenskomsten utformes slik at den kan danne grunnlag for lokale avtaler på kommunalt nivå/bydelsnivå om mer konkrete tiltak og oppgaver. NOU 2011:11 er i skrivende stund fortsatt under behandling i Helse- og omsorgsdepartementet.

KS har allerede inngått en avtale med Frivillighet Norge som kan benyttes av kommuner som ønsker å samarbeide med frivillig sektor. Samarbeidet bygger på et prinsipp om at denne sektoren skal supplere og ikke erstatte offentlige tjenester (24). Et av de overordnede prinsippene er at samarbeid og samhandling mellom offentlig og frivillig sektor skal baseres på likeverdig partnerskap, og gjensidig respekt for hverandres roller. I tillegg til en avtale har KS også utarbeidet en veileder for utvikling av lokal frivillighetspolitikk (25).

En undersøkelse som nylig er gjennomført, viser at halvparten av de kommunene som svarte har utviklet konkrete samarbeidsavtaler eller partnerskapsavtaler med frivillige organisasjoner i en eller annen form. 2/3 av avtalene gjaldt frivillig innsats

innenfor kommunale tjenesteområder. Størst er omfanget innen områdene kultur/fritid og helse og omsorg (24).

Avtaler om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene

I henhold til problemstillingen er det relevant å se på hvilke avtaler som gjelder mellom partene i forhold til kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene: I 2006 ble det inngått en avtale mellom Regjeringen og KS. Siktemålet med avtalen er at staten og KS i fellesskap skal bidra til å forbedre kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen og KS er enige om at utfordringene skal møtes ut fra lokale variasjoner og behov, og at partnerskap er en av flere aktuelle strategier å benytte seg av (24).

Internasjonale føringer om partnerskap

The European Commission ga i 2003 ut: Guidelines for Successful Public-Private Partnerships (21). Dette ble gjort på bakgrunn av at partnerskap ble startet opp i mange EU land uten at planlegging og gjennomføring var god nok. Den guiden som er utviklet retter seg ikke mot partnerskap på spesifikke områder, men presenteres som et praktisk verktøy og gir noen generelle råd til dem som ønsker å inngå i partnerskap mellom det offentlige og det private. Guiden retter oppmerksomheten mot kritiske områder det er viktig at alle som ønsker å planlegge og gjennomføre partnerskap forholder seg til. Ettersom guiden også er ment som en hjelp til de som inngår partnerskap på bakgrunn av finansiering fra EU, har vi valgt å ta med de momentene som kan synes mest relevante for den foreliggende problemstillingen (21):

- Det finnes ingen ideell modell for partnerskap. Hvert enkelt må planlegges og gjennomføres ut fra hva hensikt, mål og visjoner er, hvilken kontekst det skal fungere i, og de behovene som hver enkelt partner har.
- Partnerskap fører ikke til mirakler og er ingen lettvint vei til suksess. Det anbefales derfor å vurdere fordeler og ulemper nøye før man velger denne formen for samarbeid.
- Hvis partnerskap velges som samarbeidsform, er det av stor betydning å ha planlagt en effektiv måte å gjennomføre partnerskapet på, og sikre at alle de involverte partnerne får noe igjen for å delta. Dette forutsetter blant annet utviklingen av, og konsensus om målene som skal nås.
- Partnerskap krever aktiv deltakelse fra alle de involverte partnerne.
- Partnerskap mellom det offentlige og det private, innebærer å bli regulert av ulike lovverk. Det anbefales derfor en gjennomgang og klarlegging av det lovverket som gjelder før partnerskapet inngås.
- Kontrakter mellom partnerne bør inngås: Gjør dem så enkle og fleksible som mulig, samtidig som de beskriver hensikt og mål, hvilke parter som har ansvar for hva, finansiering og andre sentrale tema.
- Gjennomfør en risikoanalyse som identifiserer hvilke typer risiko som finnes med partnerskapet, og lag en plan for hvordan de kan forhindres.

- Partnerskap må bygges på tillit. Hvis ikke tillit er tilstede, er det stor sannsynlighet for at målene ikke vil nås.
- Tillit er ikke nok. Partnerskap må ledes, hvordan vil være avhengig av formål og hensikt.
- Målene som settes må være målbare og spesifikke.
- Hva som er det offentlige mål med å inngå i partnerskapet må tydeliggjøres.
- Partnerskap må monitoreres underveis for å finne ut om målene som er satt opp nås.
- Kontrakter og målinger må gjøres tilgjengelig for offentligheten slik at den kan følge med på hvordan det går.

Guiden er utviklet etter en bred høringsrunde blant alle de relevante partene i EU systemet (21). Det understrekes at selv om partnerskap kan gi noen muligheter som det offentlige alene ikke greier å oppnå, kan de være komplekse å planlegge, implementere og drive.

Internasjonale eksempler på nasjonale avtaler mellom det offentlige og frivillig sektor.

I Storbritannia ble det etablert en avtale med spilleregler for samarbeidet mellom myndighetene og de frivillige organisasjonene allerede i 1998. Avtalen ble kalt «Compact», og ble revidert og fornyet i 2009: «The Compact on relations between Government and Third Sector In England». Avtalen gjelder hele den frivillige sektor og fungerer også som et rammeverk for «Local Compacts» for å løse lokale saker og gjøre partnerskapsavtaler på lokalt nivå. Den nasjonale avtalen har nedfelt noen prinsipper for å bygge relasjoner og arbeide sammen i partnerskap. Eksempler på verdier er blant annet: Respekt, ærlighet og likhet.

Inspirert av «Compact», ble det i Danmark framforhandlet en avtale mellom representanter fra de frivillige organisasjonene, kommunene, amtene og fem departement i 2000: «Charter for samspill mellem det frivillige Danmark/Foreningsdanmark og det offentlige». Formålet med charteret er (5):

- at give den enkelte borger de bedst tænkelige rammer for at være en aktiv del af forpligtende fællesskaber og styrke samfundets sammenhængskraft
- at bidrage til respekten for det frivillige Danmarks/Foreningsdanmarks mangfoldighed af formål og organisationsformer
- at styrke og udvikle samspillet mellem det frivillige Danmark/Foreningsdanmark og det offentlige med respekt for forskellighederne
- at fastholde og udvikle det frivillige Danmarks/Foreningsdanmarks bidrag til samfundets udvikling, fællesskabernes velfærd og den enkeltes livskvalitet
- at synliggøre og fremme den frivillige indsats

I Sverige inngikk regjeringen en overenskomst med ideelle organisasjoner og Sveriges Kommuner og Landsting avgrenset til helse- og sosialområdet. Avtalen ble til gjennom en omfattende dialog mellom 90 «ideburna» organisasjoner, Sveriges kommuner og Landsting, og regjeringen ved Sosialdepartementet og Integrasjons- og jämsteldhetsdepartementet. «Överenskommelsen» formulerte en felles visjon og 6 prinsipper som skal ligge til grunn for samarbeidet om å utvikle «en strategisk samverkan» mellom civilsamhället og kommuner, landsting og regioner. Prinsippene er blant annet: Dialog, kvalitet, langsiktighet, åpenhet og innsyn (5).

Det arbeides med tilsvarende avtaler og overenskomster i flere land i Europa. European Council of Associations and General Interest (CEDAG) gir løpende oversikt over dette arbeidet. (Se <http://www.cedag-eu.org>).

Metode

Målet med dette prosjektet var en beskrivelse av partnerskapsmodeller mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner som brukes til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten.

Søkestrategi:

Søk på relevante norske og internasjonale nettsteder etter beskrivelser av partnerskapsmodeller som brukes til kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten.

Litteratursøking

Vi søkte etter litteratur på følgende nettsteder:

- PubMed-
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?otool=bibsys&holding=inohelib_fft_ndi&myncbishare=helsebiblioteket
- Kommunesektorens organisasjon (KS) - <http://www.ks.no/>
- The World Health Organization (WHO) - <http://www.who.int/en/>
- Institute for Healthcare Improvement (IHI)
<http://www.ihl.org/Pages/default.aspx>
- The National Health Services (NHS)-
<http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>
- Google – <http://google.com>

Begrunnelsen for å søke på KS og WHOs nettsteder var allerede eksisterende kunnskap om at disse fagmiljøene er opptatt av partnerskap i helsetjenesten. Blant annet kjente vi til KS sitt samarbeid med organisasjonen Frivillighet Norge.

Begrunnelsen for å søke på IHI og NHS`s nettsteder, var at dette er innovative fagmiljø som utvikler og tar i bruk nye metoder for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Søk på nettstedet Google ble gjennomført for å få en oversikt over hvilken informasjon om partnerskapsmodeller som ligger lett tilgjengelig på nettet.

Søk etter litteratur ble avsluttet 2. august 2012.

Vedlegg 1 viser søkestrategien over relevante funn med de søkeord- og termer som ble brukt. Vedlegg 2 viser eksempler på mulige relevante funn som senere ble ekskludert.

Inklusjonskriterier

Populasjon:	Primærhelsetjenesten
Tiltak:	Partnerskap mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner
Sammenlikning:	Ingen
Utfall:	Kvalitetsforbedring
Språk:	Litteratur publisert på engelsk og skandinavisk

I oppdragsbeskrivelsen blir vi bedt om å beskrive partnerskaps*modeller*. Et viktig spørsmål som ble aktuelt å stille var - hvilke krav må oppfylles for å kunne kalle noe for en modell? En nyttig definisjon i denne konkrete sammenhengen er følgende

(26): Modeller er...:

1. en standard, et eksempel, som kan imiteres av andre, eller brukes til sammenlikning.
2. en representasjon, vanligvis i miniatyr, som viser hvordan modellen er bygget opp.

Et krav for å kunne kalle noe en modell er altså at andre kan imitere den, eller sammenlikne seg med den. Det betyr at den må være godt beskrevet og kanskje aller helst fremstå som en ”representasjon i miniatyrformat”, dvs. en form for figur.

Eksklusjonskriterier

- Partnerskap som ikke oppfyller kravet til å være en modell i henhold til den valgte definisjonen.
- Partnerskapsmodeller som ikke er relevante for primærhelsetjenesten i Norge.

Avgrensning

På bakgrunn av bestillingens art og tiden som var stilt til rådighet, ble det avklart at vi ikke skal gjennomføre en tradisjonell kunnskapsoppsummering.

Håndtering av innhentet litteratur

En person – prosjektkoordinator Toril Bakke, har gjennomført de konkrete søkene etter litteratur. Avgjørelsen om hva som skal inkluderes og ekskluderes er tatt i samråd med prosjektleder Anders Vege. Kvaliteten på den utvalgte litteraturen er

ikke vurdert i henhold til formelle kvalitetskriterier, for eksempel Kunnskapssenterets sjekklister for systematiske oversikter. For å sikre kvaliteten på rapporten har to interne og to eksterne fagfeller – se vedlegg 3, gått gjennom den og gitt tilbakemeldinger på både form og innhold. I tillegg har oppdragsgiver fått mulighet til å lese gjennom og kommentere rapporten før publisering.

Fordi såpass mange personer har vært inne i bildet og satt sitt preg på form og innhold benyttes pronomenet ”vi” gjennomgående i rapporten.

Resultat

Søkeresultater

Søket på norske og internasjonale nettsteder resulterte i et stort antall treff på partnerskap i ulike former. Ved hjelp av inklusjons- og eksklusjonskriteriene sto vi til slutt igjen med én relevant artikkel: Shortell et al., 2002. *Evaluating Partnerships for Community Health Improvements: Tracking the Footprints*. Denne artikkelen beskriver partnerskapsmodellen Community Care Network (CCN), en av de to modellene vi har inkludert. Den andre modellen som er inkludert - Primary Health Care Charter (27), hadde vi kjennskap til fra tidligere gjennom deltakelse på internasjonale kvalitetskonferanser. Vi tok kontakt med en av dem vi visste kjente modellen godt - Christina Krause, Executive Director BC Patient Safety & Quality Council, og ba om å få tilsendt utdypende informasjon. Beskrivelsen av modellen bygger på Ministry of Health`s artikkel: *Primary Health Care Charter. A Collaborative Approach*, 2007 (27).

I tillegg til disse to modellene, har vi inkludert tre studier av partnerskap (10;28;29) og to evalueringer i rapporten (30;31). Ingen av disse partnerskapene oppfylte kravene som stilles til å være modell i den definisjonen som ligger til grunn. De er likevel inkludert fordi de viser til kriterier for å lykkes og utfordringer med partnerskap. Studiene og evalueringene beskrives kort etter gjennomgangen av de to modellene. I tillegg gir vi en oppsummering av studiene i vedlegg 4.

Beskrivelse av partnerskapsmodellen Community Care Network

I 2002 ble det foretatt en midtveis prosessevaluering av 25 partnerskap som inngikk i the Community Care Network (CCN) i USA (32). Dette nettverket var utviklet for å øke partnerskapenes mulighet til å oppnå sine mål – kvalitetsforbedring i kommunehelsetjenesten. Rammeverket for partnerskapene var følgende fire dimensjoner som er tett knyttet sammen og påvirker hverandre: Arbeidet skulle vektlegge helsefremmende tiltak, en sømløs helsetjeneste med høy grad av samhandling, benytte de ressursene som er tilgjengelig, og jobbe tett sammen med innbyggerne i de kommunene som de var tilknyttet. Disse fire dimensjonene står også sentralt i evaluering av partnerskapene (32).

I studien vises det til at det finnes lite dokumentasjon på effekten av partnerskap. Noen årsaker til dette kan være (32):

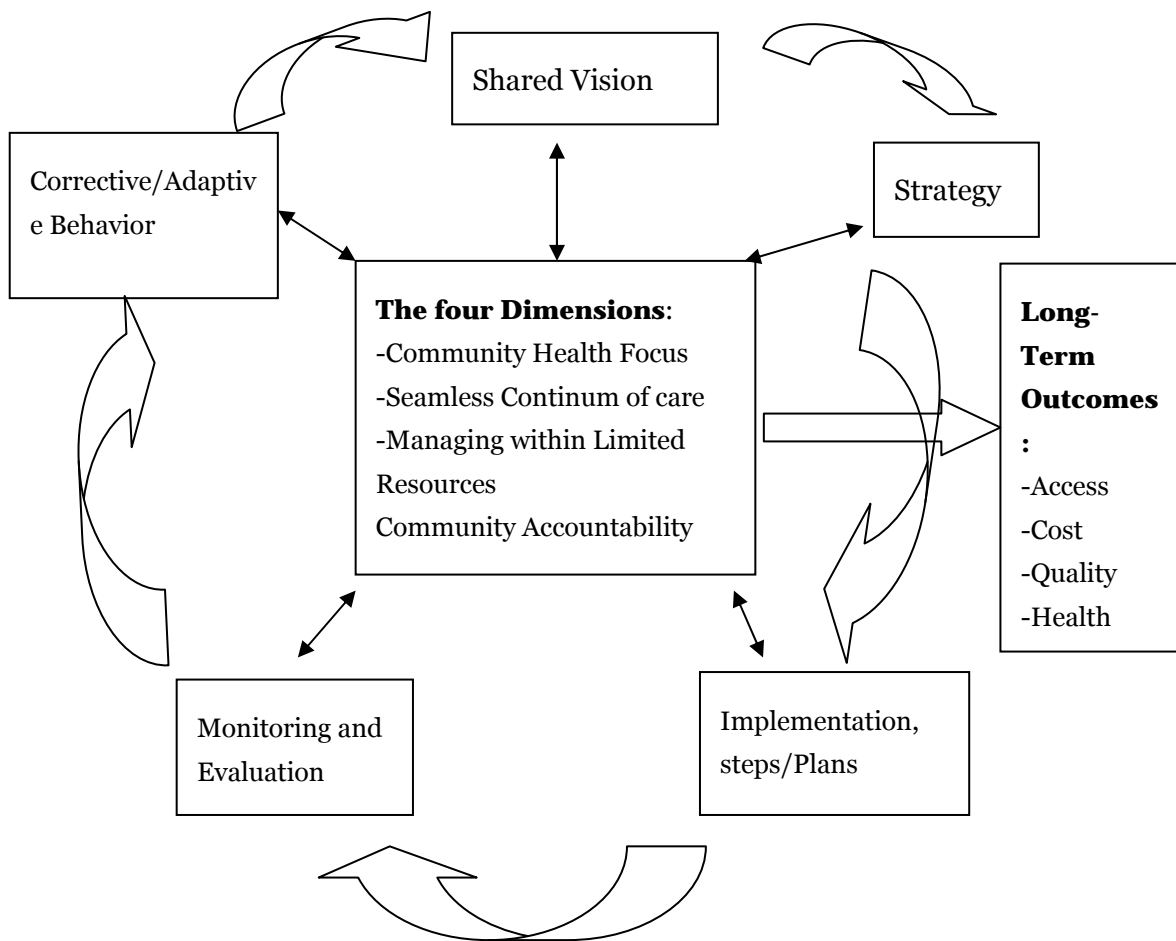
- Det mangler en felles visjon/overordnede mål som forteller hva som skal oppnås, og som dermed kan evalueres.
- Partnerskap er komplekse fordi de skal forene organisasjoner med ulik kultur, lederstil, struktur osv. til å jobbe sammen. Denne kompleksiteten gjør det vanskelig å evaluere hvilke aktiviteter som fører til hvilken effekt på det området de samarbeider på.
- Partnerskapene fungerer ikke over lang nok tid til å få evaluert den fulle effekten av det de gjør.

Det anbefales derfor at det lages prosessmål for partnerskapet og at de evalueres underveis – slik blant annet den foreliggende studien gjør (32).

De 25 partnerskapene ble plukket ut fra en gruppe på 283 som søkte om deltakelse i programmet i 1995. De som ble plukket ut fikk 300,000 dollar over en tre års periode som skulle gå til å bygge infrastruktur og kapasitet i partnerskapene, i tillegg til å kunne finansiere spesifikke aktiviteter eller program for innbyggerne. Partnerskapene var spredd over 20 forskjellige stater, både store og små byer og mindre tettbygde strøk. I løpet av de årene partnerskapene har eksistert har de vokst fra et gjennomsnitt på 10 i 1995 til 22 partnere i 2000. Partnere omfatter alt fra fagorganisasjoner, sykehus og små lokale forretningsforetak til helseklinikker, sykehjem, utdannings- og forskningsinstitusjoner. Det er stor variasjon når det gjelder hvilke aktiviteter det enkelte partnerskapet samarbeider om: Alt fra forebygging av spesifikke sykdommer opp mot enkeltindivid som er i faresonen, for eksempel i forhold til diabetes, til helsefremmende og forebyggende tiltak overfor barn/undom/innvandrere.

Det er forventet at hvert enkelt partnerskap skal gjøre seg godt kjent med innbyggernes behov i den enkelte kommune og sette inn ressurser der hvor behovene er størst. Uansett hvilke områder/tema/sykdommer de bestemmer seg for å jobbe med, må de ha fokus på alle de fire dimensjonene samtidig. Partnerskapene har en rapporteringsplikt tilbake til befolkningen i kommunene – community accountability, og må finne et system for å få dette til.

Forskernes hypotese var at høy uttelling på alle de fire dimensjonene er nødvendig for at tiltakene skal kunne påvirke folkehelsen i kommunen positivt over tid. Forskerne benyttet følgende "management modell" bygget rundt de fire dimensjonene som var rammeverket for partnerskapene til evalueringen:



Figur 1: *CCN Operational Model of Action*. Kilde: Shortell et al. *Evaluating Partnerships. Journal of Health Politics, Policy and Law* 2002;27(1): 49-92. Figure 1, s 53.

Som vi ser tilfredsstillt CCN kravet til det å være en *modell* for partnerskap. Gjennom beskrivelsen av systemer, organisering og aktiviteter med utgangspunkt i figur 1, vil det være mulig å bruke denne modellen i en annen sammenheng med ulik setting og kultur. Samtidig er det viktig å huske det som også er et funn i dette foreliggende prosjektet - advarselen om at det ikke finnes en ideell modell for partnerskap som passer for alle overalt (21;33).

Uansett om man tar utgangspunkt i en allerede etablert modell, eller bygger opp sin egen, er det viktig å huske på at alle partnerne – mer eller mindre bevisst, bringer med seg sin egen kultur, historie og måte å gjøre tingene på (32). En av de største utfordringene blir derfor å skape den nødvendige gjensidige forpliktelsen og tilliten for å oppnå formålet med partnerskapet. En integrert og forankret forståelse hos alle deltakerne i forhold til felles visjon, mål, oppdrag og aktiviteter er helt nødvendig for å oppnå et engasjement på partnerskapets vegne. En tro på at belønningen er større

enn kostnadene ved deltakelse er også helt nødvendig for å skape motivasjon. Alle deltakerne vil ha ulike beveggrunner – mer eller mindre bevisst, til å inngå i et partnerskap. De kan være av instrumentell natur – vil hjelpe til å nå organisasjonens egne mål, legitimitets natur – vil føre til at vår organisasjon oppnår større legitimitet i visse miljøer, eller altruistisk natur – dette er den rette tingen å gjøre for oss. De som leder partnerskapet må være oppmerksomme på at alle disse beveggrunnene eksisterer side om side og kan forklare uventede hendelser og andre ting som skjer. Det er i tillegg viktig at lederne har en erkjennelse av at innsatsen fra de ulike partnerne vil variere over tid, noe som har sammenheng med endringer i den enkelte organisasjon (32).

En av de første oppgavene som må tas tak i i oppstarten av et partnerskap er det å utvikle en felles visjon som kan deles av alle. Den må både være bred nok til å omfatte mange, og samtidig virke motiverende til å skape aktivitet. Det må også utvikles en strategi for å oppnå den visjonen som er laget. Strategien må både være felles med/overlappe de enkelte deltakernes egne strategier, og være partnerskapets egen (32).

Det anbefales å begynne med mål og aktiviteter som er lette å oppnå for å skape en opplevelse av suksess, som igjen vil virke motiverende til å ta fatt på større oppdrag (32). Det anbefales også sterkt at partnerskapet følges av et monitorerings-/evalueringsystem for å kunne vurdere effekten av de tiltakene som iverksettes. Så – på bakgrunn av målinger, justere forventninger, ressursbruk og aktivitet (32).

Modellen i fig. 1 ble benyttet av forskerne for å vurdere graden av måloppnåelse. De brukte både kvalitative og kvantitative metoder i dette arbeidet. Kvalitative metoder: Gjennomgang av søknadsskjema og kvartalsvise rapporter, besøk, årlige telefonintervju, gjennomgang og diskusjon av resultat på konferanser. Kvantitative metoder: 820 erfarne medlemmer av CCN Partnerships fikk tilsendt et selv-evalueringsskjema. 447 spørreskjema ble levert tilbake, dette er en svarprosent på 55 %. Skjemaet inneholdt spørsmål om de fire dimensjonene i visjonen og svaralternativene var fra 1-5. Observasjonene fra den kvalitative undersøkelsen ble ytterligere dykket ned i, i den kvantitative. Hvordan dataene ble behandlet gjennomgås grundig i artikkelen, men det faller utenfor dette prosjektet å beskrive det i detalj.

Forskningsspørsmålene i studien var (32):

1. I hvilken grad er CCN partnerskapene på vei til å oppfylle målene?
2. Hvilke faktorer har påvirket den fremgangen som eventuelt har blitt gjennomført?

Resultat

Ledelsen i de fem partnerskapene som scoret høyest på de fire dimensjonene i visjonen hadde noen kjennetegn som manglet hos de som scoret lavest. Dette var blant annet (32):

- Evnen til å lede partnerskap hvor de deltakende organisasjonene varierte mye med hensyn til størrelse og ulikhet.
- En engasjert ledelse med stor handlekraft som delegerte oppgaver og myndighet og støttet partnere som best kjente lokalbefolkningen.
- Evnen til å holde fokus over tid.
- Evnen til å håndtere konflikter på en god måte.

Det understrekes at selv om disse kjennetegnene karakteriserer de best fungerende partnerskapene og mangler i de andre, så kan det også være andre faktorer som forklarer forskjellen mellom de to gruppene. Men analyser av materialet viste ingen forskjell som kunne tilskrives ulikheter i demografiske data, økonomi, ressurser, eller alvorlighetsgraden i de helseproblemene som fikk oppmerksomhet. De best fungerende partnerskapene hadde inkludert alle de fire dimensjonene i visjonen på de utvalgte områdene de jobbet på. Dermed sikret de forankringen av prosjektet. De var også gode på forankring i befolkningen og den eller de utvalgte målgruppene. I tillegg sikret de politisk støtte på flere nivå til prosjektene sine (32).

Partnerskap som ikke fikk det så godt til, manglet blant annet evnen til å samhandle, og greide heller ikke å forankre prosjektene i lokalmiljøet. For en mer inngående beskrivelse av eksempler på vellykkede og ikke så vellykkede partnerskap – se Shortell et al. 2002.

Beskrivelse av partnerskapsmodellen The Primary Health Care Charter

Gjennom The Primary Health Care Charter (the Charter) gis retning og mål som skal støtte utviklingen av en bærekraftig, lett tilgjengelig og effektiv primærhelsetjeneste i British Columbia (BC) (27). Den grunnleggende tankegangen bak denne partnerskapsmodellen er det store potensialet primærhelsetjenesten har når det gjelder å kunne forbedre befolkningens helse. For å kunne ta ut dette potensialet må alle relevante aktører jobbe sammen. The Charter ble utviklet for å fange opp, ivareta og videreutvikle den suksessen som partnerskap i primærhelsetjenesten allerede hadde oppnådd de siste fem årene. The Charter ble utviklet i et samarbeid med alle partnerne, og hensikten var å gi retning for det videre arbeidet. Målet for forbedringsarbeidet er forbedring i hele systemet under ett – ”system-wide improvements”. Dette krever en overordnet og mangfoldig strategi, ikke bare igangsettelse av enkelttiltak (27). Det å skape engasjement både hos ledere på alle nivå og medarbeidere vektlegges sterkt i the Charter (34).

Bakgrunnen for the Charter var de store utfordringene helsetjenesten i BC står overfor blant annet når det gjelder antall mennesker med kroniske sykdommer. I 2005/2006 viste målinger at 34 % av befolkningen i BC brukte 80 % av ressursene i helsetjenesten. En av tre kanadiere oppgir at de har minst en kronisk sykdom, og mer enn 1/3 av denne gruppen oppgir at de har kompliserte og langvarige helseproblemer (27). Det å forebygge så langt det er mulig, gi hjelp til å mestre sykdommen og samtidig sikre at de offentlige ressursene blir brukt på en så nyttig måte som mulig er noe av bakgrunnen for the Charter. Helsemyndighetene i BC har utviklet flere kunnskapsbaserte guidelines for kroniske sykdommer. En undersøkelse fra 2005 viste at kun 44 % av pasienter med diabetes fikk den hjelpen og oppfølgingen som ble anbefalt i guidelines utviklet overfor denne sykdommen. Det ble også sett på som en utfordring at systemet fremmet passive pasienter istedenfor at de ble inkludert som aktive deltakere i egen helse og mestring av egen sykdom (27).

Charteret beskriver utfordringer, gir føringer for hva som skal prioriteres, setter mål og beskriver hva som er ønsket resultat av det felles arbeidet i partnerskapet. Det legges stor vekt på betydningen av å koordinere de nasjonale helsemyndighetenes arbeid med de regionale helsemyndighetene og det arbeidet frivillige organisasjoner gjør. Det at Charteret har blitt utviklet i fellesskap har medført en høy grad av enighet og klare retningslinjer for arbeidet i primærhelsetjenesten. Hver enkelt partner har operasjonalisert de overordnede retningslinjene i egne planer. På denne måten har det blitt utviklet et sammenhengende system hvor alle jobber mot de samme målene, men på ulike måter (27).

Legene som har sitt virke i primærhelsetjenesten utgjør en stor og viktig gruppe i arbeidet for bedre befolkningens helse sammen med sykepleiere, helsesøstre, jordmødre, farmasøyter, fysioterapeuter, ergoterapeuter osv. Alle disse profesjonene deltar i team som samarbeider i nettverk. I disse teamene er pasienten og/eller deres pårørende med som aktive deltakere. Det samme er de frivillige organisasjonene. Avtaler som inngås, for eksempel the Agreement – en avtale mellom myndighetene og den kanadiske legeföreningen British Columbia Medical Association (BCMA), er en viktig del av partnerskapsmodellen the Charter. Et av tiltakene som har blitt utviklet i henhold til denne avtalen er ”The Practice Support Program teams”. Disse teamene består av erfarne spesialister som jobber sammen med leger og andre helsepersonell i primærhelsetjenesten. The Agreement inneholder også en avtale om satsing på informasjonsteknologi. Det blir vurdert som en kritisk faktor for om the Charter skal lykkes (27).

Informasjonsteknologien skal støtte aktiviteter i de syv utvalgte områdene (27):

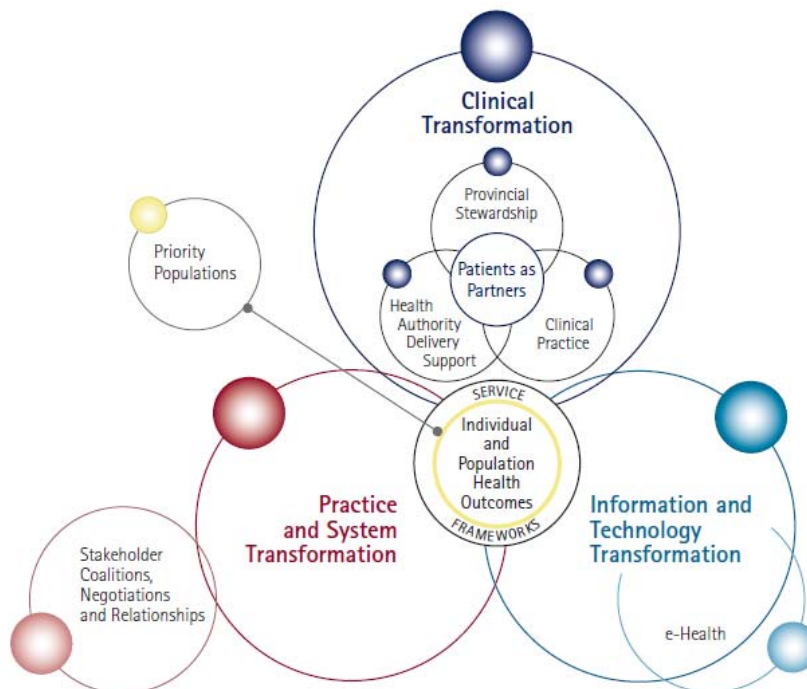
1. Forbedret tilgang til tjenester fra primærhelsetjenesten.
2. Enklere og bedre tilgang til mor/barn tjenester.
3. Økt fokus på forebygging av kroniske sykdommer.
4. Forbedret mestring av kroniske sykdommer.

5. Bedret koordinering av komplekse lidelser.
6. Bedre omsorg for de sykeste eldre.
7. Forbedret omsorg ved livets slutt.

Områdene bygger på en bevisst prioritering av utvalgte høyrisiko pasientgrupper med den begrunnelse at målrettede tiltak overfor disse vil gi størst nytteeffekt.

For å kunne følge med om målene blir nådd på hvert enkelt område, satses det på få, men effektive, tiltak. *Hvordan* implementeringen av tiltakene gjennomføres er opp til dem som har ansvar på de ulike områdene å bestemme. The Charter er lagt på systemnivå uten detaljregulering. Det felles arbeidet med å utvikle Charteret har blant annet ført til at alle partnerne har fått bedre kjennskap til hverandre. Det å knytte helsemyndighetenes strategiske planer og mål til de andre sentrale aktørenes planer og mål medfører kraft og retning på arbeidet (27).

Charteret blir revidert årlig og i den sammenheng blir resultatene vurdert, i tillegg til at det sikres at tiltakene som iverksettes er kunnskapsbaserte. Forskereteam inviteres inn i partnerskapet og bidrar blant annet inn i revideringen av Charteret. Figur 2 viser tenkningen bak, og oppbyggingen av partnerskapsmodellen the Charter (27).



Figur 2: Transformation Strategies for Primary Health Care. Kilde: Ministry of Health. Primary Health Care Charter. A Collaborative Approach. S. 13. 2007.

For å oppnå ønskede resultat, må det skje en transformasjon på tre hovedområder som har sammenheng med og påvirker hverandre: De kliniske tjenestene, hele helsesystemet, og informasjonsteknologi. Transformasjonen skal skje gjennom et partnerskap mellom alle de sentrale aktørene på disse områdene. Bedre helse for

den enkelte og befolkningen som helhet er den visjonen som modellen er bygget omkring. Metodene som benyttes er (27):

- Analyse av befolkningens behov.
- Kartlegging av eventuelle gap mellom nåværende og ønsket praksis.
- Alle tiltak som gjennomføres bygger på kunnskapsbasert praksis – forskning, erfaring og brukerens preferanser.
- Modellen bygger både på ”top-down” – redesign av systemet, og ”bottom-up” – redesign av praksis i regi av de som yter tjenester til brukerne.

Redesign av systemet – dvs. storskala endring, handler om å gjennomgå og eventuelt endre strategi, lovverk, finansiering og politiske føringer for å fremme intensjonen med the Charter – en velfungerende primærhelsetjeneste. Redesign av praksis handler blant annet om å gi støtte på en systematisk måte til de som arbeider i primærhelsetjenesten for å fremme innovasjon, forbedre tjenestene og opprettholde forbedringene over tid. En hypotese er at dette vil gi tilfredse medarbeidere, noe som igjen vil øke sannsynligheten for at primærhelsetjenesten blir det kraftsenteret for helse som det har potensial til å være (27).

Storskala endring av systemet er komplisert. Det krever både en klar retning og fleksibilitet når det gjelder implementering av nye tiltak. Opplæring, det å bygge på oppnådd suksess og kurskorreksjon hvis det viser seg at målene ikke blir nådd, er viktige elementer for å lykkes. Og ikke minst er det viktig å bygge på det forbedringsarbeidet som allerede er i gang i tjenestene og identifisere områder som er av betydning for pasienter og medarbeidere. I tillegg til de regionale ”Practice Support Program teams”, iverksettes følgende initiativ på tvers av systemet (27):

- Nettverk
- Lokale læringsseminar
- Samordning med spesialisthelsetjenesten
- Lage system som støtter pasienter til å være partnere i forbedringsarbeidet
- Teknologi til støtte for akutte tjenester
- Utvikle en organisasjonskultur som virker støttende for målsettingen i the Charter

For en mer detaljert fremstilling av hvordan disse initiativene gjennomføres – se Ministry of Health, 2007. *Primary Health Care Charter. A Collaborative Approach*. Innenfor den tidsrammen dette prosjektet har hatt til rådighet, og med de søkemethodene som er valgt har det ikke vært mulig å finne eventuelle studier/evalueringer som viser resultatene av de systemendringene som er gjennomført i regi av The Charter.

Videre i dette kapitlet presenteres kort funn fra forskning og erfaring som sier noe om hva vi vet om partnerskap i helsetjenesten.

Hva vet vi om betydningen av partnerskap i helsetjenesten?

I arbeidet med å søke etter partnerskapsmodeller, fant vi tre studier og to evalueringer av partnerskap. Disse partnerskapene tilfredstilte ikke kravene til å være modeller i henhold til den definisjonen som er lagt til grunn, men oppfyller inklusjonskriteriene. De inneholder funn som kan være nyttige i arbeidet med å planlegge og gjennomføre partnerskap.

Forskning i forhold til partnerskap

Bazzoli G, 1997: Public-Private Collaboration in Health and Human Service Delivery: Evidence from Community Partnerships.

En studie med kvantitativt design fra 1997 evaluerte 25 av de 283 partnerskapene som deltok i the Community Care Network (CCN) i USA (28).

Forskningsspørsmålene handlet om den konkrete samhandlingen: Hva er de viktigste elementene i partnerskapet? Hvor aktive er partnerskapene opp mot disse elementene, og hvilke faktorer ved partnerskapene og omgivelsene har påvirkning på samhandlingen? Resultatet viste at det faktisk foregår reell samhandling i partnerskapene. Dette var et viktig funn da det har blitt stilt spørsmål ved om ”collaborative action” – samhandlingen, i partnerskap kun er symbolsk (28).

Studien viste også at organisasjonene var mer motivert til å jobbe sammen om aktiviteter som ikke forstyrret den eksisterende maktfordelingen og kontrollen. Gevinster – for eksempel i form av økt prestisje, økt synlighet eller økt pasientvolum, viste seg også å være motiverende for graden av samhandling. I konklusjonen etterlyses studier som følger partnerskap over lang tid for å øke kunnskapen om hva som motiverer til reell samhandling. Det kommer ikke av seg selv, selv om man inngår en avtale eller kontrakt. Videre løftes det frem en utfordring til organisasjoner som skal delta i partnerskap: Oppmerksomheten må flyttes fra den tradisjonelle måten å lede organisasjoner på til samhandlende, samfunnsfokuset ledelse (28). Studien viste at det ikke finnes noen ”magic bullet” når det gjelder ledelse av partnerskap, men at ledelsesstrukturen blant annet må være fleksibel. Tillit må utvikles tidlig i partnerskapet (28).

En av de viktigste utfordringene som trekkes frem i studien er bekymringer som handler om manglende opprettholdelse av partnerskapene over tid. Det å holde visjonen levende samt jobbe systematisk for å nå målene er medvirkende faktorer til å løse denne utfordringen (28).

Njau R, et al., 2009: Case studies in public-private-partnerships in health with the focus of enhancing the accessibility of health interventions.

I 2009 ble det publisert en case studie av to ulike partnerskap innenfor helsetjenesten i Tanzania: Et Non-Governmental Organization (NGO) consortium på nasjonalt nivå som var opptatt av malariabekjempelse, og en internasjonal

støttegruppe for å beskytte barn mot malaria. Det ble gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang og intervju av nøkkelpersoner i disse partnerskapene. Følgende suksessfaktorer for å lykkes med partnerskap ble løftet frem (10): Tilstedeværelsen av ildsjeler med evne til utholdenhet, felles visjon for alle deltakere i partnerskapet og troverdighet hos målgruppen (10). utfordringer med PPP som nevnes er (10):

- Komplexitet i forhold til ledelse – flere organisasjoner som hver kan ha mange ledersjikt skal samordne seg.
- Komplexitet i forhold til kultur – hver enkelt organisasjon bringer med seg ulike måter å løse problemer på, se verden på, og samarbeide på.
- Komplexitet i forhold til lovverk som regulerer de ulike organisasjonene i partnerskapet.
- Manglende tillit mellom deltakerne i partnerskapet.
- Manglende planlegging av hva partnerskapet skal gjøre hvis ildsjelene forsvinner.
- Manglende politisk vilje til å støtte partnerskapet og manglende forankring i målgruppen/befolkningen.
- Høye transaksjonskostnader før man kan se resultat.
- Manglende strukturer som kan sikre partnerskapet over tid.
- Uklare beskrivelser av hvordan partnerskapet skal gjennomføres, og uklar rollefordeling og fordeling av ansvar og myndighet.

En løsning på noen av de utfordringene som er beskrevet, er at deltakerne i partnerskapet lager kjøreregler for hvordan samarbeidet skal foregå (10).

Sloane P, et al., 2010: Effective clinical partnerships between primary care medical practices and public health agencies.

I en kvalitativ studie fra 2010 av partnerskap mellom legetjenesten i primærhelsetjenesten og offentlige helsemyndigheter i USA, var målet både å identifisere slike partnerskap og evaluere dem med tanke på å innhente nyttig lærdom som kunne komme nye partnerskap til gode (29). Metode: Litteraturstudie, identifisere pågående partnerskap, samle detaljert informasjon fra et utvalg, og analysere data for å innhente ny kunnskap fra disse partnerskapene. Hvilke suksesskriterier og hemmende faktorer påvirker partnerskapene? Til sammen ble det identifisert 48 partnerskap. Det ble gjennomført dybdeintervju med nøkkelpersoner i 16 av disse etter en litteraturgjennomgang. En antakelse i denne studien er at legevirkosomheten i primærhelsetjenesten og offentlige helsemyndigheter har mange felles mål og at det å inngå i mer forpliktende partnerskap kan påvirke helse både på individ- og på befolkningsnivå (29)

Sloane`s 12 suksessfaktorer for partnerskap (29):

1. Enighet om felles mål og en strategi som fører til en vinn-vinn situasjon.
2. Avklar ansvar og oppgaver – hvem gjør hva når?
3. Forankring i ledelsen og medarbeiderne hos de deltakende partnerne.

4. Regelmessig kommunikasjon som tilfredsstillende partnerne behov.
5. Gjensidig respekt, og beslutninger må ha konsensus hos alle partnere.
6. Bygg personlige relasjoner gjennom både formelle og uformelle kanaler.
7. Skap synlighet og aksept for partnerskapet, enten det er samfunnet generelt, eller i nærmiljøet i kommunen.
8. Ha en plan for hvem, hva og hvordan, men bygg inn en fleksibilitet.
9. Gjennomfør evalueringer og målinger helt fra begynnelsen av, demonstrasjon av suksess vil tiltrekke seg både finansiell og annen støtte i tillegg til å virke motiverende på deltakerne i partnerskapet.
10. Det kan være klokt å starte i det små med en pilot for å få testet ut aktivitetene og gjøre erfaring med implementeringen.
11. Det er viktig å markere og feire suksess sammen i partnerskapet.
12. Ha en plan for hvordan partnerskapet skal opprettholdes over lang tid hvis dette er aktuelt ut fra det området som har oppmerksomhet.

Funn fra forskning om partnerskap oppsummeres i vedlegg 4.

Erfaringer fra gjennomførte partnerskap

Nicolic I, et al., 2006: Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector. An Overview with Case Studies from Recent European Experience.*

*Ettersom denne artikkelen ikke beskriver hvilken forskningsmetode som er benyttet er den plassert under erfaringer og ikke forskning.

Erfaring – blant annet fra en evaluering av ni europeiske partnerskap innenfor helsetjenesten i 2006, viser at det både kan ta lang tid å etablere dem, og lang tid å oppnå de ønskede resultatene som var målet (31). Det understrekes at før inngåelse i partnerskap må mulighetene til suksess vurderes grundig. Blant annet må kostnadene beregnes opp mot fordelene ved å inngå partnerskap. Andre nøkler til suksess er veldefinerte og felles mål, felles visjon og ikke minst avklaring av ansvar og roller allerede tidlig i partnerskapet (31).

Analyser av partnerskap som ikke har lyktes, viser at det ofte er planlegging som svikter. Igangsettelsen har startet for raskt og bygger på sviktende vurderinger blant annet av risiko – for eksempel på det finansielle området, og urealistisk ønsker om resultat (31). En oppsummering av faktorer som har vist seg å være viktige for suksess i planlegging av partnerskap er (31):

- Vurder grundig hvorfor organisasjonen skal inngå i et partnerskap – hvilke fordeler kan oppnås og hvilke ulemper kan det medføre.
- Sikre at det lovmessige grunnlaget er på plass og at organisasjonen har de nødvendige ressurser som skal til.
- Sett opp klare mål for det partnerskapet ønsker å oppnå på forhånd.
- Monitorer underveis i forhold til de målene som er satt opp.
- Juster målene underveis.

- Sikre kontrakter med delt risiko.
- Etabler en engasjert ledelse og arbeidsgruppe til å drive partnerskapet fremover.
- Vær bevisst på og dokumenter etter hvert den lærdommen som fremkommer.
- Gjennomfør en risikoanalyse og legg en plan for å møte identifiserte utfordringer.
- Sikre reell samhandling og god kommunikasjon mellom alle deltakerne i partnerskapet underveis.
- Gjennomfør små pilotprosjekt for å kunne korrigere kursen underveis.

Selv om det kan være mye å lære av erfaringen fra partnerskap i andre land og settinger, understrekes det at kunnskapen ikke er direkte overførbart både fordi lovverket, nasjonale føringer, oppbyggingen av helsetjenesten og andre faktorer kan være annerledes (31).

Sekhri N, et al., 2011: Public-Private Integrated Partnerships Demonstrate The Potential To Improve Health Care Access, Quality, And Efficiency.

I 2011 ble det gjennomført en evaluering av fordeler og ulemper ved å inngå i partnerskap (30). I denne studien blir de kalt for ”integreerte partnerskap”. De som ble studert var partnerskap i den britiske kronkolonien Turks and Caicos Islands, Valencia regionen i Spania og Lesotho i Afrika. Også i denne artikkelen kalles partnerskapene som beskrives for modeller uten at det kommer tydelig frem hva som utgjør selve modellen. Evalueringen viser at kvaliteten har økt, og kostnadene er kuttet uten at helsetjenestene har blitt dyrere for innbyggerne (30).

Partnerskap krever blant annet en høy grad av tillit til de andre deltakerne, og forståelse for hvilke motiver de har for å inngå i partnerskapet (30).

Kriterier som har vist seg å ha stor betydning for å lykkes med partnerskap (30):

- Den offentlige partneren må stille med en sterk og kompetent ledelse over tid.
- Partnerskap skaper nye og ukjente roller for myndighetene – de har ikke lenger det utøvende tjenesteyter ansvaret, men skal isteden være regulatorer, drive partnerskapsledelse og være forhandlere. Denne situasjonen krever at det settes av nok og kompetente ressurser.
- Både den (de) offentlige partnerne og den (de) fra frivillig/privat sektor må forme og utvikle et partnerskap som vil holde over en lang tidsperiode.
- Det understrekes også at tillit fra fagmiljøer på det området partnerskapet handler om er av stor betydning.

Diskusjon

Partnerskap har både blitt et honnørord og en bevisst politisk strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (1;3-5;8;13;14;18;35). Vi har identifisert to partnerskap - CCN og the Charter, som oppfyller kravene til å være modell i henhold til den definisjonen som har ligget til grunn for prosjektet. Ettersom partnerskap anbefales både fra norske myndigheter og WHO`s side, er det sannsynlig at partnerskap har kommet for å bli i den norske helsetjenesten (5;24). Vi har valgt å bruke diskusjonen til å oppsummere fellestrekk ved de to modellene, og gjennomgå noen av de utfordringene ved partnerskap som har blitt identifisert.

Fellestrekk ved CCN og the Charter

Betydningen av primærhelsetjenesten: Et fellestrekk ved CCN og the Charter er vektleggingen av det store potensialet som primærhelsetjenesten har til å kunne forbedre befolkningens helse. For å kunne realisere dette potensialet må alle relevante parter jobbe sammen, mot felles mål. I begge modellene er samarbeidsformen partnerskap et bevisst valg, blant annet på grunn av den likeverdigheten som ligger i konseptet (27;32). I CCN blir dette ivaretatt ved at alle partnerskapene inngår i et felles nettverk som deler erfaringer, oppmuntrer og støtter hverandre. En integrert og forankret forståelse hos alle deltakerne for felles visjon, mål, oppdrag og aktiviteter blir sett på som nødvendig for å oppnå et engasjement på partnerskapets vegne (32). The Charter har blitt utviklet av alle partnerne i fellesskap, og dette har medført en høy grad av enighet og klare retningslinjer for arbeidet. Partnerne har ulike ansvarsområder, roller og oppgaver i primærhelsetjenesten og har operasjonalisert de overordnede retningslinjene i egne planer. På denne måten har det blitt utviklet et sammenhengende system hvor alle jobber mot de samme målene, men på ulike måter (27).

Forbedring på systemnivå: De to modellene har også et fellestrekk i vektleggingen av at forbedring i primærhelsetjenesten må skje i et systemperspektiv: I CCN ivaretas dette ved påpekningen om at forbedring må skje samtidig på alle de fire dimensjonene i den felles visjonen (32). I the Charter benyttes begrepet "system-wide improvements". For å oppnå dette kreves det en overordnet og mangfoldig strategi, ikke bare igangsettelse av enkelttiltak (27).

Brukermedvirkning: Et annet fellestrekk er den betydningen som legges på brukermedvirkning: I CCN er det løftet frem til å være en av de fire dimensjonene i den felles visjonen – partnerskapene skal jobbe tett sammen med innbyggerne i de kommunene som de er tilknyttet. De involveres i alle stadier av forbedringsprosessen, og partnerskapene har rapporteringsplikt overfor befolkningen som de yter tjenester til (32). I the Charter ivaretas brukermedvirkning blant annet gjennom å trekke brukere og/eller deres pårørende inn i teamene som likeverdige partnere (27).

Leder- og medarbeiderforankring. I begge modellene rettes oppmerksomheten mot betydningen av leder- og medarbeiderforankring, samt engasjement fra ledelsens side for å oppnå hensikten med partnerskapet (27;32). Forankring i profesjonsorganisasjonene, slik blant annet the Charter har fått til gjennom en omfattende avtale med den kanadiske legeföreningen BCMA, er også av stor betydning for å sikre at partnerne trekker i samme retning (27).

Målinger: Målinger/evalueringer er også et fellestrekk: I CCN anbefales det at partnerskapene følges av et monitorerings-/evalueringssystem for å kunne vurdere effekten av tiltakene. Dette er viktig blant annet for å kunne justere forventninger, ressursbruk, strategi og aktivitet underveis. I tillegg er det viktig fordi partnerskapene har rapporteringsplikt til sine innbyggere og må kunne vise at målene nås (32). The Charter blir revidert årlig, og i den sammenheng blir resultatene vurdert. Forskerteam inviteres inn i partnerskapene og bidrar blant annet til revideringen (27).

Som vi ser har CCN og the Charter mange fellestrekk. Er det funn fra studier, eller erfaringer fra andre partnerskap, som kan støtte at et eller flere av disse fellestrekkene er av betydning for partnerskap i primærhelsetjenesten?

Ledelse: Sloane et al 2010 understreker at en ledelse med erfaring, evner til god kommunikasjon og strategisk tenkning er av stor betydning. I hans beskrivelse av 12 suksessfaktorer for å lykkes er det minst åtte som har direkte med ledelse å gjøre: Noen må holde partnerskapet sammen og sikre enighet om felles mål, avklare ansvar og oppgaver, sikre forankring i ledelsen hos de deltakende partnerne, sikre at beslutninger har konsensus, skape synlighet og aksept for partnerskapet i omverdenen, lage en plan for hvem, hva, når og hvordan, og lage en plan for hvordan partnerskapet skal opprettholdes over tid hvis det er aktuelt (29). Bazzoli 1997 viser til at det ikke finnes noen "magic bullet" når det gjelder ledelse av partnerskap. Men ledelsen må være aktiv, blant annet fordi reell samhandling mellom partnerne ikke kommer av seg selv, noen må få det til å skje. Ledelsesstrukturen må være fleksibel og lyttende overfor de deltakende partners behov (28).

Sekhri et al, 2011, vektlegger også tilstedeværelse av en sterk og kompetant ledelse for å lykkes. Hun knytter denne ledelsen til det offentlige for blant annet å sikre deres interesser (30). Det at partnerskap må ledes understrekes også i den guiden for partnerskap som The European Commission ga ut i 2003 (21)

Målinger: Sloane et al, 2010, har evaluering og målinger med som et av sine suksesskriterier for partnerskap: Målingene må følge partnerskapet helt fra begynnelsen av. Et argument for målinger er både at det vil sikre støtte til partnerskapet og virke motiverende på deltakerne når det viser seg at målene nås (29). Det at partnerskap må følges av et monitoreringssystem anbefales også i The European Commission`s guide (21) og Njau et al, 2009 (10).

Felles forståelse av visjon, mål, oppdrag og aktiviteter: På lik linje med CCN og the Charter understrekes det av flere at felles forståelse blant deltakerne av hva partnerskapet skal oppnå, og på hvilken måte, er nødvendig for å skape engasjement på partnerskapets vegne (10;21;28;29;31;32).

Tillit, respekt og gode relasjoner: Tillit, respekt og gode relasjoner er nøkkelord som fremkommer i flere studier og evalueringer av partnerskap, samt i The European Commissions`s guide . Det kan synes som om det er viktig at deltakerne i partnerskapet samarbeider for å utvikle en plattform som ivaretar disse verdiene (10;21;28-30;32). Det er interessant å se at de faktorene som løftes frem som betydningsfulle i partnerskap samsvarer med suksessfaktorer for å lykkes med forbedringsarbeid generelt i helsetjenesten, uavhengig av hvilken metode/modell eller verktøy som faktisk velges (36-39).

Utfordringer ved partnerskap

Det er mange utfordringer knyttet til partnerskap (21;27;29;32). Blant annet presenterer Njau 2009 noen som ser ut til å være sentrale. De kan kort oppsummeres som kompleksitet knyttet til... (10):

- Ledelse – flere organisasjoner og mange ledersjikt skal samordnes.
- Kultur – hver enkelt deltakende organisasjon bringer med seg ulike måter å løse problemer på, se verden på, og samarbeide på.
- Lovverk – ulike lover regulerer de ulike organisasjonene.

Det kan synes å være enighet om er at det ikke finnes en partnerskapsmodell som er ideell og kan benyttes til alle partnerskap til alle tider: Visjon, hvilke mål som skal oppfylles, tid og ressurser som står til rådighet, hvilken kontekst partnerskapet skal fungere i, målgruppens og partnernes behov osv. er faktorer som bør påvirke hvordan et partnerskap planlegges og gjennomføres (21;27;30-32). Nicolice 2006 understreker at kunnskap om partnerskap innhentet fra en spesifikk kontekst ikke automatisk kan overføres til andre og nye partnerskap (31).

Kritikk av partnerskap

Bruken av partnerskap i helsetjenesten har høstet kritikk, særlig der hvor det offentlige inngår samarbeid med private helsetjenester. Partnerskap som begrep blir blant annet koblet til bestrebelsene etter å modernisere den offentlige sektoren i tråd med ledelsesfilosofien New Public Management. Det innebærer blant annet det å se på samhandlingen mellom det offentlige og det private næringsliv som en klassisk kunde -leverandør relasjon (8;18). Som vi tidligere har nevnt kan grenseoppgangene mellom partnerskap og privatisering/konkurransetsetting være uklare (8;18;30). I planleggingen og gjennomføringen av partnerskap blir det derfor viktig å inngå avtaler som klart viser hva det konkrete samarbeidet i hvert enkelt tilfelle dreier seg om, og gi innsyn for andre myndigheter, publikum og presse.

Konklusjon

Partnerskap mellom det offentlige, private og frivillige organisasjoner er en strategi fra myndighetenes side når det gjelder kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Vi har identifisert og beskrevet to partnerskapsmodeller i primærhelsetjenesten: Community Care Network (CCN), og Primary Health Care Charter (the Charter). Modellene har flere fellestrekk (27;32):

- Vektleggingen av det store potensialet som primærhelsetjenesten har til å kunne forbedre befolkningens helse.
- At alle relevante aktører må jobbe sammen for å kunne realisere dette potensialet.
- At forbedring av systemet må skje under ett - ”system-wide improvements”.
- Behovet for en overordnet og mangfoldig strategi.
- Brukermedvirkning.
- Leder- og medarbeiderforankring, engasjement og entusiasme.
- Målinger/evalueringer for å finne ut om målene nås

Den betydningen som legges på leder- og medarbeiderforankring i modellene støttes av funn fra forskning og erfaring fra andre partnerskap. Det kan synes å være en viktig faktor for å lykkes. I tillegg blir følgende faktorer fremhevet: Avklaring av roller og ansvar, felles visjon og felles mål, en plan med milepæler, og målinger/evaluering som kan dokumentere at partnerskapet når de målene som er satt (10;11;17;21;28;30-32).

Det finnes noen utfordringer ved partnerskap. Eksempler: Kompleksitet ved ledelse, kultur og lovverk, manglende forankring i målgruppen/befolkningen, uklare beskrivelser av hvordan partnerskapet skal gjennomføres, og uklar rollefordeling og fordeling av ansvar og myndighet (10;21;28;29;32).

Partnerskap er ingen enkel vei til suksess, og det finnes ingen ideell modell som kan benyttes til alle partnerskap i alle sammenhenger. Visjon, mål, kontekst, målgruppens og partnernes behov osv. er faktorer som bør påvirke hvordan et partnerskap planlegges og gjennomføres (21;27;29;32).

Behov for videre forskning

Partnerskap, på lik linje med andre verktøy og metoder som benyttes i forbedringsarbeid, er komplekse intervensjoner som skal implementeres i komplekse organisasjoner. I partnerskap er det ikke kun én organisasjon tiltaket skal implementeres i, men flere. Dette reiser viktige spørsmål som: Hvilke aktiviteter som utøves i et partnerskap påvirker hvilke faktorer i de deltakende organisasjonene? Og hvordan kan man undersøke effekten av partnerskapet som sådann? Denne utfordringen deler partnerskap med andre metoder/modeller og verktøy som benyttes til kvalitetsutvikling i helsetjenesten (36;37).

Flere studier og rapporter viser til behovet for mer forskning på effekten av partnerskap mellom offentlige, frivillige og private organisasjoner i helsetjenesten (12;21;28;29). Et godt eksempel på forskning er den midtveis prosessevalueringen som Shortell et al., 2002, gjennomførte både med kvalitative og kvantitative metoder på CCN-nettverkene i USA (32). En slik grundig evaluering krever både at modellen beskrives, og at det finnes mål som effekten av tiltakene kan måles opp mot.

Referanser

1. Kommunal og regionaldepartementet. Om levekår og boforhold i storbyene. St.meld. nr 14 (1994-1995).
2. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunen. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 1998. (NOU 1998:18).
3. Helse og omsorgsdepartementet. Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. St.meld. nr 16 (2002-2003).
4. Helse og omsorgsdepartementet. Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. St.meld. nr 25 (2005-2006).
5. Innovasjon i omsorg. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2011. (NOU 2011:11).
6. Lindahl A, Bakke T. Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. (Rapport nr 20 - 2010).
7. Lindahl A, Bjertnes ØA. Norske og internasjonale tilnærminger til arbeidet med kvalitet i allmennlegetjenesten. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. (Rapport nr 03 - 2010).
8. Andersen O, Røiseland A. Partnerskap - problemløsning og politikk. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
9. Barr D. Ethics in public health research: a research protocol to evaluate the effectiveness of public-private partnerships as a means to improve health and welfare systems worldwide. *Am J Public Health* 2007;97(1):19-25.
10. Njau RJA, Mosha FW, De Savigny D. Case studies in public-private-partnership in health with the focus of enhancing the accessibility of health interventions. *Tanzania Journal of Health Research* 2009;11(4):235-49.
11. Nishtar S. Public - private partnerships' in health - a global call to action. *Health Res Policy Syst* 2004;2(5)
12. Buse K, Waxman A. Public-privat health partnerships: a strategy for WHO. *World Health Organization*; 2001;79(8):748-754 (Bulletin of the World Health Organization).
13. Kommunal og regionaldepartementet. Frivillighet for alle. St.meld. nr 39 (2006-2007).

14. Kulturdepartementet. Om statens forhold til frivillige organisasjoner. St.meld. nr 27 (1996-97).
15. Kulturdepartementet. Om lov om register for frivillig virksomhet. Ot.prp. nr 55 (2006-2007).
16. World Health Organization. Public-private partnerships for health. [Oppdatert 2012; lest 7. sep. 2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/trade/glossary/story077/en/index.html>:
17. Monaghan BJ, Malek AM, Simson H. Public-private partnerships in healthcare: criteria for success. *Healthc Manage Forum* 2001;14(4):44-9.
18. Dowdeswell B, Heasman M. Public-private partnerships in health: a comparative study. Durham (UK): Durham University; 2004.
19. Mitchell M. An overview of public private partnerships in health. Harvard School of Public Health; 2008.
20. Hodge GA, Greve C. Public-private partnerships: an international performance review. *Public Administration Review* 2007;67(3):545-58.
21. European Commision Directorate-General Regional Policy. Guidelines for successful public-private partnerships. Bruxelles: European Commision; 2003.
22. Helse og omsorgsdepartementet. Lov om folkehelsearbeid. Prop. 90 L (2010-11). [Oppdatert 2010; lest 3. aug. 2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-90-l-20102011.html?id=638503>
23. Ratzan SC. Public-private partnerships for health. *Journal of Health Communication* 2007;12(4):315-6.
24. Kommunesektorens organisasjon. KS og Frivillighet Norge lanserer samarbeidsplattform. [Oppdatert 2012; lest 28. aug. 2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/tema/samfunn-og-demokrati/Kultur-og-frivillighet/KS-og-Frivillighet-Norge-lanserer-samarbeidsplattform/>
25. Kommunesektorens organisasjon. Veilederen: Sammen om det gode liv. [Oppdatert 2012; lest 28. aug. 2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/tema/Samfunn-og-demokrati/Kultur-og-frivillighet/Veilederen-Sammen-om-det-gode-liv/>
26. Dictionary.com. Definisjon av modell. [Oppdatert 2012; lest 29. aug. 2012]. Tilgjengelig fra: <http://dictionary.reference.com/browse/model>
27. British Columbia Ministry of Health. Primary health care charter : a collaborative approach. [Oppdatert 2007; lest 28. aug. 2012]. Tilgjengelig fra: http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/phc_charter.pdf
28. Bazzoli GJ et al. Public-private collaboration in health and human service delivery: evidence from community partnerships. *Milbank Quarterly* 1997;75(4):533-561.
29. Sloane PD, Bates J, Donahue K, Irmiter C, Gadon M. Effective clinical partnerships between primary care medical practices and public health agencies. American Medical Association; 2010.

30. Sekhri N, Feachem R, Ni A. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. *Health Aff (Millwood)* 2011;30(8):1498-507.
31. Nikolic IA, Maikisch H. Public-private partnerships and collaboration in the health sector. An overview with case studies from recent european experience. The World Bank; 2006. (HNP Discussion paper).
32. Shortell S, Zukoski A, Alexander J, Bazzoli G, Conrad D, Hasnain-Wynia R, et al. Evaluating partnerships for community health improvements: tracking the footprints. *J Health Polit Policy Law* 2002;27(1):49-91.
33. Widdus R. Public-private partnerships for health require thoughtful evaluation. *Bull World Health Organ* 2003;81(4):235.
34. British Columbia Ministry of Health. Integrated primary and community care patient and public engagement framework. British Columbia; 2011.
35. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. St.meld. nr 47 (2008-2009).
36. Powell A, Rushmer R, Davies H. A systematic narrative review of quality improvement models in health care. Edinburgh: NHS Quality Improvement Scotland; 2009.
37. Øvretveit J. Leading improvement effectively. London: The Health Foundation; 2009.
38. Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving patient care: the implementation of change in clinical practice. London: Elsevier; 2005
39. Bakke T, Udness E, Harboe I. Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring - en oppsummering av forskning og erfaring. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011 (Rapport nr 23 - 2011).
40. Helse og omsorgsdepartementet. Avtale om kvalitetsutvikling i helse og omsorgssektoren. [Oppdatert 2006; lest 28. aug. 2012]. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse--og_omsorgstjenester_i_kommunene/avtale-om-kvalitetsutvikling-i-helse--og.html?id=443505
41. Kommunesektorens organisasjon. Frivillighetsundersøkelse gjennomført av KS. [Oppdatert 2010; lest 18. sep. 2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/PageFiles/14762/Frivillighetsunders%c3%b8kelse,%20nov%202010.pdf>
42. National Health Service. Partnerships with NHS Direct. NHS Direct. [Oppdatert 2012; lest 24. sep 2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.nhsdirect.nhs.uk/About/Partnerships>
43. Institute for Healthcare Improvement. CMS Partnership for Patients. [Oppdatert 2012; lest 24. sep 2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.ihl.org/explore/CMSPartnershipForPatients/Pages/default.aspx>

Vedlegg 1 Søkestrategi relevante funn

Nettsteder og søkeord	Funn	Innhold
Kommunenes organisasjon (KS): Søkeord – ”Partnerskap”.	Avtale om kvalitetsutvikling mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet (40). Samarbeidsplattform mellom KS og Frivillighet Norge (24). Rapport-/undersøkelse om frivillighet i kommunene (41). Veileder (25).	Kort informasjon om avtalene, samarbeidsplattformen, rapporten og veilederen er tatt inn i rapporten.
Google: Søkeord – “Partnerskapsmodellen”.	St meld nr 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge (3).	Informasjon fra denne meldingen er tatt inn i rapporten.

Søkeord – “Examples of partnership in health care”.	Sloane et al., 2010. Effective clinical partnerships between primary care medical practices and public health agencies. (29).	Partnerskapet er beskrevet under Forskning i rapporten
	Nishtar S, 2004. Public – private 'partnerships' in health – a global call to action (11).	Synspunkter fra artikkelen er tatt inn i notatet. Det samme er synspunkter fra artikler som ble identifisert gjennom litteraturlisten i artikkelen. Dette gjelder Widdus R, 2003: Public-Private Partnerships for Health and Health Care in the Developing World (33), og Buse K, Waxman A, 2001: Public-private health partnerships: a strategy for WHO (12).
Søkeord - “What characterizes successful public-private partnerships in health care”.	Mitchell M, 2008: An overview of Public Private Partnerships in Health (19).	Hans definisjon av partnerskap er tatt inn i rapporten.
	European Commissions veileder, 2003: Guidelines for successful public-private partnerships (21).	Noen av anbefalingene som fremkommer i denne guiden er tatt inn i rapporten.
	Buse K, og Walt G, 2000: Global public–private partnerships: part I – a new development in health (12)?	Innholdet i artikkelen er relevant for å kunne beskrive bakgrunnen for partnerskap.
	Nicolic IA, og Maikisch H, 2006: Public-Private Partnership and Collaboration in the Health Sector (31).	Partnerskapet er beskrevet under Erfaringer i rapporten.
	Barr DA, 2006: Ethics in Public Health Research. A Research Protocol to Evaluate the Effectiveness of Public–Private Partnerships as a Means to Improve Health and Welfare Systems Worldwide (9).	Relevant artikkel som ble brukt som utgangspunkt for PubMed søket. I tillegg er innholdet relevant for bakgrunn og historikk når det gjelder partnerskap.

<p>PubMed: Utgangspunkt for søk: Barr DA, 2006. A Research Protocol to Evaluate the Effectiveness of Public–Private Partnerships as a Means to Improve Health and Welfare Systems Worldwide.</p>	<p>184 referanser, hvorav 9 syntes relevante. Av disse ble tre ekskludert og seks inkludert på ulike måter:</p>	
	<p>1.Monaghan B, et al., 2001. Public-Private Partnerships in Healthcare: Criteria for Success (17).</p>	<p>Artikkel relevant for definisjoner og beskriver av bakgrunn for partnerskap.</p>
	<p>2.Njau R, et al., 2009. Case studies in public-private-partnership in health with the focus of enhancing the accessibility of health interventions (10).</p>	<p>Partnerskapet er beskrevet under Forskning i rapporten.</p>
	<p>3.Bazzoli G, 1997. Public-Private Collaboration in Health and Human Service Delivery: Evidence from Community Partnerships.</p>	<p>Partnerskapet er beskrevet under Forskning i rapporten.</p>
	<p>4.Shortell S, et al, 2002. Evaluating Partnerships for Community Health Improvements: Tracking the Footprints.</p>	<p>Artikkelen er utgangspunktet for beskrivelsen av den ene partnerskapsmodellen som er inkludert - Community Care Network.</p>
	<p>5.Ratzan S, 2007. Public-Private Partnerships for Health (23).</p>	<p>Artikkel aktuell i forhold til beskrivelse av hva et partnerskap kan være.</p>
	<p>6.Sekhri N, et al, 2011. Private Integrated Partnerships Demonstrate The Potential To Improve Health Care Access, Quality, And Efficiency (30).</p>	<p>Partnerskapet er beskrevet under Erfaringer i rapporten.</p>

Vedlegg 2 Eksempler på mulige relevante funn som senere ble ekskludert

Nettsteder og søkeord	Funn	Innhold
Kommunesektorens organisasjon (KS): Søkeord – ”Partnerskapsmodellen”.	Rapport: “Hvis kommunen ikke fantes”.	Rapporten dokumenterer fase 1 av KS sitt FoU–prosjektet ”Hvis kommunen ikke fantes”. Tre eksempler på store forvaltningsreformer er valgt ut i studien: Sykehus-, NAV- og rusreformen.
Google: Søkeord – ”Partnerskapsmodellen”.	Rapport: ”Evaluering av Partnerskap for folkehelse og Helse i plan”.	Et hovedmål i rapporten var: Å undersøke hvilke modeller og virkemidler som er formålstjenelige i Partnerskap for folkehelse og Helse i plan.
Søkeord – ”Model for partnership”.	Bok: Douglas M. Lambert et al. Building High Performance Business Relationships. Boken viser blant annet til en modell for partnerskap.	Ikke relevant da modellen er utviklet for business, ikke helse.

Søkeord – “Model for partnership in the health services”.	Artikkel: P. Mitchell et al. Partnerships for knowledge exchange in health services research, policy and practice.	Ikke aktuell fordi den omhandler partnerskap mellom forskning og praksis.
Søkeord – “Examples of partnership in health care”.	Rapport: “Partnership for Prevention”.	Ikke relevant - eksemplene som gis på partnerskap fremstår ikke som modeller.
	Informal Summary of the Round Table. “Partnerships in health-lessons from multi-stakeholder initiatives” Substantive Session of ECOSOC High-level Segment 6 July 2009.	Uaktuell blant annet fordi hovedfokus er på globale partnerskap for spesifikke sykdommer i lav- og middels inntekts land.
Søkeord – ”Partnership” og ”Partnerships”.	Gir mange tusen treff, uten at det ser ut som om noen er aktuelle.	
NHS: Søkeord – ”Partnership”.	En egen nettside: “Partnerships with NHS Direct” (42).	Ikke relevant i denne sammenhengen. Viser til en side hvor alle kan sjekke sin helse- og symptom status.
IHI: Søkeord - ”Partnership	Partnership for Patients (43).	Partnership for Patients (PFP) ble lansert av The Obama Administration. Målet er bedre og tryggere helsetjenester til lavere kostnader til hele befolkningen. Partnerne er sykehusledere, ansatte, leger, sykepleiere, representanter for brukerorganisasjoner, statlige og føderale helsemyndigheter. Pasienter med kroniske sykdommer og det å sikre overgangene mellom tjenestene står i fokus. PFP beskrives ikke på en slik måte at det kan kalles en modell, og er derfor ikke aktuell i denne sammenhengen.

Vedlegg 3 Tilbakemelding fra eksterne fagfeller

Innspill fra Tove Hovland

Hei

Eg har lese notatet med interesse og opplever at funna dykkar passar med mine erfaringar frå kvardagen. Med bakgrunn i dei avgrensningane rundt oppdraget som er gjort innleiingsvis i notatet meiner eg at metode og forskningsøk er gjort på ein forsvarleg måte. Resultata er presentert på ein oversiktleg måte og konklusjonen heng i hop med dei resultata som er komne fram i forskningsøket.

Med vennlig hilsen

Tove Hovland
Kommunaldirektør helse og omsorg
Tønsberg kommune

Svar på innspill

Hei

Tusen takk for innspillene til rapporten om partnerskapsmodeller! Vi har planlagt å publisere den i desember etter flere runder med interne fagfeller, i tillegg til innspill fra dere eksterne.

Vennlig hilsen

Toril Bakke
Prosjektkoordinator.

Innspill fra Anders Grimsmo

Hei

Jeg har gitt noen kommentarer i dokumentet. Mer overordnet betraktet synes jeg det er gitt mye plass til gjennomgang og drøfting av partnerskap generelt og mindre i forhold til det som oppdraget etterspør. Som det står i rapporten ble det funnet få modeller eller utprøvinger fra primærhelsetjenesten. Det gjør selvfølgelig oppdraget vanskelig. Det som jeg synes er for lite vektlagt i rapporten er spørsmålet om overførbarhet. Kompleksiteten knyttet til kulturelt og kontekstuell mangfold og personavhengighet (tre faktorer som går igjen) får meg til å tro at på dette feltet må de involverte i all hovedsak finne veien selv. Dessuten tror jeg ikke det finnes en endelig løsning eller modell, men bare et kontinuum av utvikling av relasjoner, tiltak og samarbeid, og som dessuten over tid skifter betegnelser.

Anders Grimsmo

Svar på innspill

Hei Anders

Tusen takk for meget nyttig innspill til rapporten om partnerskapsmodeller i primærhelsetjenesten!

Har gått gjennom de konkrete forslagene du hadde til endringer og tatt dem til følge.

Din kommentar om at drøfting av partnerskap generelt hadde fått for mye plass på bekostning av de modellene som er identifisert, er også tatt til følge. Både Diskusjon, Konklusjon og Hovedfunn er nå knyttet opp til de to modellene. Når det gjelder innspillet om overførbarhet, mener vi dette ivaretas i den nåværende utgaven, blant annet fordi følgende punkter er løftet frem i Konklusjon og Hovedfunn:

- Partnerskap er ingen enkel vei til suksess.
- Det finnes ingen ideel modell som kan benyttes til alle partnerskap til alle tider.
- Visjon, mål og kontekst er faktorer som bør påvirke hvordan et partnerskap planlegges og gjennomføres.

Vi har som mål at rapporten skal publiseres i løpet av desember måned.

Vennlig hilsen

Toril Bakke
Prosjektkoordinator

Vedlegg 4 Oversikt over funn fra forskning

Forfatter	Metode	Kontekst	Hovedfunn
Bazzoli GJ, 1997.	Kvantitativt design.	<p>Evaluerte 25 av de 283 partnerskapene som deltok i the Community Care Network (CCN) i USA.</p> <p>Forskningsspørsmål: Hva er de viktigste elementene i partnerskapet? Hvor aktive er partnerskapene i forhold til disse elementene, og hvilke faktorer ved partnerskapene og omgivelsene har påvirkning på samhandlingen?</p>	<p>-Det foregår reell samhandling i partnerskapene.</p> <p>-Organisasjonene var mer motivert til å jobbe sammen om aktiviteter som ikke forstyrret den eksisterende maktfordelingen og kontrollen.</p> <p>-Gevinster – for eksempel i form av økt prestisje, økt synlighet eller økt pasientvolum, viste seg å påvirkegraden av samhandling.</p> <p>-Det første skrittet i et partnerskap er å bygge tillit.</p> <p>-En av de viktigste utfordringene er bekymringer som handler om manglende opprettholdelse av partnerskapene over tid. Det å holde visjonen levende samt jobbe systematisk for å nå målene er medvirkende faktorer til å løse denne utfordringen</p> <p>Konklusjon: Det etterlyses studier som følger partnerskap over lang tid for å øke kunnskapen om hva som motiverer til reell samhandling. Det finnes ingen ”magic bullet” når det gjelder ledelse av partnerskap, men</p>

			ledelsesstrukturen må blant annet være fleksibel.
Shortell SM, 2002	Midtveis prosessevaluering av 25 partnerskap innenfor CCN. Kvalitative metoder: Gjennomgang av søknadsskjema og kvartalsvise rapporter, besøk, årlige telefonintervju, gjennomgang og diskusjon av resultat på konferanser. Kvantitative metoder: 820 erfarne medlemmer av CCN Partnerships fikk tilsendt et selv-evalueringsskjema, svarprosent = 55.	Samme som over: Evaluerte 25 av de 283 partnerskapene som deltok CCN i USA. Forskningsspørsmål: -I hvilken grad er CCN partnerskapene på vei til å oppfylle målene? -Hvilke faktorer har påvirket den fremgangen som eventuelt har blitt gjennomført? Rammeverket for partnerskapene: Arbeidet skulle vektlegge -Helsefremmende tiltak. -En sømløs helsetjeneste med høy grad av samhandling. -Benytte de ressursene som er tilgjengelig. - Jobbe tett sammen med innbyggerne i de kommunene som de var tilknyttet. Disse fire dimensjonene står også sentralt i den modellen som ble brukt til evaluering av partnerskapene	-En integrert og forankret forståelse hos alle deltakerne i forhold til felles visjon, mål, oppdrag og aktiviteter er helt nødvendig for å oppnå et engasjement på partnerskapets vegne. -En tro på at belønningen er større enn kostnadene ved deltakelse er nødvendig for å skape motivasjon. -Partnerskap bør følges av et monitorerings-/evalueringssystem for å vurdere effekten av de tiltakene som iverksettes. -Gjensidig forpliktelse og tillit er viktig for å oppnå formålet med partnerskapet. -Ledelsen i de fem partnerskapene som scoret høyest i forhold til de fire dimensjonene i visjonen hadde noen spesifikke kjennetegn som manglet hos de som scoret lavest. Dette var blant annet: <ul style="list-style-type: none"> o Evnen til å lede partnere som varierte mye med hensyn til størrelse og ulikhet. o En engasjert ledelse med stor handlekraft som delegerte oppgaver og myndighet og støttet partnerne i deres arbeid. o Evnen til å holde fokus over tid. o Evnen til å håndtere konflikter på en god måte. De best fungerende partnerskapene hadde inkludert alle de fire dimensjonene i visjonen på de utvalgte områdene de jobbet på. Dermed sikret de forankring av prosjektet. De var også gode på forankring i befolkningen og de utvalgte målgruppene. I tillegg sikret de politisk støtte på flere nivå.

<p>Njau R, 2009.</p>	<p>Case studie av to ulike partnerskap med systematisk litteraturgjennomgang og intervju av nøkkelpersoner i partnerskapene.</p>	<p>To partnerskap i helsetjenesten i Tanzania: Et Non-Governmental Organization (NGO) på nasjonalt nivå og en internasjonal støttegruppe for barn. Fokusområde: Malariabekjempelse på lokalt nivå.</p>	<p>Suksessfaktorer:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tilstedeværelsen av ildsjeler med evne til utholdenhet. -Felles visjon for alle deltakere i partnerskapet og troverdighet hos målgruppen. utfordringer: o Kompleksitet i forhold til ledelse. o Kompleksitet i forhold til kultur. o Kompleksitet i forhold til lovverk. o Manglende tillit mellom deltakerne i partnerskapet. o Manglende planlegging av hva partnerskapet skal gjøre hvis ildsjelene forsvinner. o Manglende politisk vilje til å støtte partnerskapet. o Manglende forankring i målgruppen/befolkningen. o Høye transaksjonskostnader før man kan se resultat. o Manglende strukturer som kan sikre partnerskapet over tid. o Uklare beskrivelser av hvordan partnerskapet skal gjennomføres, og uklar rollefordeling og fordeling av ansvar og myndighet. <p>Viktig å ivareta og beskytte det offentlige interesser gjennom:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Å klargjøre hvilket lovverk som regulerer partnerskapet. o Beskrive føringer. o Kontrollmekanismer. o Monitorering. o Beskrive mål og hvilket resultat som ønskes oppnådd.

<p>Sloane P et al. 2010.</p>	<p>Kvalitativ studie. Metode: Litteraturgjennomgang, identifisere pågående partnerskap, samle detaljert informasjon fra et utvalg, og analysere data for å innhente ny kunnskap. Hvilke suksesskriterier og hemmende faktorer påvirker partnerskapene? Til sammen ble det identifisert 48 partnerskap. Det ble gjennomført dybdeintervju med nøkkelpersoner i 16 av disse.</p>	<p>Partnerskap mellom legetjenesten i primærhelsetjenesten og offentlige helsemyndigheter i USA. Fokusområde: Eldrebefolkningen</p>	<p>12 suksessfaktorer for partnerskap:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Enighet om felles mål og en strategi. 2.Avklar ansvar og oppgaver – hvem gjør hva når? 3.Forankring i ledelsen på alle nivå og medarbeiderne. 4.Regelmessig kommunikasjon på en måte som tilfredsstillter partnernes behov. 5.Gjensidig respekt og konsensus om beslutninger. 6.Bygg personlige relasjoner gjennom både formelle og uformelle kanaler. 7.Skap synlighet og aksept for partnerskapet i den aktuelle omverden. 8.Plan for hvem, hva og hvordan, men bygg inn en fleksibilitet. 9.Evaluering og måling helt fra begynnelsen av. Demonstrasjon av suksess vil tiltrekke seg finansiell og annen støtte og virker motiverende. 10.Start i det små med en pilot - test ut aktivitetene og gjøre erfaring med implementeringen. 11.Det er viktig å feire suksess sammen. 12.Planlegg hvordan partnerskapet skal opprettholdes over tid hvis det er aktuelt ut fra området som har oppmerksomhet.
------------------------------	--	---	---