

Kåre Jansbøl og Leif Olsen

# Incitamenter til samarbejde i, under og om *Broen til bedre sundhed*



*Incitamenten til samarbejde i, under og om Broen til bedre sundhed* kan hentes fra hjemmesiden [www.kora.dk](http://www.kora.dk)

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA  
ISBN: 978-87-7488-829-1  
Projekt 10721  
September 2014

**KORA**  
**Det Nationale Institut for**  
**Kommuners og Regioners Analyse og Forskning**

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



**Det Nationale Institut**  
**for Kommuners og Regioners**  
**Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00

# Forord

*Broen til bedre sundhed* er et regionalt-kommunalt-privat partnerskabsprojekt, som fra 2013 og de kommende 20-30 år har til formål at skabe samarbejde om projekter, der kan bidrage til mere lighed i sundhed i Guldborgssund og Lolland Kommuner.

*Broen til bedre sundhed* blev, efter flere års forarbejde, søsat ved et kickoff-arrangement den 3. maj 2013 i Globen i Holeby. Her præsenterede parterne – Region Sjælland, Guldborgssund Kommune, Lolland Kommune samt privatpraktiserende læger repræsenteret ved PLO, private virksomheder repræsenteret ved Business Lolland Falster, og frivillige foreninger, der var inviteret som gæster og oplægsholdere, deres visioner og planer for *Broen til bedre sundhed*.

Visionen om mere lighed i sundhed er formuleret ud fra WHO's brede sundhedsbegreb, hvor sundhed forstås som et resultat af mange forhold og aktørers indsatser på tværs af områderne sundhed, social, uddannelse, beskæftigelse, fritid mv. Målet om mere lighed i sundhed er derfor afhængigt af arbejdet mod andre store mål som bedre sociale forhold, bedre uddannelse, øget beskæftigelse, sundere fritid mv. Det er således de samlede tværgående indsatser, der skal skabe mere lighed i sundhed.

*Broen til bedre sundhed* arbejder med at sætte mange projekter og aktiviteter i værk på alle disse områder. Aktiviteter og projekter skal så vidt muligt bygge på evidensbaseret viden og skal implementeres systematisk og effektivt. *Broen til bedre sundheds* grundlæggende ideer, visioner og planer er uddybende beskrevet i en række dokumenter, som er tilgængelige via projektets sekretariat, hjemmeside og på LinkedIn, hvor der er offentlighed om projektet og mulighed for at følge med i aktiviteter og debatter.

Der er naturligvis mange udfordringer forbundet med at realisere visioner og planer i *Broen til bedre sundhed*. En af de store udfordringer angår nye samarbejdsrelationer og -former mellem de mange aktører om tværgående opgaver. Udfordringerne har fået styregruppen for *Broen til bedre sundhed* til at stille spørgsmålet: Hvilke incitament har de mange forskellige parter til at indgå i samarbejde om *Broens* mange forskellige projekter og aktiviteter?

For at belyse dette spørgsmål og få viden om parternes forskellige forudsætninger har KORA interviewet 15 repræsentanter for parterne samt deltaget og observeret i to møder mellem partnere. Interviewene har fokuseret på fem udvalgte eksempler på tidligere og nye samarbejder. Der er gennemgået forhåndenværende dokumentation om de fem eksempler med henblik på at inddrage tidligere erfaringer i analysen. Herudover har sekretariatets leder og medarbejdere bidraget med viden og informationer ved flere møder, telefonsamtaler og mailkorrespondance i forbindelse med opstart, gennemførelse og afslutning af KORAs undersøgelse. Den samlede indsamling af viden og erfaringer udgør det empiriske grundlag for nedenstående analyse af parternes incitament til samarbejde i, under og om *Broen til bedre sundhed*.

Interview og øvrig dataindsamling blev gennemført fra november 2013 til februar 2014, hvilket kun kunne lade sig gøre, fordi vi mødte stor velvilje fra alle parter til at finde tid til interview og til at finde oplysninger frem til analysen. Vi vil gerne sige alle en stor tak for hjælpen!

Kåre Jansbøl og Leif Olsen  
August 2014

# Indhold

1	Indledning .....	5
2	Incitament for samarbejde .....	8
2.1	EU.....	8
2.2	Den danske stat.....	8
2.3	Kommunerne.....	8
2.4	Regionerne.....	9
2.4.1	Sygehusene.....	9
2.4.2	Alment praktiserende læger.....	10
2.5	Erhvervslivet .....	10
2.6	Foreninger.....	11
2.7	Hvilke forhold skaber incitament for partnerskaber mellem de mange aktører i <i>Broen til bedre sundhed?</i> .....	11
3	Fem cases på samarbejde og incitament .....	12
3.1	Sund uddannelse .....	12
3.2	Psykoseteam .....	14
3.3	Center for Borger og Branding .....	15
3.3.1	Business Lolland-Falster og <i>En indgang</i> .....	16
3.3.2	Guldborgsund Borgerservice .....	17
3.4	FrivilligCenter Lolland .....	18
4	Udfordringer for partnerskab .....	20
4.1	Samspil mellem de eksisterende organisationer og de nye initiativer under <i>Broen til bedre sundhed</i> .....	20
4.1.1	Inddragelse .....	21
4.1.2	Kritik af (incitaments)strukturer .....	22
4.2	Udfordringer med koordinering .....	24
4.3	Samskabelse .....	26
4.3.1	Partnerskab som hindring for samskabelse .....	26
5	Anbefalinger.....	28
	Referencer .....	29
	Bilag 1 Interviewguider .....	32

# 1 Indledning

*Broen til bedre sundhed* er et langsigtet tværgående udviklingsprojekt. Det blev påbegyndt i 2013 i regionalt regi. Visionen er at skabe større lighed i sundhed på Lolland og Falster vurderet i forhold til WHO's brede sundhedsbegreb (1-3). Sygeligheden i befolkningen skal reduceres, der skal skabes bedre kvalitet og effektivitet i sundhedstilbuddene, og der skal generelt skabes større lighed i sundhed for befolkningen.

Kongstanken i *Broen til bedre sundhed* er, at den overordnede vision om lighed i sundhed ikke er et isoleret sundhedsproblem, der kan løses alene gennem nye indsatser i sundssektoren. Derimod kan visionen indfris gennem etablering af gensidige samspil mellem indsatser og opfyldelse af mål på mange områder, fx social-, uddannelses-, beskæftigelses-, erhvervs- og fritidsområdet. Indsatser. Visionen forudsætter et velfungerende samarbejde i den brede kreds af partnere, der indgår i partnerskabsprojektets organisering og projekter.

*Broen til bedre sundhed* har identificeret seks indsatsområder, hvor der i løbet af programmets 20 til 30 års levetid vil blive udviklet en projektporteføje:

1. Fremtidens voksne med fokus på tidlig indsats, forebyggelse og sundhedsfremmende skoler
2. Sundt erhverv, først med fokus på det inkluderende og rummelige arbejdsmarked og senere specificeret til fokus på forbedring af sundhed i arbejdsstyrken – målt via KRAM-faktorerne
3. Lige adgang til sundhed med fokus på rekruttering af specialister og tilgængelighed for patienter
4. Hensigtsmæssige akutforløb med fokus på forebyggelse og sammenhæng mellem tilbud
5. Kronikerindsats med fokus på "best practice" og nye lokale løsninger
6. Nye veje til samarbejde på tværs mellem parterne

De enkelte projekter vil blive udvalgt og udviklet ud fra kriterier om, at der skal foreligge evidensbaseret viden om deres effekter, eller der skal være tale om "best practice" på området. Når projekterne er udvalgt eller udviklet, vil der være fokus på systematisk implementering. Hvis der inden for nogle områder mangler evidensbaseret viden, kan dokumentation af evidens være en del af opgaverne for projekter under *Broen til bedre sundhed*. Et af midlerne til at opnå formålene er at skabe og udbygge samarbejde og partnerskab mellem regionale, kommunale og private organisationer. Flere fremtidige projekter tænkes endvidere at bygge på samarbejde med frivillige organisationer, borgere og patienter.

Finansielt og organisatorisk er *Broen til bedre sundhed* i udgangspunktet knyttet til Region Sjælland. Region Sjælland bevilligede i 2013 3 mio. kr. til projektet og etablerede et sekretariat. Sekretariatet har arbejdet med at søge yderligere finansiering til projekter via private fonde samt offentlige midler i regionale, nationale og EU-puljer. Sekretariatet arbejder også med kommunikation og formidling af viden i relation til *Broen til bedre sundhed*. Målet er at påvirke beslutningsprocesser og sundhedskulturen i Lolland og Guldborgsund Kommuner og på længere sigt også regionen og de øvrige kommuner. Styregruppen består af repræsentanter for Region Sjælland, Lolland og Guldborgsund Kommuner, Nykøbing Falster Sygehus, Psykiatrien i Region Sjælland, den regionale primærsektor med særlig vægt på de praktiserende læger – repræsenteret ved PLO i området – samt det lokale erhvervsliv repræsenteret ved Business Lolland-Falster.

Opsummerende kan man sige, at partnerskabet, der er dannet i *Broen til bedre sundhed*, skaber en organiseret aktør, der kan formulere interesser udadtil og tiltrække eksterne ressourcer

til området. Partnerskabet **under** *Broen til bedre sundhed* organiserer aktørernes formelle aktiviteter indadtil og gennemfører de eksternt støttede projekter. Endelig består partnerskabet **om** *Broen til bedre sundhed* af alle de aktører og borgere, som uformelt indgår i samarbejdets projekter og aktiviteter. Det er med baggrund i disse tre forskellige funktioner, som partnerskabet arbejder med, at vi i rapportens titel sonderer mellem incitamenter til samarbejde **i**, **under** og **om** *Broen til bedre sundhed*.

Parterne er gået sammen i *Broen til bedre sundhed*, men herfra og til at realisere de mange projekter, som skal føre frem til målet, er der ganske mange opgaver og udfordringer, der skal gennemføres og håndteres. Hver part har sine specifikke opgaver og organiserings- og finansieringsstruktur at arbejde inden for. Partnerskabet betyder derudover, at parterne skal indgå i sideløbende projekter med andre, måske nye samarbejdsparter. Det sker desuden inden for nye tværgående organiseringsformer og finansieringsmodeller, som skaber rammerne omkring *Broens* projekter. Det er derfor vigtigt at finde frem til brugbare veje og incitamenter, der giver grundlag for, at parterne vil deltage i de nye tværgående projekter, samtidig med at de løser de eksisterende opgaver inden for deres respektive sektorområde.

I november 2013 bad styregruppen for *Broen til bedre sundhed* derfor KORA om at gennemføre denne analyse af parternes incitamenter og erfaringer med at indgå i samarbejdsprojekter med hinanden. Formålet med analysen er at bidrage med viden og inspiration til *Broen til bedre sundheds* arbejde med at finde brugbare veje til samarbejde om langsigtede forebyggelsesindsatser.

Projektejerne ønsker i den forbindelse en analyse af hovedspørgsmålet:

- Hvilke faktorer og forhold skaber incitamenter, der henholdsvis fremmer og hæmmer partnerskaber og samarbejde mellem de mange aktører i *Broen til bedre sundhed*?

Besvarelsen af spørgsmålet skal bidrage med følgende:

- Afdækning og analyse af incitamentsstrukturer på Lolland-Falster i samspelet kommune-almen praksis-sygehuse (psykiatrisk og somatisk) med særligt henblik på potentialer for øget kvalitet og samarbejde samt på barrierer. Kvalitet og samarbejde skal forstås i den brede sundhedskontekst, som *Broen til bedre sundhed* arbejder inden for.
- Analyse af fem-otte cases, hvor samarbejdet mellem aktørerne henholdsvis virker og ikke virker.
- Analyse af cases, der viser, at patienter og borgere med fordel kan indgå i samskabelse og bidrage til at forbedre kvalitet og sammenhæng i forebyggelsesindsatserne.

For at få viden om parternes forskellige erfaringer og vurderinger af deres incitamenter til at samarbejde i, under og om *Broen til bedre sundhed* og partnerskabets projekter er undersøgelsen gennemført ved hjælp af:

1. Dokumentgennemgang af seks udvalgte eksempler på samarbejder mellem nogle af parterne. Den ene case – CELF: Center for Erhvervsrettede uddannelser Lolland Falster – fravalgte vi af formidlingsmæssige hensyn. Fire af de resterende fem cases er eksempler på tidlige samarbejder, som ikke foregår under, men uden for *Broen til bedre sundhed*. Den femte case er et af de første samarbejdsprojekter mellem parterne i *Broen* (se bilag 7.4).
2. Individuelle og gruppeinterview med 15 udvalgte repræsentanter for parterne (se bilag 7.1, 7.2 og 7.3).
3. Deltagelse og observation ved to møder mellem repræsentanter for parterne.

Oplysningerne fra interview og gennemgangen af dokumenter om de udvalgte eksempler er gennemgået og kategoriseret i forhold til at udpege relevante temaer og udsagn i forhold til analysens fokus på parternes incitamenter til at samarbejde i, under og om *Broen til bedre sundhed*.

Der er således tale om en konkret empirisk tilgang til analysen, som udgør en slags spejl for parternes forskellige vurderinger og incitamenter til at deltage i *Broen til bedre sundhed*. Formålet er at analysere og perspektivere parternes udsagn og samarbejdserfaringer for at forstå ligheder og forskelle i parternes incitamenter.

Det er en vigtig forudsætning for analysen, at partnerskaberne i *Broen til bedre sundhed* er i sin vorden. Styregruppen har kun mødtes få gange. Da partnerskaberne i *Broen til bedre sundhed* i høj grad er afhængige af styregruppen som igangsætter og koordinator, er de fleste af de påtænkte partnerskaber endnu ikke startet eller er blot på vej til at blive udviklet. Projektkontoret har endvidere kun fundet bevilling til enkelte af de mange påtænkte projekter. Det betyder, at flertallet af partnerne endnu ikke har oplevet, hvad samarbejdet i *Broen til bedre sundhed* indebærer for dem. En konsekvens heraf er, at undersøgelsen kun har én case på samarbejde inden for *Broen til bedre sundhed*. En anden konsekvens er, at interviewpersonerne kun i få tilfælde kan udtale sig om selvoplevede erfaringer med samarbejde eller partnerskab i *Broen til bedre sundhed*. Interviewpersonerne trækker således mest på deres erfaringer med samarbejde uden for *Broen til bedre sundhed*, og deres udtalelser om *Broen til bedre sundhed* er som regel mest udtryk for deres forestillinger om et fremtidigt samarbejde.

## 2 Incitamenter for samarbejde

Med *Broen til bedre sundheds* brede tilgang til sundhed er partnerne både EU-organisationer, statslige organisationer, regionale organisationer, kommunale organisationer, fonde og medborgere/patienter. Disse meget forskellige partnere har meget forskellige opgaver og meget forskellige incitamenter til at løse deres opgaver. I dette kapitel beskriver vi de incitamenter, som påvirker partnerskaber mellem disse organisationer.

### 2.1 EU

EU har et overordnet ansvar i forhold til befolkningernes sundhed. EU påvirker EU-borgernes sundhed gennem en række EU-direktiver omhandlende arbejdsmiljø, fødevarer, drikkevand, hygiejne, miljøansvar, tobak, tilsætningsstoffer m.m. EU påvirker også sundhedsforhold gennem EU-initiativer, som danske organisationer kan søge om at deltage i og derigennem opnå økonomisk støtte til. Nogle af projekterne under Business-Lolland-Falster, som Guldborgsund deltager i, er eksempelvis støttet økonomisk af EU (4).

EU benytter altså lovgivning og økonomisk finansiering som incitamenter for partnerne. EU får primært indtægter gennem opkrævning af 0,73 % af medlemslandenes bruttonationalindkomst, importafgifter på lande uden for EU samt en procentdel af staternes indtægter på moms.

### 2.2 Den danske stat

Den danske stat har det overordnede ansvar for befolkningens sundhed. Folketinget påvirker befolkningens sundhed gennem love og ved at afsætte penge til sundhed og sundhedsrelaterede opgaver på finansloven. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er centralt for implementeringen af Folketingets bestemmelser. Ministeriet udformer aftaler for de forskellige organisationer, som udfører det sundhedsrelaterede arbejde (fx kommunerne, regionerne, almen praksis m.m.). Under ministeriet ligger en række styrelser – Lægemiddelstyrelsen, Sundhedsstyrelsen, Patientombuddet, National Sundhed-it, Den Nationale Videnskabetiske Komité, Statens Serum Institut, Det Ethiske Råd – som vejleder, dokumenterer og kontrollerer hver deres områder. Sundhedsloven er et centralt dokument, idet det præciserer de forskellige organisationers ansvarsområder og forpligtigelser (5).

Staten får primært økonomiske midler gennem skatteudskrivning og moms. Staten benytter aftaleindgåelse, lovgivning og økonomisk finansiering som incitamenter for bl.a. partnerne i *Broen til bedre sundhed*.

### 2.3 Kommunerne

Danmarks 98 kommuner har ansvar for at skabe rammer for, at borgerne lever sundt (5). Kommunerne skal bl.a. forebygge sygdomme, informere om forebyggelse, tilbyde hjemmesygepleje og genoptræning, hjælpe alkohol- og stofmisbrugere, yde tandpleje til børn, ældre og personer med særlige behov, indberette utilsigtede hændelser og arbejde sammen med regionerne. De enkelte kommunalbestyrelser prioriterer indsatserne, men niveauet må ikke ligge under krav fastsat i Sundhedsloven.

Kommunerne får indtægter gennem beskatning af kommunernes borgere og virksomheder. Kommunerne benytter aftaler og finansiering som incitamenter for, at de kommunale organisa-



tioner udfører deres opgaver. Kommunerne afsætter også midler til samarbejde med bl.a. regionerne og frivillige organisationer.

Med kommunalreformens kommunale medfinansiering har man forsøgt at give kommunerne incitamenter til at styrke forebyggelsesindsatserne og hindre unødigt kommunal brug af regionale sygehusydelser. Kommunerne betaler således en fast takst pr. sygehuskontakt for deres borgere<sup>1</sup>. Taksten er ikke den fulde pris for sygehusenes ydelser, men omkring 70 % deraf. Kommunernes medfinansiering skal således ikke give kommunerne incitament til at overtage de regionale ydelser (6). Medfinansieringen er derimod tænkt således, at den skal give kommunerne incitament til at forebygge indlæggelse på sygehus.

Da de 98 kommuner tilsammen betaler en fast procentdel, kan de kun spare penge på sygehuse, hvis sygehusenes samlede drift mindskes. Hvis sygehuse – fx som følge af god kommunal forebyggelse – sparer penge og anvender de sparede penge til noget andet, vil kommunerne intet spare. Den enkelte kommune har dog mulighed for at spare penge i forhold til andre kommuner. De andre kommuner skal i så tilfælde betale mere til sygehuse (6).

Kommunerne får deres indtægter gennem skat, mens de kommunale organisationer får indtægter gennem kontrakter med kommunerne. Kommunale organisationers opgaver er sjældent lige så klart og objektivt dokumenteret, som sygehusenes opgaver er (6). Hvor prisen på en sygehusydelse fastslås ved objektive kriterier for diagnoser – beregnet som et gennemsnit for prisen på en ydelse inden for en given diagnosegruppe – findes der ikke et tilsvarende system for de kommunale plejeopgaver efter en indlæggelse.

## 2.4 Regionerne

Regionerne har hovedansvaret for sundhedsvæsenet og skal lægge sundhedsplaner, drive sygehusvæsenet og styre praksissektoren – regionernes praktiserende læger, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer, fodterapeuter og kiropraktorer – samt forvalte medicinstilskud. Regionsrådene prioriterer opgaverne og serviceniveauet, der som minimum skal leve op til sundhedslovens bestemmelser (5).

Region Sjælland benytter aftaler og finansiering som incitamenter i forhold til somatiske og psykiatriske sygehuse, speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter, psykologer, fodterapeuter og kiropraktorer.

Regionerne får ca. 80 % af deres indtægter fra staten og 20 % fra den kommunale medfinansiering. Ca. 95-96 % af statens finansiering af regionerne er bloktilskud, og ca. 4-5 % er aktivitetsbestemt. Regionernes ydelser for bloktilskuddet aftales i den årlige finanslov. Aktivitetsfinansieringen på 4-5 % tilskynder regionerne til at yde mindst det samme som sidste år for 2 % færre penge (den årlige effektivitetsbesparelse). Aktivitet ud over den fastsatte ramme honoreres ikke. Regionerne har derfor incitament til ret præcist at nå aktivitetsloftet, som i hovedtræk er den samme aktivitet som sidste år (7).

### 2.4.1 Sygehuse

Sygehusenes opgaver fastlægges af Regionen.

Sygehuse bruger aftaler og finansiering som incitamenter for de forskellige sygehusafdelinger. Typisk indgår sygehusledelsen og afdelingsledelsen årlige handleplaner, hvori afdelingens målsætninger og eventuelle tiltag til at forbedre forhold gennemgås og aftales. I handleplaner-

---

<sup>1</sup> Den kommunale medfinansiering udgør for somatiske indlæggelser 34 % af DRG-taksten, dog maksimalt 14.025 kr. Medfinansieringen udgør 1.384 kr. pr. ambulante besøg.

ne indgår målinger af patienttilfredshed, medarbejdertilfredshed samt forskellige kliniske mål for behandlingens kvalitet og kvantitet.

Ser man på, hvordan Region Sjællands sygehuse afregnes, skal sygehusene opnå baselineaktiviteten for at få udbetalt årets budget. Baseline fastsættes ud fra sidste års aktivitet pålagt 2 % i produktivitetstigning. Aktivitet ud over sidste års baseline indgår ikke i beregningen af det kommende års baseline, hvilket forstærker det økonomiske incitament til at producere mere end baseline. Men alt i alt har sygehusene ligesom regionerne incitament til at have aktiviteter svarende til ca. 2 % over sidste års baseline (8)<sup>2</sup>.

Et centralt element i incitamentssystemet for sygehusene er, at de er ydelsesfinansierede. Pengene følger patienterne forstået på den måde, at sygehusene betales for deres ydelser til patienterne. Ydelserne opmåles ud fra objektive fordelingskriterier, som afspejler udgifterne (udgifterne vægtes bl.a. ud fra sammensætningen af regionens befolkninger). Det samme er ikke tilfældet for kommunale ydelser (6).

#### 2.4.2 Alment praktiserende læger

Almen praksis behandler og visiterer deres patienter. I forhold til *Broen til bedre sundheds* målsætninger er det relevant at notere, at almen praksis ikke har ansvar for befolkningens sundhed, men at de har lægefagligt ansvar for deres patienter (5).

I forhold til samarbejde med sygehuse og kommuner er det centralt at bemærke, at almen praksis kan henvise patienter til sygehus og/eller til nogle af kommunens tilbud, fx genoptræning. Almen praksis har således en central rolle for både sygehuse – som får en stor del af deres patienter via lægen – og for kommunen. Kommunen skal dels medfinansiere de patienter, der henvises til sygehus, dels får de en del patienter til deres tilbud fra de alment praktiserende læger. Ofte er det endvidere således, at et samarbejde mellem den alment praktiserende læge og kommunen er en forudsætning for, at lægen kan henvise til kommunalt tilbud.

Almen praksis indgår qua Praktiserende Lægers Organisation overenskomst med regionerne om, hvilke ydelser de skal levere og honoraret for deres ydelser. Alment praktiserende læger får et grundbeløb pr. tilmeldt patient samt et honorar pr. leveret ydelse.

### 2.5 Erhvervslivet

Man kan pege på to tilgange til at involvere erhvervslivet i sundhed. Den ene tilgang handler om samarbejde omkring udvikling af produkter relateret til offentlige institutioners ydelser. Det kan bl.a. være offentlige-private innovationspartnerskaber på velfærdsområdet. KORA konkluderer i en ny rapport om dette samarbejde, at klare aftaler om målbare mål er centrale for succes med offentlige-private partnerskaber (9). Incitamentene for virksomhederne er primært indtægter på salg og adgang til et marked. De offentlige institutioners incitament for at indgå i disse partnerskaber er mere komplekse, men indbefatter løsning af problemer relateret til deres ydelser.

Den anden tilgang til at involvere erhvervslivet i sundhed handler om, at virksomhederne fremmer sund livstil blandt deres ansatte. Det kan bl.a. foregå ved at indføre restriktioner på rygning og/eller alkohol på arbejdspladsen. Det kan også ske gennem at tilbyde sundere mad på arbejdspladsen, tilbyde motion på eller i forbindelse med arbejdet eller ved at indrette arbejdspladsen, så den i højere grad lægger op til bevægelse (10). Derudover er der en del arbejdsforhold, som i særlig grad er usunde, og som virksomhederne kan forsøge at minimere. Skifteholdsarbejde er et eksempel. Der findes flere eksempler på samarbejde mellem offentlige

---

<sup>2</sup> Regionerne afregner med deres sygehuse på delvist forskellige måder (7). Her omtales kun Region Sjælland.

institutioner og private og/eller offentlige arbejdsgivere. Erhvervslivet betaler ofte for forskellige ordninger, som højner medarbejderes trivsel. Disse tiltag kan sigte mod at skabe større sundhed for medarbejdere, fx frugtordninger, betalt motion i eller efter arbejdstid. Virksomhedernes gevinst kan være mindre sygefravær og mere effektive ansatte og større glæde på arbejdet. De offentlige organisationer kan indgå i sådanne samarbejder omkring ansattes sundhed, fx gennem udvikling af projekter rettet mod bedre sundhed på arbejdspladser. De offentlige institutioners gevinster kan være reduktion af befolkningens sygelighed (10).

## 2.6 Foreninger

Foreninger består af sammenslutninger af mennesker, som dyrker en interesse sammen.

Det almindelige er, at medlemmerne af foreninger betaler for medlemskab og afholder diverse udgifter i forbindelse med foreningen. De fleste foreninger modtager offentlig støtte til drift og andet. Mange foreninger modtager også støtte fra erhvervsliv og nogle fra fonde.

## 2.7 Hvilke forhold skaber incitamenter for partnerskaber mellem de mange aktører i *Broen til bedre sundhed*?

Ud fra ovenstående beskrivelser af opgaver og incitamenter til samarbejde ser man, at der er adskillige meget forskellige incitamenter i spil mellem aktørerne i partnerskaber som *Broen til bedre sundhed*. Umiddelbart kan man udskille fire typer incitamenter: lovgivning/aftaler, økonomisk støtte, profit og glæden ved at arbejde sammen om gode formål.

Statslige, kommunale og regionale organisationer får deres indtægter gennem afgifter og beskatning. Beskatningen opsamles af stat, kommune og EU og fordeles til de forskellige organisationer under henholdsvis stat, kommune og region. Mange af de økonomiske midler bliver indenfor henholdsvis stat, region eller kommune. Men en del ressourcer placeres i puljer, som er målrettet opgaver, der går på tværs af stat, kommune og region. Nogle puljer inddrager også erhvervsliv og foreningsliv.

Generelt gælder det, at såfremt partnerskaber skal opnå finansiering, skal der indgås aftaler mellem organisationerne på højere niveau end der, hvor partnerskaberne i praksis udføres. Samarbejde mellem fx en hospitalsafdeling, et jobcenter og en privat virksomhed skal således afklares og besluttes på højere niveau, fx mellem sygehuset, kommunen og virksomhedens ledelse.

Fonde – som kan være offentlige eller private – støtter projekter, som kan foregå inden for en enkelt organisation eller gå på tværs af en eller flere.

Fordelingen af ressourcer er ofte regel- og/eller lovbestemt. Organisationerne har relativt klart definerede ansvarsområder, men de har også ofte ansvar for at løse deres opgaver gennem samarbejde med andre organisationer. Sundhedsloven og sundhedsaftalerne er i denne forbindelse særligt vigtige dokumenter.

## 3 Fem cases på samarbejde og incitament

Kapitlets fem cases er eksempler på samarbejde mellem partnere, som er involveret i *Broen til bedre sundhed*. Kun én case omhandler samarbejde inden for *Broen til bedre sundhed*. De øvrige fire cases omhandler samarbejde udenfor *Broen*. Casene skal illustrere, hvordan tværgående organisering og partnerskaber kan blive – og er blevet – grebet an i lokalområdet af aktører tilhørende partnerskabet i *Broen til bedre sundhed*.

De fem cases er:

- Sund Skole
- Psykoseteam Guldborgsund Kommune og Region Sjælland
- Center for Borger og Branding
- Borgerservice Guldborgsund
- FrivilligCenter Lolland

Vi gennemgår casene én for én med en beskrivelse af konkret samarbejde, parterne og rollefordelingen i samarbejdet samt hvilke incitament der ligger bag indgåelsen og opretholdelsen af samarbejdet. I de næste kapitler inddrager vi casene lejlighedsvis.

### 3.1 Sund uddannelse

*Sund uddannelse* er en del af projektporteføljen under *Fremtidens Voksne*, som er en del af *Broen til bedre sundhed*. Målet med *Sund uddannelse* er at påvirke sundhed og trivsel blandt skolebørn på Lolland-Falster. Aktiviteterne skal bygge på evidensbaseret praksis. TrygFonden har bevilliget 4,7 mio. kr. til projektet, som er planlagt til at skulle realiseres på fire skoler i Guldborgsund Kommune og fire skoler i Lolland Kommune. Projektet skal indgå i implementeringen af folkeskolereformen. Lærernes kompetencer skal også udvikles. Målgruppen for indsatserne er 2.800 elever og deres forældre.

De medvirkende skoler skal have fokus på røgfri skole, sundhed og trivsel. Konkret skal nedenstående aktiviteter implementeres:

1. **Skolesport.** Bygger på to elementer, der målretter sig mod de foreningsløse børn og udføres i samarbejde med Dansk Skoleidræt: 1) skolesport tilbydes 1 gang om ugen fra september-maj, og 2) skolen samarbejder med lokale idrætsforeninger.
2. **BOOST.** Bygger på følgende fire elementer: 1) undervisningsrelateret indsats mod sundhed, 2) skolerelateret indsats, 3) familierelateret indsats og 4) adgang til frugt og grønt i skoletiden.
3. **X:it.** Bygger på tre elementer, der retter sig mod tobaksforebyggelse: 1) rygeregler og undervisning på skolen, 2) røgfri kontrakter mellem unge og voksne, samt 3) information til og inddragelse af forældre.
4. **Alle Børn Cykler.** Kampagne med en indbygget konkurrence i samarbejde med Dansk Cyklistforbund, hvor en lærer fra hver klasse orienterer og tilmelder eleverne.
5. **Strukturel forebyggelse.** Bygger på de sundhedspolitikker, som fungerer som ramme for de øvrige tiltag. Sundhedspolitikkerne er udviklet af elever, personale og forældre.

Ved deltagelse i projektet forpligter skolerne sig til at implementere alle tiltag henover to skoleår. Skolerne kan tilpasse rækkefølgen.

### **Partnerskab**

Frem til december 2013 så det ud til, at kun Guldborgsund Kommune ville deltage. Lolland Kommune vurderede på det tidspunkt, at de i forvejen havde en række lignende initiativer i gang på skolerne, hvorfor *Sund uddannelse* ikke i væsentlig grad tilførte noget nyt. Lolland Kommune havde således etableret et tæt samarbejde mellem skoleområdet og sundhedssektoren i forhold til at skabe mere bevægelse og sund kost på skolerne. I udskolingsdelen kørte man med X:it for at forebygge rygning. Skolerne samarbejdede med Dansk Skoleidræt, og de yngre elever besøgte idrætsefterskoler. Skoleudvalget havde tidligere givet tilskud til en frugtordning, hvilket skolerne efterfølgende fortsatte med via eget budget. Kommunen påpegede endvidere, at der også på nationalt niveau – specifikt i den nye skolereform – er fokus på bevægelse i skoledagen og sunde kostvaner<sup>3</sup>.

Lolland Kommune etablerede i december 2013 et møde mellem projektkontoret for *Broen til bedre sundhed*, udvalgte skoler og kommunen. Under mødet forelagde sekretariatet projekt *Sund uddannelse* og indbød skolerne til at deltage. Efter mødet besluttede skoleledelsen og skoleforvaltningerne imidlertid, at de ikke ønskede at medvirke i projektet. Det meddelte den kommunale aktør til sekretariatet, der videregav informationen til ledelsen for *Broen til bedre sundhed*, som tog kontakt med en ledende kommunal aktør. Den ledende kommunale aktør mente, at skolerne havde truffet en forkert beslutning og talte derfor med skoleledelsen og skoleforvaltningen. Efter samtalerne ændredes beslutningen, og der blev indledt et konstruktivt samarbejde mellem skolerne og sekretariatet omkring *Sund uddannelse*. Tre dage senere kom skoleledelserne og skoleforvaltningerne med en konstruktiv kritik af projektet, hvilket sekretariatet tog til sig, og fjorten dage senere blev der indgået aftale mellem begge kommuner, skolerne og *Sund uddannelse*, og der blev ansat en projektleder for *Sund uddannelse*-projektet.

### **Incitamenter**

Partnerskabet kommer i stand som følge af, at *Broen til bedre sundhed* udformer en projektbeskrivelse samt søger og modtager penge fra TrykFonden til at implementere projektet.

Initialt har en partner – Lolland Kommune – ikke åbenlyst incitamenter til at ville deltage. Kommunen finder det væsentligt at sikre, at *Sund uddannelse* supplerer de eksisterende initiativer. De hæfter sig ved, at det er ressourcekrævende at skulle have nye aktører ind over deres indsats. Derfor påpeges det også, at det er vigtigt at afklare og analysere de eksisterende initiativer og indgå i dialog med skolerne, inden man beskriver og iværksætter et nyt projekt. Men efter indgreb fra ledelsen i kommunen ændrer kommunens indstilling, og i samarbejde med projektkontoret ændres projektet, således at det passer bedre med Lolland Kommunes øvrige tiltag på området.

Partnerskabet er et eksempel på et samarbejde, hvor den ene part på forhånd har planlagt og defineret nogle rammer, som de ønsker, at den anden part skal indgå i. Partnerskabet er også et eksempel på, at udfordringer bliver imødekommet med mere dialog og inddragelse. Endelig eksemplificerer casen udfordringer med at forbinde de forskellige dele internt i organisationerne, således at den samlede organisation reagerer hensigtsmæssigt (dette kommer vi tilbage til i næste kapitel).

---

<sup>3</sup> Data bygger på interview.

## 3.2 Psykoseteam

Psykoseteamet er en tværfaglig enhed, som er bemannet med læge, socialpædagog, sygeplejersker, lægesekretær, social- og sundhedsassistent og ergoterapeut. Psykoseteamet varetager en række sundhedsfaglige opgaver og sørger bl.a. for, at patienter kan få hurtig adgang til psykiatrisk behandlende læge, opfølgning og kontinuerlig behandling efter patienters indlæggelse, hjemmebesøg, samtaler, socialfærdighedstræning samt en hotline. Derudover har teamet også tæt kontakt og samtaler med pårørende. Psykoseteamet inddrager således både de sindslidende og deres pårørende. Det er ledelsesmæssigt tilknyttet Psykiatrien Region Sjælland og har haft en samarbejdsaftale med Guldborgsund Kommune om behandling af borgere i kommunen. Aftalen er imidlertid nu opsagt (11-13).

### Partnerskab

Fra 2002 til kommunalreformen i 2007 samarbejdede den daværende Nykøbing Falster Kommune og det daværende Storstrøms Amt om et forsøg med opsøgende Psykoseteam (14-16). Ved kommunesammenlægningen ophørte SATS-puljemidlerne, som havde medfinansieret Psykoseteamet. Storstrøm Amt evaluerede projektet og fandt, at antallet af indlæggelser og senge dage faldt for borgere omfattet af projektet. De involverede borgere udtrykte generelt også tilfredshed med det opsøgende Psykoseteam. Men for at samarbejdet kunne fortsætte efter kommunalreformen, skulle projektet overgå til at være et samarbejdsprojekt mellem Guldborgsund Kommune og Psykiatrien Region Sjælland. I referater fra social- og sundhedsudvalgets møder i august og oktober 2006 er holdningen, at samarbejdet skal ophøre pr. 1. januar 2007. Ledere og medarbejdere fra de kommunale socialpsykiatriske tilbud anbefaler, at Guldborgsund Kommune selv skal stå for samtlige socialpsykiatriske tilbud til sindslidende. Teamledelsen for Guldborgsund Kommunes enhed for socialpsykiatri mener også, at der kun bør være ét samlet kommunalt system for borgere med sindslidelser. Enheden skal bl.a. sammensætte de tværfaglige teams. Argumentet for dette er, at serviceniveauet for borgere i Guldborgsund Kommune kan blive uensartet, hvis nogle sindslidende modtager hjælp fra det opsøgende Psykoseteam, mens andre modtager hjælp fra kommunens socialpsykiatriske tilbud. Derudover mister kommunen indflydelse på, hvem der modtager hjælp, fordi det opsøgende Psykoseteam er selvvisiterende. Endelig skønnes det, at der vil være en merudgift for Guldborgsund Kommune ved at fortsætte samarbejdet med Psykiatrien. Ydelsen i det opsøgende Psykoseteam er vurderet til en timepris på 211,50 kr., mens ydelsen inden for Guldborgsund Kommunes egne tilbud er vurderet til en timepris på 175 kr. (15,16).

Inden samarbejdet nåede at blive afsluttet, gav Socialministeriet mulighed for at forlænge statstilskuddet til projektet i yderligere fire år. Samarbejdet fortsatte derfor på betingelse af, at der bl.a. udarbejdes fælles visitationskriterier, nedsættes et visitationsteam og etableres en styregruppe, der følger projektet for at sikre ensartet kvalitet i tilbuddene fra henholdsvis det opsøgende Psykoseteam og Guldborgsund Kommune. I 2010 gives der igen mulighed for medfinansiering med SATS-puljemidler fra 2011 til 2014. Medfinansieringen udfases dog løbende, således at SATS-puljemidlerne det første år finansierer 50 %, det andet og tredje år finansierer 25 %, og det sidste år finansierer 12,5 % (11,17).

Ved indgangen til 2014 er situationen derfor den samme som otte år tidligere, hvor Guldborgsund Kommune mistede den økonomiske støtte til det opsøgende Psykoseteam. I den situation ønsker psykiatrilæden fra Region Sjælland at fortsætte samarbejdet, hvis Guldborgsund Kommune betaler et basisbeløb plus en del af beløbet ved hvert ambulante besøg hos patienterne. Men Guldborgsund Kommune ønsker ikke ordningen fortsat og opsiger derfor Psykoseteamet pr. 1. januar 2014. Guldborgsund vil etablere et Langtidsteam i kommunalt regi. Langtidsteamet får en del af Psykoseteamets opgaver og finansieres delvist af det kommunale budget, der før gik til det opsøgende Psykoseteam.

### **Incitament**

Da evalueringer af det opsøgende Psykoseteam har vist gode resultater, burde Guldborgsund Kommune have incitament til samarbejdet. Når kommunen ikke ønsker samarbejdet fortsat, må man formode, at kommunen *enten* forventer at kunne opretholde eller forbedre serviceniveauet gennem deres egne kommunale tilbud, *eller* vurderer, at serviceniveauet på dette område kan sænkes. Der kan være – og er sikkert også – flere årsager til, at kommunen nedlægger Psykoseteamet. Men det er oplagt, at de eksterne økonomiske midler til Psykoseteamet spiller en afgørende rolle for Guldborgsunds beslutning om at deltage eller ikke deltage i Psykoseteamet.

For Psykiatrien Region Sjælland har der også været økonomiske incitament til samarbejdet, da Guldborgsund Kommune har finansieret en del af det opsøgende Psykoseteam, der har vist resultater i forhold til at kunne spare sengepladser i Psykiatrien. I Regionernes Psykiatriplan for 2008 skriver Region Sjælland, at der med fordel kan indgås et tættere samarbejde med kommunerne om eksempelvis opsøgende psykoseteams. I Psykiatrien er det samtidig en målsætning, at patienterne oplever et sammenhængende behandlingsforløb på tværs af myndigheder, der kan sikres ved tæt samarbejde (18). Psykiatrien Region Sjælland har derfor både økonomiske og faglige incitament til at indgå i psykoseteams med kommunen.

Casen er et eksempel på et samarbejde, der baseres på økonomiske incitament i form af et statstilskud. Når statstilskuddet ophører, forsvinder incitamentene til at opretholde samarbejdet for Guldborgsund Kommune, mens Psykiatrien Region Sjælland stadig ønsker samarbejdet. Det er uklart, om nedlæggelsen af Psykoseteamet har påvirket kvaliteten af tilbud til borgerne. Casen er også et eksempel på, at parterne forholder sig til forskellige sammenhænge; hvor kommunen fokuserer mere på at skabe sammenhænge indenfor kommunen, fokuserer regionen mere på sammenhæng mellem region og kommune.

## **3.3 Center for Borger og Branding**

Guldborgsund Kommunes Center for Borger og Branding dækker et bredt spektrum af aktiviteter, der målretter sig erhverv, turisme, bosætning og Borgerservice. Centrets funktion er at udvikle og brande Guldborgsund som en attraktiv kommune både for erhverv, turisme og borgere. Centret skal skabe en sammenhængende og entydig servicering af borgere og erhvervsliv samt udvikle samspillet og dialogen med disse (19).

### **Partnerskab**

Centret skaber øget samarbejde internt i kommunen, hvor fem underenheder – Erhverv, Turisme, Borgerservice, Fritid og Kultur – samles under en overordnet fagcenterchef. Samlingen af disse fem områder, der hver især fungerer som kommunens ansigt udadtil på det pågældende område, forventes at give faglige synergieffekter. Eksternt samarbejder centret tæt med Business Lolland-Falster, Frivilligcentret, borger- og erhvervsforeninger, kommunale institutioner på kultur- og fritidsområdet, tilsvarende selvejende institutioner samt det frivillige foreningsliv (19-21).

Der er mange forskellige samarbejder og projekter etableret i Center for Borger og Branding. I det følgende beskriver vi to af disse samarbejder nærmere. Det første samarbejdsprojekt er Business Lolland-Falster og det andet Guldborgsund Borgerservice.

### 3.3.1 Business Lolland-Falster og *Én indgang*

Lolland og Business Lolland-Falster har indgået en Dialogaftale for 2013 omkring realiseringen af Kommunens erhvervs- og turismepolitik. Derudover har de en række konkrete samarbejdsopgaver, som bygger på kontrakt og/eller kontakt (22):

- Markedsføring vedrørende erhverv, turisme og bosætning
- Lokal erhvervsservice
- Én indgang, virksomhedsetableringer
- Udvikling af modtagerapparat for turister
- Inforskærme
- SB OFFER (EU Interreg projekt) – elektronisk passagerinformationssystem Nykøbing F/ Gedser-Rostock
- Den maritime turisme

Nogle samarbejdsopgaver er tidsbegrænsede såsom inforskærme og elektronisk passagerinformationssystem. Andre opgaver hviler mere eller mindre på den ene part, fx markedsføring vedrørende erhverv, turisme og bosætning, der er defineret som Business Lolland-Falsters opgave.

Samarbejdet omkring "Én indgang" til virksomheder, der ønsker at etablere sig eller udvide i Guldborgsund Kommune, beskriver vi lidt mere indgående, da det er et eksempel på et løbende samarbejde, hvor kommunerne har forsøgt at styrke samarbejdet.

Målsætningen med *Én indgang* er at skabe en kultur, hvor der samarbejdes på tværs af områderne, arbejdes mere effektivt, og hvor der tænkes i muligheder, servicemindedhed, helhed og udvikling. Erhvervslivet skal qua Business Lolland-Falster opleve de to kommuner som hurtigt og kompetent agerende og derfor finde det attraktivt at etablere virksomhed i landsdelen. Lolland Kommune, Falster Kommune, Guldborgsund Kommune og Business Lolland-Falster etablerede *Én indgang* i 2013. Med *Én indgang* overdrager Guldborgsund Kommune ansvaret for tiltrækning af virksomheder og investorer til Business Lolland-Falster. Business Lolland-Falster håndterer henvendelser om virksomhedsetablering, investering eller virksomhedsudvidelse for kommunerne. Inden for 24 timer efter en henvendelse skal Business Lolland-Falster indkalde til et møde, der skal afholdes senest 72 timer efter den første henvendelse. Hvor projektet før kun vedrørte større virksomheder, vedrører det efter 2013 alle virksomheder. Samarbejdet er yderligere styrket gennem hyppigere erhvervskoordineringsmøder med deltagere fra en bredere del af den kommunale organisation.

#### **Incitament**

Business Lolland-Falster er en forening, der arbejder for at skabe de bedste rammer for at drive virksomhed i landsdelen. Foreningen er delvist finansieret af medlemsindtægter. Alle virksomheder er potentielle medlemmer af foreningen, hvorfor foreningen har økonomiske interesser i at tiltrække virksomheder. Business Lolland-Falsters motivation for samarbejdet med kommunerne er også økonomisk motiveret, da Lolland Kommune og Guldborgsund Kommune delvist finansierer Business Lolland-Falster. Flere projekter fra EU er relevante for samarbejdet. En medarbejder fra Business Lolland-Falster nævner bl.a., at EU's projekter omkring egnsudvikling og fiskeri er relevant for kommunen og Business Lolland Falster i forbindelse med bestræbelser på at gøre havnen mere attraktiv og dermed tiltrække såvel erhvervsliv, turister som beboere.

Det ideologiske incitament for, at Lolland og Guldborgsund Kommuner indgår i samarbejdet, er at brande kommunerne som erhvervsvenlige og serviceorienterede. Den politiske målsætning



er, at kommunerne skal være attraktive samarbejdspartnere for erhvervslivet med hurtig sagsbehandling af høj kvalitet. Det kan skabe vækst og udvikling i landsdelen og sikre flere arbejdspladser, hvilket er en del af Guldborgsund Kommunes vision for 2020: "Guldborgsund Kommune – en befolkning i vækst og udvikling". Økonomisk vækst og flere i arbejde vil også lette trykket på kommunekassen. Dermed er der for kommunerne også et økonomisk incitament i samarbejdet.

En ansat fra Center for Borger og Branding med erhvervslivet som arbejdsområdet fortæller, at centret både påvirkes af de lokale politikere, Dansk Industri og det lokale erhvervslivs ønsker.

*Vi har tilbagevendende møder eller workshops med 70-80 indbudte. Vi melder bredt ud og forsøger at tiltrække de rigtige. Ved sidste møde kom de lokale erhvervsaktører med forslag om branding, bosætningsmuligheder for medarbejdere, uddannelsesinstitutioner. Der var også nogle, som efterspurgte mere outsourcing af opgaver. Men disse forslag hænger også sammen med det politiske, bl.a. i forhold til infrastruktur. Vi arbejder også på at forbedre infrastrukturen i forhold til både hav og land.*

Den samme person forklarer, hvordan centret inddrager lokale aktører:

*Det er svært at drible selv, så svaret på, hvordan vi inddrager lokale, er dialog, dialog, dialog. Kommunerne sætter oftest rammerne, og så skal vi have dem til at drible med bolden selv. Top-down er godt til nogle ting, og det findes bl.a. med nogle tiltag fra EU og med nogle tiltag fra den danske stat. Men i de fleste andre tilfælde arbejder man med de eksisterende organisationer og forsøger at få dem på banen.*

Dette partnerskab eksemplificer et samarbejde med meget konkrete aftaler omkring myndigheders møde med virksomheder, hvilket sandsynligvis medvirker til et velfungerende samarbejde. Bevægelsen mod tættere samarbejde antyder, at samarbejdet er en succes.

### 3.3.2 Guldborgsund Borgerservice

Borgerservice hører også til under Center for Borger og Branding. Borgerservice er borgernes primære adgang til Guldborgsund Kommune. Borgerservice varetager opgaver orienteret mod ændringer i borgernes livssituation, fx ændring i familiestatus, boligsituation, arbejdsforhold og alderdom. Opgaveløsningen varetages enten af Borgerservice selv eller i samarbejde med andre offentlige myndigheder. Borgere kan få adgang til Borgerservice digitalt, telefonisk, skriftligt og/eller ved personligt fremmøde. Borgerservice effektiviserer ved at undgå, at borgerne kontakter kommunen på måder, hvor der er behov for personale (telefon, skrift eller personlig betjening) og fremmer, at borgerne benytter den billigere digitale selvbetjening. En udfordring ved at øge borgernes brug af digital selvbetjening består i at gøre borgerne digitalt parate. Borgerne skal introduceres og instrueres i at henvende sig digitalt. Det sker bl.a. gennem kampanjer og begrebet "medbetjening", hvor borgere, som henvender sig personligt, får hjælp til selv at klare ærindet (21,23-26). I kommunens håndtering af borgernes omstilling til digital service finder man således et element af samskabelse, der er et begreb i forenings- og offentligt arbejde for den situation, hvor borgere selv deltager i at producere deres egen ydelse.

#### **Partnerskab**

Nogle borgere har brug for hjælp til at blive selvhjulpne på det digitale område. Guldborgsund Kommune arbejder derfor sammen med Guldborgsund Frivilligcenter om opgaven med at gøre borgerne digitalt parate. Kommunen bidrager med orienteringsmøder og information til frivillige it-hjælpere om NemID, kommunens hjemmesider, digital post og andre online selvbetjenings-

løsninger. I 2012 var ca. 60 frivillige under Guldborgsund Frivilligcenter uddannet til at hjælpe borgerne med at blive digitalt parate.

I Guldborgsunds frivilligpolitik nævnes Guldborgsund Frivilligcenter som hovedindgangen til kommunens frivillige sociale arbejde. Kommunen betragter Frivilligcentrets bestyrelse som en naturlig høringspart i udvikling, implementering og evaluering af frivilligpolitikken. I samarbejde med Frivilligcentret ønsker kommunen bl.a. at udvikle samarbejdsformer, som sikrer en bedre sammenhæng mellem de frivillige og kommunale tilbud. Bindeleddet mellem de to instanser sikres bl.a. ved, at formanden for social- og sundhedsudvalget samt en kommunal kontaktperson udpeges som tilforordnede i Guldborgsund Frivilligcenters bestyrelse.

### **Incitamenter**

Borgerservice har økonomiske interesser i at få Guldborgsund Frivilligcenter til at tage sig af den omkostningsfulde instruktion af borgeres digitale kontakt. For Frivilligcentret er der også økonomiske incitamenter til indgåelsen af partnerskabet, idet centret er økonomisk støttet af Guldborgsund Kommune og Socialministeriet. Der er også lovgivningsmæssige incitamenter til samarbejdet, idet Borgerservice følger Digitaliseringsstyrelsens direktiver, som bl.a. udformes i de såkaldte "Bølgeplaner". En ansat siger:

*Hvert år kommer der en ny Bølgeplan fra Digitaliseringsstyrelsen, hvor nye digitale mål bliver fastlagt. Det er hårde målinger af den procentvise fordeling af papir og digital.*

Partnerskabet er et eksempel på et samarbejde mellem kommune og civilsamfund, hvor frivillige kan aflaste og frigøre ressourcer i de økonomisk trængte kommuner. Samtidig styrker partnerskabet fællesskaber mellem borgere og mellem borgere og kommune. Endelig udøver de frivillige en social indsats over for de borgere, der har vanskeligt ved at følge med udviklingen i den digitale kontakt med de offentlige myndigheder.

## **3.4 FrivilligCenter Lolland**

FrivilligCenter Lolland er en selvstændig forening med ca. 80 forskellige frivillige medlemsforeninger. Centrets formål er at udvikle og synliggøre det frivillige sociale arbejde på Lolland. Frivilligcentrets funktion er at gøre det lettere for borgerne at udføre frivilligt arbejde i Lolland samt vejlede borgere i at finde en forening, der kan hjælpe dem. Derudover hjælper Frivilligcentret foreninger med projektopstart, hvervning m.m. og samarbejder med offentlige institutioner og rådgiver virksomheder om socialt virksomhedsansvar (27).

### **Partnerskab**

FrivilligCenter Lolland har et særligt tæt samarbejde med Lolland Kommune, og centret har til huse i Maribo Sundhedscenter, som drives af Lolland Kommune. Frivilligcentret blev stiftet i 2007 og udsprang af nogle ideer, som en gruppe frivillige og repræsentanter fra Lolland Kommune i fællesskab havde arbejdet på. Der blev ved stiftelsen indgået en samarbejdsaftale for at sikre et godt og nært samarbejde (28). Frivilligcentret nævner på deres hjemmeside, at en samarbejdsaftale medvirker til at holde fokus på samarbejdet. Det nævnes også, at det er vigtigt at gøre sig klart, hvad formålet med samarbejdet er samt have klare aftaler om rollefordelingen.

I samarbejdsaftalen forpligter Lolland Kommune sig til at udpege en politiker til FrivilligCenter Lollands bestyrelse, samt en medarbejder der er centrets primære kontaktperson i kommunen (28). FrivilligCenter Lolland forpligtiger sig til at facilitere samarbejdet mellem Lolland Kommune og de frivillige foreninger samt udgive en foreningsoversigt med et samlet overblik over

frivillige tilbud i kommunen. Parterne forpligter sig endvidere til vidensdeling og medinddragelse. Kommunen inddrager FrivilligCenter Lollands bestyrelse i relevante beslutninger, og centret bidrager med sine synspunkter på problemstillinger i det frivillige foreningsliv. Partnerne forpligter sig også til en årlig dialogdag mellem Lolland Kommune og de frivillige. Partnerne udvælger et tema og drøfter behovet for udvikling og samarbejde. FrivilligCenter Lolland står for det praktiske omkring planlægning og afholdelse af dialogdagen, mens Lolland Kommune dækker de økonomiske udgifter.

FrivilligCenter Lolland har desuden samarbejdet med Lolland Kommunes ældresektor og ældre-rådet om at arrangere en række debataftener om aktivt ældreliv og frivillighed, der har fundet sted i kommunens seks aktivitets- og træningscentre (29).

I Lolland Kommunes frivillighedspolitik er beskrevet, at der er et godt samarbejde mellem Lolland Kommune, Frivilligcentrets medarbejdere og bestyrelse, som er med til at fastholde og udvikle interesse og engagement i det frivillige sociale arbejde i Lolland Kommune. På deres hjemmeside tilkendegiver FrivilligCenter Lolland også, at de ikke ville have haft den succes, de har i dag, uden støtten fra social- og psykiatrisektoren i Lolland Kommune.

### **Incitament**

Lolland Kommunes indgåelse i et partnerskab med FrivilligCenter Lolland kan først og fremmest betragtes ud fra et lovgivningsmæssigt incitament, idet kommunen i henhold til Lov om social service § 18 er forpligtet til at samarbejde med de frivillige foreninger og uddele økonomisk støtte til frivilligt socialt arbejde. I den forbindelse er samarbejdet med FrivilligCenter Lolland oplagt, fordi kommunen har været en del af centrets stiftelse og drift. Lolland Kommune har desuden et ideologisk incitament til samarbejdet, fordi de har en målsætning om at skabe de bedste muligheder for frivilligt arbejde i kommunen og nævner i den forbindelse, at de prioriterer støtten til FrivilligCenter Lolland højt, fordi centret er med til at give borgere i kommunen en nem indgang til det frivillige arbejde. Fra Frivilligcentrets side nævnes dog vigtigheden af en balance, hvor der ikke lægges for meget på deres skuldre.

For FrivilligCenter Lolland er der et økonomisk incitament i at indgå i et samarbejde med Lolland Kommune. Kommunen støtter centret økonomisk med ca. 600.000 kr. årligt, mens Socialministeriet finansierer 350.000 årligt. Lolland Kommune har desuden garanteret en fuld finansiering af centret, såfremt der ikke kan opnås støtte fra staten.

En informant fortæller, at drivkraften for de frivillige er ønsket om at gøre noget for lokalområdet samt de bekendtskaber, som opstår under arbejdet. Synlig påskyndelse er særlig vigtig, fx kan frivillige – gennem at få en særlig vest – vise lokalområdet, at de arbejder for fællesskabet.

Casen er et eksempel på en samarbejdsaftale, hvor begge parter eksplicit beskriver nødvendigheden af en klar rollefordeling og formål med samarbejdet. Aftalen er en formel aftale med forpligtende underskrifter, hvor det redegøres eksplicit for, hvad der forventes af de enkelte parter, og hvad deres forpligtelser er.

## 4 Udfordringer for partnerskab

På baggrund af interviews samt ovenstående cases har vi identificeret nogle forhold, som kan hæmme eller fremme partnerskaber i *Broen til bedre sundhed*. Vi har samlet forholdene under følgende overskrifter:

- Samspil mellem de eksisterende organisationer og de nye initiativer under *Broen til bedre sundhed*
- Koordinering mellem partnerne under *Broen til bedre sundhed*
- Samskabelse

De identificerede forhold angår nogle, men ikke nødvendigvis alle, partnere i *Broen til bedre sundhed*.

### 4.1 Samspil mellem de eksisterende organisationer og de nye initiativer under Broen til bedre sundhed

Informanterne udtrykker bred enighed om, at der er behov for det, som en organisation som *Broen til bedre sundhed* tilbyder. *Broen til bedre sundhed* tilbyder økonomiske midler, hvilket der er stort behov for i Guldborgsund og Lolland Kommuner. *Broen til bedre sundhed* tilbyder også en anderledes og på nogle måder mere smidig organisation i forhold til specifikke problemstillinger. Nogle ser her bedre muligheder for at nå nogle udsatte borgere; andre ser muligheder for at styrke forebyggelse på lang sigt. Flere ser imidlertid også udfordringer i at få de kortsigtede og langsigtede målsætninger til at hænge sammen.

En kommunal informant giver udtryk for, at *Broen til bedre sundhed* kan fokusere bedre på nogle problemer, end de eksisterende kommunale organisationer kan:

*Interviewer: Ville det ikke være lettere og bedre, hvis kommunen fik pengene (fra projekter under Broen til bedre sundhed) og udførte arbejdet uden Regionens medvirken?*

*Kommunal aktør: Nej! Det er befriende, at Broen ikke syltes ind i sundhedsaftalerne. Dermed slipper man for at skulle tage højde for hele regionen. Vi kan nøjes med at se på de lokale forhold. Det vigtigste er at mødes og lave aftaler. Vi skal lave noget, der ligner kronikerprogrammet, hvor de forskellige aktører får en klart defineret rolle i forhold til hinanden. Vi skal nedsætte strategiråd bestående af fem-seks mennesker – ikke flere – som kan inddrage de lokale handlende osv.*

Den kommunale aktør beskriver her, hvordan *Broen til bedre sundhed* kan frisætte energi og få udrettet noget, fordi arbejdet under *Broen* kan fokusere mere direkte på bestemte problemstillinger og dermed slippe udenom nogle af de tungere forretningsgange. Samtidig understreges behovet for alt sikre, at der er sammenhæng mellem de eksisterende organisationers arbejde og arbejdet udført under *Broen til bedre sundhed*.

En konsulent fra et privat firma, der arbejder med udsatte borgere, mener at *Broen til bedre sundhed* giver mulighed for en mere empatisk tilgang til borgerne. Hvor det kommunale system er bygget op omkring kontrol, kan projekter under *Broen til bedre sundhed* i højere grad tage udgangspunkt i de udsatte borgere. Ifølge konsulenten er sådan et perspektiv nødvendigt for at nå visse borgere:

*Man skal forstå, at disse borgere har negative oplevelser med de offentlige indsatser, hvad enten de har været gode indsatser eller ej. De har følelsen af ikke at blive forstået og anerkendt. Når der skabes tillidsfuld kontakt, så kan man bidrage til at frigøre de ressourcer, som borgerne har.*

*Broen til bedre sundhed* kan således ifølge denne informant skabe anderledes og bedre kontakt mellem myndigheder og nogle udsatte borgere. Årsagen er igen den anderledes organisering. Men her består det anderledes i, at *Broen til bedre sundhed* er en mindre kontrollerende organisation, og det kan styrke nogle borgeres tillid.

En kommunal informant priser *Broen til bedre sundheds* fokus på lighed, forebyggelse og et langsigtet perspektiv. Han fortæller, at han har forsøgt at overbevise sine kommunale ledere om, at de skal investere de nødvendige midler i *Broen til bedre sundhed*:

*Vi har ikke har råd til at lade være med at gå aktivt ind i Broen til bedre sundhed. Kommunen skal investere ressourcerne, således at dette her kan blive virkeliggjort. Men de (lederne) var ikke ret interesserede. De vil ikke tage den risiko og investere det nødvendige. Driften er helt sikkert udfordret og vil have vanskeligt ved at undvære de ressourcer, som det vil kræve fra dem, hvis vi skal gå helhjertet ind i samarbejdet. Men hvis vi ikke gør det, kommer driften på længere sigt først for alvor til at mangle.*

Den kommunale informant hævder således, at der kan være en modsætning mellem kommunens daglige drift og de langsigtede perspektiver i *Broen til bedre sundhed*. Hvor han selv opfatter *Broen til bedre sundhed* som en mulighed for nødvendige langsigtede investeringer i forbedringer af forhold for lokalbefolkningen, ser hans ledere angiveligt mere *Broen til bedre sundhed* som en sikkert kortsigtet udgift, som vil ramme den allerede hårdt pressede daglige drift for hårdt.

En kommunal leder siger i tråd hermed:

*Broens projekter – de store af dem – giver "kun" fordele på lang sigt. Derimod er der ikke meget at hente i dem på kort sigt – tværtimod, måske. Nogle af de mindre projekter giver dog måske nogle incitamenten til nogle aktører på kortere sigt.*

Når denne kommunale leder er temmelig begejstret over *Broen til bedre sundhed*, skyldes det primært, at projektet tilfører kommunerne penge, samt at det vil styrke kommunernes langsigtede planlægning:

*Politikere har forskellige programmer og fortaber sig ofte i enkeltsager. Derfor er det vores opgave som embedsmænd at holde politikerne fast på den retning, vi går i. Dette projekt vil udstikke en kurs i forhold til forebyggelse, og den kurs vil holde politikerne fast.*

#### 4.1.1 Inddragelse

Kommunale aktører, som har til opgave at organisere forhold relateret til sundhed i henholdsvis Guldborgsund og Lolland Kommuner, giver udtryk for, at kommunerne ikke er blevet godt nok inddraget i de projekter, som sekretariatet for *Broen til bedre sundhed* har igangsat. I forlængelse af denne kritik peger de på manglende samspil mellem de eksisterende organiseringer af områderne og de tiltag, som skal implementeres under *Broen til bedre sundhed*. Herunder indgår en kritik af, at man ikke fuldt ud har identificeret indsatser, som ikke allerede udføres af andre.

En kommunal aktør siger:

*Udgangspunktet var, at regionen kom og sagde, at der var særlige problemer i de to kommuner. Det er rigtigt nok set, men man skal passe på ikke at tage beslutningerne hen over hovedet på kommunerne, idet initiativerne skal give mening og forankres lokalt i anerkendelse af det kommunale selvstyre og de kommunale kompetencer.*

Den regionale partner roses for at have identificeret nogle problematiske forhold i kommunerne og for at ville hjælpe med at løse disse forhold. Men da kommunerne ikke bliver inddraget, er der stor risiko for, at initiativerne ikke giver mening lokalt, hvor kommunerne igennem flere år har arbejdet med problemstillingerne.

*Vi har nemlig siden kommunalreformen i 2007 arbejdet på forskellige forebyggelsestiltag, hvoraf folkeskolen er et område. Vi har set på rygestop, motion og kost. Men i deres projekt vil de se på 'socialt belastede', hvilket er en anden vinkling, som ikke passer med vores.*

Ifølge den kommunale aktør har sekretariatet for *Broen til bedre sundhed* ikke gennemtænkt de allerede eksisterende aftaler og opgaveløsninger, som kommunernes aktiviteter retter sig efter. Derimod har de indført et nyt sæt af definitioner, målsætninger og aftaler, hvilket ikke nødvendigvis passer godt ind i den lokale kontekst. Den kommunale partner fortæller om samarbejdet mellem Sundhedsministeriet og kommunerne omkring forebyggelse. Arbejdet er mundt ud i forebyggelsestiltagene. For at kunne realisere planerne udnytter man afprøvede metoder, og de fordeler opgaverne til de relevante aktører, herunder kommunerne og skolerne. Kommunerne skal bl.a. implementere forebyggelsestiltagene, og de skal dokumentere, at de opnår de fastsatte mål. Den kommunale aktørs fortælling viser således, at de eksisterende regler bliver anvendt til at koordinere ensartet og effektiv opgaveløsning. Den kommunale aktør bliver derfor frustreret, når *Broen til bedre sundhed* lægger et anderledes snit på problemerne, fordi dette snit ikke umiddelbart understøtter det allerede eksisterende arbejde på området. *Broens* ressourcer og arbejde risikerer derfor at skabe mere forvirring end fremdrift. Den samme kommunale aktør siger:

*De regionalt ansatte projektledere er gået udenom kommunerne og har henvendt sig direkte til folk i marken. Det har skabt virvar og stor uklarhed. Folk i marken har fået meget forskellige oplysninger og har slet ikke kunnet forstå, hvordan tingene hænger sammen. Man har ringet til mig og spurgt, om 'hvad det der med Broen er for noget', og jeg har ikke kunnet svare.*

De kommunale aktører giver også udtryk for, at de regionale aktører under *Broen til bedre sundhed* indtager en overlegen attitude, som passer dårligt i et partnerskab. En kommunal aktør siger således under et møde til en regional aktør:

*I skal sørge for at få afdelingen for Børn og Unge med, ellers bliver det sådan noget storebror-noget.*

#### 4.1.2 Kritik af (incitaments)strukturer

De regionale informanter fortæller også om udfordringer omkring samarbejdet, men deres fortællinger fokuserer oftere på generelle problemer med den eksisterende incitamentsstruktur. Et eksempel kommer her fra en regional informant, der arbejder i sundhedssektoren:

*Målgruppen af mennesker med forskellige problemstillinger på vores afdeling har brug for en helhedstænkning og indsatser, der spiller sammen. Det kræver samar-*

*bejde mellem forskellige faggrupper på tværs af opdelinger i sektorer, herunder også arbejdsmarkedet. Det kan være svært, og vi har ikke i dag et samarbejde, der glider og spiller godt nok sammen omkring den enkelte borger. Det må derfor være perspektivet for fremtiden: at få opbygget et glidende samarbejde, hvor man orienterer sig mod det fælles mål, at det skal gå patienterne godt. Det må således være et fælles incitament at skabe samarbejde, der skaber resultater for borgerne.*

Informanten understreger således, at der er behov for forbedret organisering på tværs af de eksisterende organisationer. Det ligger fint i forlængelse af programmet for *Broen til bedre sundhed*. Et af de eksempler, som flere informanter anvender til at anskueliggøre problemstillingen, er multisygdomme. En læge siger eksempelvis:

*Multisygdomme vil stille systemerne over for store udfordringer, der kun kan findes løsninger på i tværgående samarbejder.*

Lægen lægger således også op til, at det tværgående samarbejde skal udvikles. Identifikationen af, at ændringer i sygdomsmønstre, befolkningens levealder og lignende skal modsvares af organisatoriske ændringer m.m. eller anderledes samarbejde på tværs af etablerede organisationer, genfinder man i både statslige (30), regionale (31,32), kommunale (6) og fælles rapporter (7,33,34). Der er således godt belæg for at udpege disse problemer i forbindelse med samarbejde.

Nogle af de regionale informanter udtrykker ønske om ændringer i det tværgående samarbejde skarpere. En regional informant hævder eksempelvis, at incitamentsstrukturerne understøtter suboptimering, og kalder dette for et

*... siloproblem, fordi strukturerne er vertikale i stedet for horisontale.*

Det vertikale og siloagtige skal her forstås som de eksisterende organiseringer af opgaver og løsninger, som kun løser bestemte udvalgte problemer (nemlig dem, som ligger der, hvor siloen rammer jorden). Borgernes oplevelser og problemer beskrives derimod som horisontale. De vertikale siloer har kun kontakt med nogle af de horisontale områder, og derfor er organiseringen ikke smidig i forhold til borgernes problemstillinger. Den regionale informant siger:

*Hvem italesætter, at den horisontale tænkning bør erstatte den vertikale?*

– og eksemplificerer med manglende motion i skolerne:

*Børnene skal have 6 timers motion om ugen. Det kunne de let få, hvis blot de voksne cyklede og lavede andre fysiske aktiviteter med børnene mellem timerne. Lærernes fokus på regler og 'det plejer vi ikke at gøre' bevirker, at de ikke ser de eksisterende muligheder for at bevæge sig med børnene. Deres snævre fokus på økonomiske incitamenter hindrer dem i at gøre det, de egentligt kunne gøre, hvis de bare fokuserede på deres kerneopgaver. Man kan således åbne op for store, ubrugte ressourcer, hvis vi blot undlod at stirre os blinde på de økonomiske incitamenter og mere fokuserede på at udføre vores egentlige kerneopgaver.*

Den regionale aktør fremdrager her nogle forhold, som ikke bliver adresseret i den eksisterende organisation, og som aktøren mener relativt let kunne blive adresseret, hvis blot man fokuserede rigtigt.

Sådan en bredt formuleret kritik af helt grundlæggende forhold kan skabe enighed mellem partnere, der skal indgå i samarbejde med hinanden på tværs af eksisterende organisationer. I den forstand kan udtalelser som disse styrke partnerskaber.

Men hvis partnere oplever, at den bredt formulerede kritik er rettet mod dem, kan udtalelserne blive en barriere for samarbejdet. En regional informant anvender således en lignende generel incitamentskritik i forbindelse med diskussion af psykoseteams. Ifølge denne regionale informant har organisationerne i forhold til Psykoseteam haft vanskeligt at fastholde fokus på borgernes problemer, som bedst ville kunne løses i samarbejde mellem regioner og kommune. I stedet har organisationerne fokuseret snævert på de økonomiske incitamenter, hævder informanten. Denne drejning af incitamentskritikken får en skarp kant, når man betænker konteksten for samarbejdet. Som beskrevet i case-kapitlet ønskede regionerne, men ikke kommunen, Psykoseteams fortsat. Kommunen anfører bl.a., at Psykoseteam giver borgerne uensartet kvalitet, at kommunen qua Psykoseteam mister overblik over området, og at Psykoseteam er for dyr. Regionerne mener derimod, at Psykoseteam giver kvalitet. Når den regionale informant hævder, at borgernes problemer bedst løses i fællesskab mellem kommune og region, tager informanten regionernes parti. Dermed bliver kritikken af incitamentsstrukturen rettet mod kommunen, som altså indirekte hævdes at sætte økonomiske hensyn før hensyn til borgere. Det generelle argument får således en brod mod den tidligere – og forhåbentligt fremtidige – samarbejdspartner.

## 4.2 Udfordringer med koordinering

Vi har identificeret to udfordringer i forbindelse med koordinering af indsatserne. Den første angår koordinering internt i organisationerne, hvor de udførende og de strategiske lag kan risikere at trække i forskellige retninger. Den anden angår kommunikation: Hvor nogle foretrækker personligt kendskab til partnere, ønsker andre at formalisere relationer.

### **Incitamenter på forskellige niveauer i organisationerne**

Incitamenterne til at indgå partnerskab kan virke uens på forskellige niveauer i en organisation. Nogle niveauer af en organisation kan være påvirkede af en type incitamenter, som ikke umiddelbart påvirker andre dele af organisationen. Det kan skabe situationer med uklarhed om organisationens intentioner og engagement i forhold til partnerskaber. *Sund uddannelse* eksemplificerer denne problemstilling.

Som beskrevet i case-kapitlet var Lolland Kommune længe usikker på, om de ville medvirke i *Sund uddannelse*. Nogle af de inviterede skoler nåede at fortælle sekretariatet for *Broen til bedre sundhed*, at de ikke ville medvirke i *Sund uddannelse*, før kommunens ledelse fik grebet ind og sikret, at partnerskabet blev realiseret.

En kommunal leder forklarer, at problemerne med samarbejdet mellem skolerne og *Sund uddannelse* byggede på

*... et klassisk dilemma mellem strategisk niveau og operationelt niveau i en større organisation. Aktørerne på det operationelle niveau har ikke nødvendigvis tilstrækkelig viden og kan have vanskeligt ved at se de overordnede begrundelser og incitamenter til at deltage i projektet. For eksempel gælder dette for skolelederne her.*

De kommunale ledere er involveret i og vidende om den langsigtede strategiske planlægning og de økonomiske forhold, hvilket aktørerne på det operationelle niveau ikke nødvendigvis er. Medarbejdernes handlinger påvirkes således ikke direkte af det faktum, som den kommunale leder hæfter sig ved, nemlig at *Broen til bedre sundhed* giver kommunen et tiltrængt økonomisk og kvalitetsmæssigt løft, samtidig med at det kan stabilisere kommunens forebyggelsesstrategi. De økonomiske og ideologiske incitamenter virker således stærkt på den ledende kommunale aktørs motivation. Medarbejderne på det operationelle niveau er derimod optaget af at sikre sig, at projektet har opbakning fra de relevante aktører. I dette tilfælde er de relevante aktører de daglige ledere i kommunen, som er bekymrede for, om partnerskabet skal



koste for meget for den daglige drift, samt for de kommunale organisationer – skolerne. Resultatet af den manglende koordinering er, at partnerskabet får en dårligere start, end det kunne have fået.

Eksemplet er måske ekstremt, da den kommunale leder fortæller, at det er yderst sjældent, at han er nødt til at handle så direkte magtfuldt, som han gjorde her:

*Jeg trak det røde kort, og det kan jeg kun gøre ganske få gange og i særlige tilfælde.*

Det, som i dette tilfælde hæmmer de økonomiske og ideologiske incitamenter i at få deres fulde virkning, ser således ud til at være relateret til interne forhold i den ene organisation snarere end til relationer mellem organisationerne. Sat på spidsen: Man kan forstærke de økonomiske incitamenter til samarbejde og partnerskaber mellem skolerne og *Broen til bedre sundhed*, men det vil ikke have nogen effekt, hvis man ikke får formidlet tilstrækkelig viden og skabt gennemskuelige forbindelser mellem strategisk og operationelt niveau i hver af de medvirkende organisationer.

### **Formaliserede eller uformelle partnerskaber**

Partnerskab kan defineres præcist og fastsættes kontraktligt. Flere af de partnerskaber, som informanterne omtaler, er imidlertid ikke præcist defineret. Det kan skyldes, at partnerskaberne endnu ikke er blevet klart defineret. Det kan også skyldes, at partnerskaberne er af en type, som ikke skal eller vil blive entydigt defineret. Informanterne taler således om partnerskaber som størrelser, der går på tværs af eksisterende organisatoriske opdelinger, men som ikke nødvendigvis er formaliseret kontraktligt. Der er tydelige forskelle mellem informanterne angående dette. Hvor nogle ønsker, at flere og stærkere uformelle relationer skal danne baggrund for forbedret partnerskab, ønsker andre at formalisere relationerne.

En regional aktør forslår, at:

*... ansatte fra forskellige organisationer filtrerer hinanden med hinanden for at forbedre kendskab og gensidighed. For eksempel kunne der med fordel være en psykiater fra regionen i den kommunale visitation. Der kunne etableres ordninger for jobrotation.*

En anden regional aktør nævner, at man i det kommunale lægelige udvalg er begyndt at kende hinanden bedre:

Vi begynder så småt at sige 'vi'.

Kendskabet til hinanden har medført, at de kan udføre ting, de ikke kunne før.

En kommunal aktør fortæller i tråd med dette om et givende personligt møde med alment praktiserende læger. Gennem mødet lykkedes det at overvinde flere fordomme, som de to parter havde om hinandens arbejdsopgaver, hvorefter de kunne arbejde bedre sammen. Ovenstående udtalelser handler således om, at partnerne ønsker at udvikle og styrke partnerskaberne gennem øget kendskab til de andre partnere og partnernes opfattelser af de fælles opgaver.

Andre aktører er imidlertid mindre interesserede i at lære deres partnere at kende og mere interesserede i at formalisere kontaktfladerne mellem partnerne. En læge bliver i interview spurgt om, han har mere uformelle kontakter med nogle samarbejdspartnere. Lægen svarer:

*Vi skal sikre os, at kommunikationen er god. Det formelle system fanger det meste. Men vi har ingen elektronisk kommunikation med kommunen, og det er en stor mangel. Det føles som et tilbageskridt at skulle sidde og nusse med papir til dem.*

*Det medfører også, at der mangler dokumentation af, hvad der er gjort. Det ligger der jo, når man bruger elektroniske formularer.*

Intervieweren spørger så, om lægen bruger telefon i kontakt med kommunen. Lægen svarer:

*Det gør jeg sjældent. De er sikkert midt i noget, når jeg vil have fat i dem. Asynkron kommunikation er bedre, fx mail.*

Ud over at lægen her undsiger den personlige kommunikation, som den kommunalt ansatte priser, kan man også lægge mærke til, at lægen forsøger at skabe et formelt kommunikationssystem, ikke et uformelt. Forskellige partnere ser altså ud til at have forskellige behov i forhold til de måder, man kommunikerer med sine partnere på.

### 4.3 Samskabelse

Samskabelse forstår vi som en form for samarbejde mellem borgere og organisationer, hvor borgerne i højere grad end ellers er med til at definere og løse problemer og opgaver. Borgerne har i samskabelse et særligt kendskab og ejerskab til problemer, opgaver og mulige løsninger.

Casene med Center for Borger og Branding, Borgerservice Guldborgsund og FrivilligCenter Lolland viser, at kommunerne har stor erfaring med at inddrage borgere og facilitere borgerinddragelse. Vores indtryk er, at kommunerne ofte arbejder med samskabelse eller med samarbejde, som ligger tæt på samskabelse.

De to resterende cases, Sund uddannelse og Psykoseteam, er eksempler på partnerskaber mellem region og kommune. I de cases spiller samskabelse en mindre central rolle. I *Sund uddannelse* kan det diskuteres, om der i det hele taget er tale om samskabelse. I *Sund uddannelse* var der endvidere i en periode under opstarten af projektet problemer med at få engageret skolerne, som er de aktører, der er tættest på borgerne, og som altså er dem, der skal udføre det arbejde, som bedst kan karakteriseres som samskabelse. I Psykoseteam ser det ud til, at region og kommune har forskellige faglige og/eller økonomiske målsætninger, hvorfor partnerskab og samskabelse opløses.

#### 4.3.1 Partnerskab som hindring for samskabelse

De regionale aktører ser i nogle tilfælde ud til at opleve kommunerne som en hindring for adgang til samskabelse med borgerne. Anderledes sagt ser region og kommuner ud til at konkurrere om retten til adgang til borgerne.

Under et interview fortæller en regional aktør om de forskellige partnere, der er for *Broen til bedre sundhed*. Hun slutter af med borgerne:

*Så er der befolkningen, som vi meget gerne vil have med. Kommunerne repræsenterer befolkningen, men hvis vi ikke skal gå over kommunen, er det lidt uklart, hvordan vi får fat i befolkningen.*

*Intervieweren: Kommunen har jo adgang til de lokale netværk.*

*Regional aktør: Ja. Men der er risiko for, at det bliver bygget på enkeltsager og ildsjæle. Det kan skævvride tingene.*

Det er her værd at lægge mærke til, at kommunerne beskrives som dem, der naturligt har den tætte kontakt med borgerne. Men derefter affærdiges denne tætte kontakt som en slags fejlkil-

de. Kommunens kontakt med borgerne fremstilles således som for tæt og dermed i for høj grad båret af aktører, som angiveligt ikke repræsenterer de "rigtige borgere".

Det kan dermed se ud til, at nogle regionale aktører oplever, at de skal konkurrere med kommunerne om retten til at kunne etablere samskabelse med borgerne.

## 5 anbefalinger

Det anbefales, at partnerskaber indledes tidligt. Partnerskaber skal helst indledes inden projektet er blevet fuldt udviklet. Formålet med at indlede partnerskaber tidligt er, 1) at partnere kan påvirke projektet, så det kommer til at passe med partneres ansvarsområder og arbejdstilrettelæggelse, og 2) at partnere får ejerskab til projektet.

Det anbefales, at sekretariatet for *Broen til bedre sundhed* kortlægger interessenterne inden for de områder, der skal oprettes projekter for. Kortlægningen skal ske, inden et projekt går i gang.

Det anbefales, at styregruppen for *Broen til bedre sundhed* i samarbejde med de relevante partnere opretter arbejdsgrupper inden for de forskellige projektområder. Arbejdsgrupperne skal 1) inddrage interessenter, 2) tage højde for og udnytte partneres ressourcer, 3) tage højde for partneres og interessenteres ansvarsområder og eksisterende arbejde, 4) kommunikere med *partneres* ledelser, 5) indbyde eksperter, 6) udvikle projekter og 7) ansøge om penge til projekter.

Det anbefales, at styregruppen for *Broen til bedre sundhed* – eventuelt i samarbejde med arbejdsgrupperne – sikrer, at nye projekter under *Broen til bedre sundhed* retter sig mod at løse arbejdsopgaver, som 1) ikke allerede løses af eksisterende organisationer, eller 2) supplerer de eksisterende organisationers arbejde med tilsvarende arbejdsopgaver.

Det anbefales at bestræbe sig på at formalisere aftaler mellem partnerne.

Rapporten viser, at incitamenter kun kan få effekt, hvis der er sammenhæng mellem ledelse og udførende led i de enkelte organisationer. Det anbefales, at organisationerne sikrer sammenhæng mellem de ledelsesmæssigt udformede strategiske planer og de udførende led. Alle medarbejdere – men især mellemledere – anbefales at sikre, at medarbejdere, frivillige og/eller borgernes engagement bliver udnyttet på måder, der bakker op om de strategiske planer.

Rapporten viser, at der i partnerskabet er nogle vanskeligheder med at udleve det *ligeværdige* samarbejde. I den forbindelse anbefales alle partnere i *Broen til bedre sundhed* at udvise forståelse for, at deres partnere kan have flere forskellige incitamenter til at handle, som de gør. Især skal man passe på med at tillægge partnerne økonomiske motiver. Beskriver man de af partneres dispositioner, som er i modstrid med ens egne ønsker, som begrundede i økonomiske hensyn, kan det opfattes som en beskyldning om, at partneren tilsidesætter kvalitet og hensyn til borgerne.

# Referencer

- (1) Region Sjælland. Programgrundlag – Broen til bedre sundhed. Notat. Sorø: Region Sjælland; 2013.
- (2) Region Sjælland. Broen til bedre sundhed – udviklingsprojekt Lolland-Falster. Notat. Sorø: Region Sjælland; 2012.
- (3) Region Sjælland. Broen. Tilgængelig på: [www.regionsjaelland.dk/broen](http://www.regionsjaelland.dk/broen). Accessed 14. marts, 2014.
- (4) ZealandDenmark. EU´s støtteprogrammer. Tilgængelig på: <http://www.zealanddenmark.eu/blog/kategori/eu-stotte/programmer/>. Accessed 14. marts, 2014.
- (5) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sundhedsloven, LBK nr 913 af 13/07/2010. Gældende. Tilgængelig på: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455>, 2014.
- (6) Kjellberg J, Kjellberg PK. Økonomiske incitamenter på det kommunale sundhedsområde. In: Pedersen BM, Rank Petersen S, editors. Det kommunale sundhedsvæsen. Kbh.: Hans Reitzel; 2014. p. 285-302.
- (7) Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet. Kbh.: Danske Regioner; 2013.
- (8) Dørken R. Takster i faste rammer: en analyse af takst- og økonomistyringen på sygehusområdet. Aarhus: KREVI; 2012.
- (9) Brogaard L, Helby Petersen O. Offentlige-private innovationspartnerskaber (OPI): evaluering af erfaringer med OPI på velfærdsområdet. Kbh.: KORA; 2014.
- (10) Jansbøl K, Rahbek AE. Sund Mand - litteraturstudiet. Kbh.: KORA; 2013.
- (11) Region Sjælland Psykiatrien. Referat: Status for samarbejde og drøftelse af fortsat udvikling af Psykoseteamet, 18. marts 2013. Tilgængelig på: [http://www.guldborgsund.dk/eDagsorden/committee\\_93/agenda\\_35418/documents/21734683e32.pdf](http://www.guldborgsund.dk/eDagsorden/committee_93/agenda_35418/documents/21734683e32.pdf), 2014.
- (12) Guldborgsund Kommune. Opgørelse over patienter fra Psykoseteamet af Torben Grandfeldt, Teamleder i Psykoseteamet 14-02-2013. Tilgængelig på: [http://www.guldborgsund.dk/eDagsorden/committee\\_93/agenda\\_35418/documents/21734647e35.pdf](http://www.guldborgsund.dk/eDagsorden/committee_93/agenda_35418/documents/21734647e35.pdf), 2014.
- (13) Guldborgsund Kommune. Social- og Sundhedsudvalget: Referat af mødet 24. maj 2013. Tilgængelig på: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6xErie\\_pIlg4J:www.guldborgsund.dk/da/Politik\\_og\\_fakta/Dagsorden\\_og\\_referater/Social\\_og\\_sundhedsudvalget/2013/24-maj.aspx+&cd=6&hl=da&ct=clnk&gl=dk](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6xErie_pIlg4J:www.guldborgsund.dk/da/Politik_og_fakta/Dagsorden_og_referater/Social_og_sundhedsudvalget/2013/24-maj.aspx+&cd=6&hl=da&ct=clnk&gl=dk), 2014.
- (14) Guldborgsund Kommune. Fortsættelse af Opsøgende psykoseteam efter 1. januar 2007. Beslutning fra Social- og sundhedsudvalget den 30-08-2006. Tilgængelig på: <http://polweb.nethotel.dk/Produkt/PolWeb/Sog/ShowAgenda.asp?p=guldborgsund07&ID=5365>, 2014.

- (15) Guldborgsund Kommune. Fortsættelse af Opsøgende psykoseteam efter 1. januar 2007. Beslutning fra Social- og sundhedsudvalget den 05-10-2006. Tilgængelig på:  
<http://polweb.nethotel.dk/Produkt/PolWeb/Sog/ShowAgenda.asp?p=guldborgsund07&ID=7089>, 2014.
- (16) Guldborgsund Kommune. Fortsættelse af Opsøgende psykoseteam efter 1. januar 2007. Beslutning fra Social- og Sundhedsudvalget den 24-01-2007. Tilgængelig på:  
<http://polweb.nethotel.dk/Produkt/PolWeb/Sog/ShowAgenda.asp?p=GULDBORGSUND07&ID=12109>, 2014.
- (17) Socialministeriet. Vedrørende økonomisk støtte til videreførelse af projekter under Psykiatraftalen 2007-2010. Tilgængelig på:  
[http://www.guldborgsund.dk/eDagsorden/committee\\_93/agenda\\_35418/documents/21734680e33.pdf](http://www.guldborgsund.dk/eDagsorden/committee_93/agenda_35418/documents/21734680e33.pdf), 2014.
- (18) Region Sjælland. Psykiatriplan for Region Sjælland. Mennesker og muligheder – psykiatri med relationer (2008). Tilgængelig på:  
[http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om\\_psykiatrien/psykiatriplan/Documents/Psykiatriplan\\_170608.pdf](http://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/psykiatrien/om_psykiatrien/psykiatriplan/Documents/Psykiatriplan_170608.pdf), 2014.
- (19) Guldborgsund Kommune. Uddybende beskrivelse af Center for Borger og Branding – bilag 1. Tilgængelig på:  
[http://www.guldborgsund.dk/eDagsorden/committee\\_99/agenda\\_36130/documents/21750848e38.pdf](http://www.guldborgsund.dk/eDagsorden/committee_99/agenda_36130/documents/21750848e38.pdf), 2014.
- (20) Guldborgsund Kommune. Guldborgsund Erhvervsservice – bilag 2. Tilgængelig på:  
[http://www.guldborgsund.dk/eDagsorden/committee\\_99/agenda\\_36130/documents/21750849e41.pdf](http://www.guldborgsund.dk/eDagsorden/committee_99/agenda_36130/documents/21750849e41.pdf), 2014.
- (21) Guldborgsund Kommune. Uddybende beskrivelse af Center for Borger og Branding – bilag 1. Tilgængelig på:  
[http://www.guldborgsund.dk/eDagsorden/committee\\_99/agenda\\_36130/documents/21750848e38.pdf](http://www.guldborgsund.dk/eDagsorden/committee_99/agenda_36130/documents/21750848e38.pdf), 2014.
- (22) Business Lolland-Falster. Tilgængelig på: [www.businesslf.dk](http://www.businesslf.dk), 2014.
- (23) Guldborgsund Kommune. Borgerservice og Frivilligcenteret samarbejder. Tilgængelig på:  
[http://www.guldborgsund.dk/da/Borger/Borgerservice/Din\\_digitale\\_kommune/Borgerservice\\_Frivilligcenteret.aspx](http://www.guldborgsund.dk/da/Borger/Borgerservice/Din_digitale_kommune/Borgerservice_Frivilligcenteret.aspx), 2014.
- (24) Guldborgsund Kommune. Økonomiudvalget: Referat af mødet 4. februar 2013. Tilgængelig på:  
[http://www.guldborgsund.dk/da/Politik\\_og\\_fakta/Dagsorden\\_og\\_referater/Oekonomiudvalget/2013/04-februar.aspx](http://www.guldborgsund.dk/da/Politik_og_fakta/Dagsorden_og_referater/Oekonomiudvalget/2013/04-februar.aspx), 2014.
- (25) Guldborgsund Kommune. Guldborgsund Frivilligpolitik. Tilgængelig på:  
<http://www.guldborgsund.dk/da/Borger/Frivillig/Frivilligpolitik.aspx>, 2014.
- (26) Guldborgsund Frivilligcenter. Tilgængelig på: <http://www.fri-villig.info/>, 2014.
- (27) FrivilligCenter Lolland. Om os. Tilgængelig på: <http://www.frivilliglolland.dk/om-os.html>, 2014.

(28) Lolland Kommune, Frivilligcenter Lolland. Samarbejdsaftale 2008. Tilgængelig på:  
[http://www.frivilliglolland.dk/fileadmin/template/fcl\\_document/samarbejdsaftale9.12.pdf](http://www.frivilliglolland.dk/fileadmin/template/fcl_document/samarbejdsaftale9.12.pdf),  
2014.

(29) Lolland kommune. Frivilligt socialt arbejde. Tilgængelig på:  
[http://www.lolland.dk/Borger/Social\\_-\\_Sundhed\\_-\\_%C3%86ldre/Frivilligt\\_socialt\\_arbejde.aspx](http://www.lolland.dk/Borger/Social_-_Sundhed_-_%C3%86ldre/Frivilligt_socialt_arbejde.aspx), 2014.

(30) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. National handlingsplan for den ældre medicinske patient, 22. dec. 2011. Tilgængelig på:  
<http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2011/December//~/media/Filer%20-%20dokumenter/Handlingsplan-aeldre-medicinsk-patient/National-handlingsplan-for-den-aeldre-medicinske-patient.ashx>, 2014.

(31) Vrangbæk K. Regioner og kommuners samarbejde om ældre, medicinske patienter (FOKUS analyse, nr. 44). Kbh.: FOKUS; 2011.

(32) Danske Regioner. Styr på regionernes økonomi. Kbh.: Danske Regioner; 2012.

(33) Hjøllund Christiansen A. Kvalitet og patientsikkerhed i sundhedsvæsenet. Kortlægning af forsknings- og udviklingsmiljøer. København: Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner; 2012.

(34) Holm-Petersen, C., Buch, M.S. Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland. Status på den foreløbige implementering. Kbh.: Dansk Sundhedsinstitut; 2012.

# Bilag 1 Interviewguider

## Guide til fokusgruppeinterview

### **Analyse af partnerskabsorganisationernes incitamentter i programmet *Broen til bedre sundhed***

*Fokusgruppeinterview – december 2013*

Baggrunden for dette interview er, at *Broen til bedre sundhed* har bedt KORA om at gennemføre en analyse, der dels beskriver incitamentterne til samarbejde mellem de centrale aktører og dels analyserer de faktorer, der fremmer og hæmmer aktørernes incitamentter til samarbejde om initiativer i *Broen til bedre sundhed*.

Analysen gennemføres på grundlag af interview med repræsentanter for parterne og analyse af 5-8 udvalgte eksempler på samarbejder, der henholdsvis virker og ikke virker. Heri skal bl.a. indgå eksempler på, at inddragelse af patienter og borgere bidrager til kvalitet og sammenhæng i forebyggelsesindsatser, altså samskabelse.

*Broen til bedre sundhed* er et partnerskab og samarbejdsprojekt mellem: 1) Lolland Kommune, 2) Guldborgsund Kommune, 3) Region Sjælland – herunder Nykøbing Falster Sygehus, Psykiatrien, 4) de privat praktiserende læger, 5) Business Lolland-Falster, 6) foreninger og grupper i lokalsamfund og 7) borgere og patienter.

Ambitionen med partnerskabet og projektet er at etablere samarbejde og samskabelse med borgere og patienter om forebyggelse på såvel kort som langt sigt.

Målet er at reducere sygelighed og skabe større lighed i sundhed for hele befolkningen i området.

## Program

- A. Introduktion – KORAs opgave og plan for interviewet
- B. Kort præsentationsrunde med stikord om erfaringer med partnerskaber
- C. Erfaringer med partnerskaber med forskellige aktører om forskellige emner?
- D. Perspektiver i partnerskaber i *Broen til bedre sundhed* – muligheder og udfordringer?
- E. Eksempler på partnerskaber i forhold til Broens bredde, længde og grundpiller?
- F. Eksempler på partnerskaber, der henholdsvis virker og ikke virker?
- G. Hvad kan der gøres for at få partnerskaber til at virke fx belønninger/incitamentter?
- H. Forslag til interviewpersoner og eksempler, der kan bidrage konstruktivt til analysen?
- I. Opsamling og tak for i dag!



## Guide til personlige interview

# **Analyse af partnerskabsorganisationernes incitamenters i programmet Broen til bedre sundhed**

### *Interviewguide til personlige interview*

Interviewperson, navn og organisation:

Interviewer fra KORA:

Tid og sted for interview:

### Kort om baggrunden for interview

Baggrunden for dette interview er, at *Broen til bedre sundhed* har bedt KORA om at gennemføre en analyse, der dels beskriver incitamenterne til samarbejde mellem de centrale aktører og dels analyserer de faktorer, der fremmer og hæmmer aktørernes incitamenters til samarbejde om initiativer i *Broen til bedre sundhed*.

Analysen gennemføres på grundlag af interview med repræsentanter for parterne og analyse af 5-8 udvalgte eksempler på samarbejder, der henholdsvis virker og ikke virker. Heri skal bl.a. indgå eksempler på, at inddragelse af patienter og borgere bidrager til kvalitet og sammenhæng i forebyggelsesindsatser, altså samskabelse.

*Broen til bedre sundhed* er et partnerskab og samarbejdsprojekt mellem: 1) Lolland Kommune, 2) Guldborgsund Kommune, 3) Region Sjælland – herunder Nykøbing Falster Sygehus, Psykiatrien, 4) de privat praktiserende læger, 5) Business Lolland-Falster, 6) foreninger og grupper i lokalsamfund og 7) borgere og patienter.

Ambitionen med partnerskabet og projektet er at etablere samarbejde og samskabelse med borgere og patienter om forebyggelse på såvel kort som langt sigt.

Målet er at reducere sygelighed og skabe større lighed i sundhed for hele befolkningen i området.

## Kort om KORA, interviewer og interviewet

### Spørgsmål

1. Hvad er din baggrund og dit nuværende jobindhold?
2. Vil du (relativt) kort beskrive den organisation du repræsenterer?
  - 2.1. Målsætninger?
  - 2.2. Samarbejde og partnerskaber med fx EU, statslige aktører, regioner, kommuner, privat erhvervsliv, foreninger?
  - 2.3. Samarbejde og partnerskaber i relation til Broen?
3. Hvad er din organisations erfaringer med partnerskaber/samarbejde med andre partnere?
  - 3.1. Eksempler?
  - 3.2. Begrundelser for at indgå i partnerskaber/samarbejde
    - 3.2.1. mål?
    - 3.2.2. gevinster?
  - 3.3. Organisering af partnerskaber/samarbejde
    - 3.3.1. formelle rammer (kontrakt, budget, arbejdsdeling)?
    - 3.3.2. uformelle rammer (tillid, kultur, anerkendelse)?
4. Hvad får jer og jeres partnere til at arbejde sammen – incitamenter?
  - 4.1. Generelt?
  - 4.2. Specifikt i forhold til Broen?
  - 4.3. Ændre disse forhold sig over tid fx idé, opstart, kort sigt og langt sigt?
5. Er der særlige muligheder og udfordringer for partnerskaber om forebyggelse og andre langsigtede mål?
  - 5.1. Hvordan sikrer I samarbejdet med partnere omkring henholdsvis kort- og langsigtede målsætninger?
  - 5.2. Hvilke incitamenter anvendes til dette?
6. Har I erfaringer med samarbejder/partnerskaber, hvor borgere/patienter/brugerne inddrages aktivt i planlægning/produktion/levering af indsatser/ydelser/produkter?
7. Perspektiver i partnerskaber i *Broen til bedre sundhed* – muligheder og udfordringer?
8. Eksempler på partnerskaber, der henholdsvis virker og ikke virker?
9. Hvad kan der gøres for at få partnerskaber til at virke fx belønninger/incitamenter?
10. Forslag til interviewpersoner og eksempler, der kan bidrage konstruktivt til analysen?
11. Andre kommentarer og tak for hjælpen!

## Gennemførte interview

Der er gennemført interview med 15 repræsentanter for parterne i *Broen til bedre sundhed*, der blev udvalgt på baggrund af en længere bruttoliste og i dialog med sekretariatet. Der er tale om repræsentanter for: 1) Styregruppen for *Broen til bedre sundhed*, 2) arbejdsgruppen for *Broen til bedre sundhed*, 3) kommunale parter, 4) borgergruppe og 5) sekretariatet for *Broen til bedre sundhed*. De udvalgte repræsentanter kom fra følgende organisationer, nævnt i alfabetisk rækkefølge: Broen til bedre sundhed, Guldborgsund Kommune, Konsulentvirksomhed, LAG – Guldborgsund, Lolland Kommune, Nykøbing F. sygehus, PLO – Praktiserende Lægers Organisation, praktiserende læge og Region Sjælland.

## Udvalgte eksempler

Disse seks eksempler på samarbejder mellem parter i *Broen til bedre sundhed* blev udvalgt på baggrund af en længere bruttoliste og dialog med sekretariatet.

1. **Borgerservice i Guldborgsund Kommune**, der arbejder aktivt på borgerinddragelse.
2. **CELF Center for Erhvervsrettede uddannelser Lolland Falster**, Lolland Kommune, der arbejder med uddannelse i forhold til Broens indsatsområder, samt rekruttering og fastholdelse af ressourcestærke borgere.
3. **Center for Borger og Branding**, Guldborgsund Kommune, der arbejder med mange ting bl.a. kultur og fritid med borgervinklen og inddragelse af usædvanlige aktører.
4. **FrivilligCenter Lolland**, selvstændig forening, der danner paraplyorganisation for mange foreninger og har erfaringer med at få frivillige med i partnerskaber.
5. **Psykoseteam**, Guldborgsund Kommune og Region Sjælland, er et mangeårigt samarbejde mellem Guldborgsund Kommune og Region Sjælland, der er opsagt af kommunen pr. 1. januar 2014.
6. **Sund uddannelse** under *Broen til bedre sundhed*. Ansøgning, der ledte til bevilling fra TrygFonden under indsatsområdet *Fremtidens voksne*.



**Det Nationale Institut  
for Kommuner og Regioners  
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22  
1150 København K  
E-mail: [kora@kora.dk](mailto:kora@kora.dk)  
Telefon: 444 555 00