

Ditte Heering Holt
Camilla Øst Cloos
Siff Monrad Langkilde
Holger Højlund
Anna Paldam Folker



Partnerskaber på folkesundhedsområdet

Evaluering af Sundheds- og Ældreministeriets
Partnerskabspulje 2014-2017

Kolofon

Partnerskaber på folkesundhedsområdet

Ditte Heering Holt
Camilla Øst Cloos
Siff Monrad Langkilde
Holger Højlund
Anna Paldam Folker

Copyright © 2019
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-427-1

Statens Institut for Folkesundhed
Stu­di­estræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades fra
www.sdu.dk/sif/publikationer

Indhold

1	Forord.....	4
2	Resume	5
3	Indledning	7
3.1	Baggrund.....	7
3.2	Evalueringsens formål og evalueringsspørgsmål	8
3.2.1	Evalueringssspørgsmål	8
3.3	Definition af partnerskab.....	8
3.4	Læsevejledning	8
4	Metode.....	10
4.1	Realistisk evaluering.....	10
4.2	Datagrundlag	11
4.2.1	Survey-data.....	11
4.2.2	Kvalitative studier	12
4.3	Analyse	13
4.3.1	Survey-analyser	13
4.3.2	Case-analyser	13
4.4	Begrænsninger	14
5	Karakteristik af partnerskaberne.....	16
5.1	Tildelte midler	16
5.2	Sammensætning af partnerkredsen.....	16
5.3	Partnerskabsorganisering.....	17
5.4	Nationale mål	19
5.5	Målgrupper	19
5.6	Arenaer	21
5.7	Opsamling	23
6	Partnerskabernes aktiviteter	25
6.1	Aktivitetstyper	25
6.2	Kvalitet af de gennemførte aktiviteter	26
6.3	Udfordringer forbundet med aktiviteterne.....	27
6.3.1	Tid som en knap ressource	27
6.3.2	Rekruttering.....	28
6.3.3	Social innovation	29

6.4	Potentiale for udbredelse af aktiviteter.....	30
6.5	Opsamling	31
7	Sundhedsmekanismer	33
7.1	Partnerskabernes valg af mekanismer.....	33
7.2	Sundhedsmekanismer fordelt efter de nationale mål	34
7.3	Sundhedsmekanismer fordelt på målgrupper og arenaer	35
7.4	Kontekstens betydning	37
7.5	Opsamling	38
8	Målopfyldeelse.....	39
8.1	Indfrielse af målsætninger	39
8.2	Indfrielse af målsætninger fordelt efter de nationale mål.....	39
8.3	Indfrielse af målsætninger og aktiviteter	40
8.4	Indfrielse af målsætninger og sundhedsmekanismer	41
8.5	Målsætningernes beskaffenhed.....	42
8.5.1	Målbarhed	43
8.5.2	Ambitiøse og langsigtede mål.....	43
8.5.3	Partnerskabets beskaffenhed.....	44
8.6	Opsamling	45
9	Partnerskabsmekanismer	46
9.1	Vurdering af partnerskabsarbejdet.....	46
9.2	Partnerskabernes samarbejde belyst gennem de syv C'er	48
9.3	Forskellighed skaber synergi	53
9.4	Etablere en enhed i forskelligheden.....	54
9.4.1	Alle skal opleve behov for partnerskabet	54
9.4.2	Eablering af fælles mål	54
9.4.3	Italesætte uenighed	56
9.4.4	Værdsætte alles bidrag	57
9.4.5	Ejerskab gennem ansvar	58
9.5	Personbårne partnerskaber	59
9.6	Manglende viden om partnerskabsarbejde	61
9.7	Opsamling	62
10	Partnerskabernes bæredygtighed og forankring	63
10.1	Partnerskabernes fremtid	63
10.2	Betydning af partnerskabspuljen.....	64
11	Konklusion og læringspunkter	67
11.1	Evalueringssspørgsmål 1	67
11.2	Evalueringssspørgsmål 2	68
11.3	Evalueringssspørgsmål 3	69
11.4	Evalueringssspørgsmål 4	70
11.5	Samlet vurdering af partnerskabspuljen.....	70
11.6	Anbefalinger og læringspunkter til partnerskabsarbejde på folkesundhedsområdet.....	71
12	Referencer	73
Bilag 1. Kriterier for tildeling af midler fra partnerskabspuljen		
Bilag 2. Overblik over de 37 partnerskaber		

1 Forord

Sundhed skabes dér, hvor mennesker lever deres hverdagsliv. I hjemmet, på skolen, i daginstitutioner, på arbejdspladsen, i foreningslivet og i lokalområdet. På den baggrund udbød den daværende regering i 2014 en fireårig partnerskabspulje på 120 mio. kroner. Puljens formål var at støtte partnerskaber, der arbejdede for at opnå de nationale mål for danskernes sundhed:

1. Den sociale ulighed i sundhed skal mindskes
2. Flere børn skal trives og have god mental sundhed
3. Flere voksne skal trives og have god mental sundhed
4. Flere skal vælge et røgfrit liv
5. Færre skal have et skadeligt alkoholforbrug, og alkoholdebuten skal udskydes blandt unge
6. Færre børn skal være overvægtige
7. Flere skal bevæge sig mere i dagligdagen

I tre år har Statens Institut for Folkesundhed sammen med forskere fra Copenhagen Business School fulgt de 37 partnerskaber, som modtog støtte fra puljen. Det overordnede formål har været at undersøge, i hvilket omfang og hvordan de støttede projekter og partnerskabspuljen som helhed har understøttet opfyldelsen af de nationale mål for folkesundhed. Evalueringen søger derudover at identificere de særlige forhold, der har betydning for udviklingen, implementeringen og forankringen af partnerskabsprojekterne, og vurdere, hvilke potentialer og problemstillinger der på et mere generelt plan knytter sig til partnerskaber som strategi på folkesundhedsområdet.

Evalueringen er gennemført for Sundheds- og Ældreministeriet af en projektgruppe ved Statens Institut for Folkesundhed bestående af AC-fuldmægtig Camilla Øst Cloos, videnskabelig assistent Siff Monrad Langkilde, postdoc Ditte Heering Holt og forskningschef Anna Paldam Folker, i samarbejde med lektor Holger Højlund fra Copenhagen Business School.

Vi vil gerne takke alle 37 partnerskaber, som har medvirket i evalueringen. Særlig stor tak til de ti partnerskaber, som blev udvalgt som cases til kvalitativt feltarbejde, og som har åbnet døren til deres arbejde og gjort os klogere på partnerskabsarbejdets særlige muligheder og udfordringer.

I denne rapport præsenteres den afsluttende evaluering af partnerskabspuljen samt en række konkrete læringspunkter. Det er vores håb, at resultaterne fremadrettet kan bruges til at kvalificere partnerskabsarbejde på folkesundhedsområdet.

God læselyst!

Morten Grønbæk, Direktør
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

2 Resume

Denne rapport præsenterer resultaterne fra evalueringen af partnerskabspuljen. Rapporten redegør for projekternes aktiviteter, virkningsmekanismer og målopfyldelse. Desuden identificerer evalueringen de særlige forhold, der har betydning for udviklingen, implementeringen og forankringen af partnerskabsprojekterne, samt opridser en række læringspunkter omkring potentialer og problemstillinger, der på et mere generelt plan knytter sig til partnerskaber som strategi på folkesundhedsområdet.

Evalueringen viser, at alle projekter er lykkedes med at etablere konkrete aktiviteter og initiativer, hvoraf størstedelen er indsatser, som ellers ikke ville være realiseret. Ligeledes har partnerskabspuljen givet alle partnerskaber mulighed for at eksperimentere med nye løsninger og aktiviteter, og cirka halvdelen af partnerskaberne har arbejdet specifikt med at udvikle og afprøve nye metoder eller koncepter. Overordnet kan partnerskabernes aktiviteter deles op i to kategorier: kapacitetsopbyggende aktiviteter med fokus på at øge partnernes mulighed for at skabe forandring for målgruppen og borgerrettede aktiviteter, hvis formål mere direkte er at skabe forandring for målgruppen.

For de kapacitetsopbyggende aktiviteter har godt halvdelen af partnerskaberne (51 %) arbejdet med kompetenceudvikling, mens knap halvdelen (46 %) har arbejdet med at udvikle nye metoder, materialer eller koncepter. I forhold til de borgerrettede aktiviteter har flest partnerskaber haft fokus på fysisk aktivitet og bevægelse (43 %) samt enkeltstående aktiviteter og events (38 %). De tre hyppigste virkningsmekanismer, som projekterne har søgt at aktivere, er: "Sociale relationer og netværk" (57 %), "Participatorisk brugerinddragelse/empowerment" (54 %) og "Handlekompetencer" (49 %).

Blandt partnerskaberne er der stor tilslutning til partnerskabspuljens overordnede formål om, at den sociale ulighed i sundhed skal mindskes. Således beskriver 95 % af partnerskaberne, at deres indsats bidrager til dette mål i deres projektbeskrivelser. Samtidig har over halvdelen af partnerskaberne arbejdet med målene: "Flere skal bevæge sig mere i hverdagen" (59 %) og "Flere voksne skal trives og have god mental sundhed" (57 %). "Udsatte grupper" udgør over halvdelen af partnerskabernes målgrupper (59 %), herefter følger "Unge" (16 %), "Børn" (11 %) og "Ældre/kronisk syge" (5 %).

I alt 83 % af partnerskaberne vurderer i høj eller meget høj grad, at partnerkredsen har givet adgang til relevante arenaer, hvor målgruppen færdes. De hyppigste arenaer er "Nærmiljø og almene boligområder", "Sundhedsvæsnets" samt "Skoler/ungdomsuddannelser".

Partnerskaberne vurderer en høj grad af målopfyldelse. På tværs af de nationale mål for folkesundhed evaluerer mere end 70 % af partnerskaberne således høj eller meget høj målopfyldelse. Vi finder endvidere, at høj målopfyldelse er positivt forbundet med, hvorvidt aktiviteterne er tilpasset til de lokale organisationer eller arenaer, hvori de skal implementeres. Samtidig finder vi, at kontekstuelle forhold, såsom manglende tid, vanskeligheder med at rekruttere udsatte målgrupper samt udfordringer forbundet med social innovation, har haft betydning for partnerskabernes arbejde.

Når vi ser på partnerskabernes samarbejde, finder vi, at partnerskaber, som scorer højt på syv udvalgte komponenter for strategisk samarbejde, i højere grad har oplevet synergi i partnerskabet sammenlignet med de, der scorer lavt. De syv komponenter er: 1) klarhed om formål, 2) enighed om mission, strategi og værdier, 3) værdiskabelse, 4) tilslutning til formål og mennesker, 5) kommunikation mellem partnerne, 6) kontinuerlig læreproces, samt 7) forpligtelse til partnerskabet. Således underbygger vores analyse, at disse syv komponenter er vigtige mekanismer for at etablere et velfungerende samarbejde. Generelt vurderer partnerskaberne disse partnerskabsmekanismer positivt, men kun 30 % scorer højt på alle syv.

Mindre end halvdelen af partnerskaberne fortsætter samarbejdet efter projektets udløb. Nogle projekter afsluttes, fordi aktiviteterne overgår til drift i en af partnerorganisationerne, hvorved fortsat samarbejde ikke er nødvendigt, mens andre ikke er lykkedes med at udvikle et koncept eller en metode, som kan danne grundlag for fortsat samarbejde. Samtidig afsluttes en del partnerskaber af økonomiske årsager, da de pågældende partnerskaber har vanskeligt ved at finde de nødvendige ressourcer efter puljens afslutning. Nogle partnerskaber fortsætter samarbejdet på et strategisk niveau eller med anden justering i partnerskabskonstellationen, mens kun 6 % af partnerskaberne fortsætter som hidtil.

På baggrund af evalueringens resultater præsenterer rapporten en række anbefalinger til partnerskabsarbejde på folkesundhedsområdet:

1. Brug god tid på at formulere fælles mål. Det fælles mål skal bidrage med en fælles mission, som motiverer alle partnere og er stærkt nok til at samle forskellige interesser. Samtidig skal det være konkret nok til, at partnerne har en fælles forståelse af målet.
2. Fokuser på, hvorfor hver enkelt partner er nødvendig for projektet, og anerkend alle partnernes input. Værdsæt partnernes forskellighed.
3. Sæt ord på uenigheder. Løbende forventningsafstemning, såvel som åben og konstruktiv dialog om forskellige interesser og uenigheder, styrker partnerskabet.
4. Sæt erfarne folk på opgaven. For at sikre den bedste partnerskabsdynamik skal partnerkredsen ideelt set have erfaring og beslutningskompetence, særligt i de indledende faser, når partnerskabet etableres.
5. Tag udgangspunkt i eksisterende erfaringer, når der skal udvikles nye løsninger. Social innovation kræver foruden fleksibilitet og læring, at der er et relativt veldefineret udgangspunkt at arbejde ud fra samt et velafgrænset mål at arbejde henimod.
6. Indsatser, der skal implementeres lokalt, kræver lokal tilpasning. Det er vigtigt, at indsatsen er meningsfuld i den lokale kontekst, hvori den skal implementeres, såvel som blandt den relevante målgruppe. Sæt derfor god tid og ressourcer af til lokal tilpasning og implementering.

3 Indledning

3.1 Baggrund

I 2014 lancerede den daværende regering syv nationale mål for folkesundheden med strategien “Sundere liv for alle – Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år” (Regeringen, 2014). Det overordnede mål var at øge danskernes levealder og mindske uligheden i sundhed.

Med strategien fulgte en invitation til alle – civilsamfundet, private virksomheder samt offentlige institutioner og myndigheder – om at bidrage til forebyggelsesarbejdet via partnerskaber. Ministeriet udbød en fireårig partnerskabspulje på 120 millioner kroner. I alt fik 37¹ partnerskaber støtte, hvilket gør puljen til den største satsning på partnerskabsbaserede interventioner på folkesundhedsområdet i Danmark. En oversigt over kriterierne for tildeling af midler fremgår af bilag 1.

Partnerskaberne skulle understøtte det eksisterende forebyggelsesarbejde og fungere som udviklingslaboratorier for nye ideer og veje til at opnå bedre sundhed for alle:

“Partnerskaberne skal resultere i en kreativ og mangefacetteret indsats, hvor ressourcer, viden, produkter, kommunikationskanaler og idéer kombineres og viser nye indfaldsvinkler til en målrettet forebyggelse, der virker.” (Regeringen, 2014:22).

De nationale mål for folkesundhed, som partnerskaberne skulle bidrage til, var:

1. Den sociale ulighed i sundhed skal mindskes
2. Flere børn skal trives og have god mental sundhed
3. Flere voksne skal trives og have god mental sundhed
4. Flere skal vælge et røgfrit liv
5. Færre skal have et skadeligt alkoholforbrug, og alkoholdebuten skal udskydes blandt unge
6. Færre børn skal være overvægtige
7. Flere skal bevæge sig mere i dagligdagen

Statens Institut for Folkesundhed, SDU fik i samarbejde med forskere fra Copenhagen Business School til opgave at evaluere partnerskabspuljen. I tre år er partnerskaberne blevet fulgt. Foruden denne afsluttende evalueringsrapport har det resulteret i publikationerne: *Partnerskaber – Litteraturstudie og evaluering* (Schjørring et al., 2015), *Statusnotat 2016* (Jensen et al., 2016), *Statusnotat 2017* (Holt et al., 2017) samt delrapporten *Partnerskaber i Sundhed – samarbejde i den regionale og lokale forebyggelse* (Højlund og Holt, 2019). Der vil endvidere blive publiceret videnskabelige artikler på baggrund af materialet. Desuden har hvert partnerskab udarbejdet en afsluttende afrapportering til Sundheds- og Ældreministeriet.

¹ Oprindeligt modtog 38 partnerskabsprojekter støtte, men ét partnerskab blev aldrig iværksat. Sammenlagt uddelte puljen 103.486.398 kr. fordelt på de 37 partnerskaber.

3.2 Evalueringens formål og evalueringsspørgsmål

Evalueringens overordnede formål er at undersøge, i hvilket omfang og hvordan de støttede projekter og partnerskabspuljen som helhed understøtter opfyldelsen af de nationale mål for folkesundhed. Evalueringen søger derudover at identificere de særlige forhold, der har betydning for udviklingen, implementeringen og forankringen af partnerskabsprojekterne, og vurdere, hvilke potentialer og problemstillinger der på et mere generelt plan knytter sig til partnerskaber som strategi på folkesundhedsområdet.

3.2.1 Evalueringsspørgsmål

Evalueringen besvarer følgende evalueringsspørgsmål:

1. Hvilke typer af konkrete aktiviteter søges iværksat i forbindelse med projekterne, og hvilke målgrupper og arenaer adresseres i relation til de enkelte nationale mål?
2. Hvilke virkningsmekanismer søger projekterne at aktivere i relation til specifikke mål og målgrupper?
3. Hvilke kontekstuelle forhold har betydning for projekternes udfald og forløb?
4. Hvorvidt lykkes projekterne med at indfri deres målsætninger?

3.3 Definition af partnerskab

I denne evaluering definerer vi partnerskaber som samarbejdsrelationer mellem organisationer, der bygger på 1) fælles mål, 2) fælles beslutningstagning, samt 3) at partnerne deler ansvar, omkostninger og udbytte (Hawkes og Buse, 2011; Reich, 2002). Omkostninger og udbytte skal i denne sammenhæng forstås bredere end blot økonomiske forhold, da vi har med udviklingsorienterede partnerskaber at gøre, det vil sige partnerskaber inden for såkaldt offentligt-privat-innovation (OPI) (Brogaard og Petersen, 2014). Som sådan adskiller vores definition af partnerskaber sig fra andre definitioner, som har fokus på formelle og kontraktuelle forhold, hvor vi i stedet lægger vægt på, at samarbejdet forudsætter en høj grad af fællesskab, forpligtelse og ligeværdighed. Det overordnede formål med at arbejde partnerskabsbaseret er at skabe synergi. Det vil sige, at partnerne opnår mere i fællesskab, end de kunne have gjort enkeltvist (Corbin et al., 2016).

Noget af det, der gør partnerskaber til en spændende men også en udfordrende samarbejdskonstellation, er, at partnerskabet udruster de deltagende organisationer med en dobbeltidentitet. Når en organisation indgår i et partnerskab, mister organisationen således ikke sin identitet som enkeltorganisation, men får i tillæg til den individuelle identitet en identitet som del af det fælles. Det vil sige, at partnerskabet både er en "enhed", men også en "flerhed", hvor det er partnernes forskelligheder, der kan sikre opfyldelsen af det fælles mål. Det er netop i spændingsfeltet mellem fælleshed og forskellighed, at potentialet i partnerskabsarbejde ligger (Højlund, 2014; Højlund og Holt, 2019).

3.4 Læsevejledning

Indledningsvis præsenterer vi evalueringens metode og design. Herefter består rapporten af seks resultatafsnit, som belyser evalueringsspørgsmålene. Det tredje evalueringsspørgsmål om kontekstuelle faktorer belyses løbende igennem rapporten i relation til de relevante afsnit.

I resultatkapitlerne giver vi først en karakteristik af partnerskaberne (kapitel 5), hvorefter vi belyser partnerskabernes aktiviteter (kapitel 6) og projekternes virkningsmekanismer (kapitel 7). Kapitel 8 samler op på denne del af evalueringen og belyser partnerskabernes indfrielse af mål samt de opstillede hypoteser herfor. Kapitel 9 fokuserer på selve partnerskabsarbejdet og hypoteser herom.

Her er fokus på partnerskabsmekanismer og kontekstuelle faktorer, som har betydning for velfungerende samarbejde. Kapitel 10 perspektiverer evalueringens resultater ved at se på partnerskabernes forankring og planer fremadrettet. Herefter samler vi op på hovedkonklusionerne (kapitel 11) og præsenterer på den baggrund konkrete læringspunkter for partnerskabsarbejde på folkesundhedsområdet.

4 Metode

Dette afsnit præsenterer evalueringens design og metode og drøfter kort kvaliteten af datamaterialet samt de begrænsninger, som er forbundet hermed.

4.1 Realistisk evaluering

For at evaluere partnerskabspuljen på tværs af de 37 forskelligartede partnerskabsprojekter er evalueringen inspireret af realistisk evaluering (Pawson og Tilley, 1997). Frem for at undersøge om en intervention virker eller ej, søger realistisk evaluering at give et nuanceret indblik i en interventions virkemåde ved at undersøge, *hvordan* en intervention virker, for *hvem* den virker, og under *hvilke omstændigheder* den virker.

Realistisk evaluering er teoridrevet og tager udgangspunkt i såkaldte CMO-konfigurationer, som er en form for programteori, der belyser antagelser om forholdet mellem kontekst, virkningsmekanisme og outcome (Pawson og Tilley, 1997). Evalueringsspørgsmålene afspejler dette fokus på kontekst, mekanismer og outcome.

Kontekst har vi identificeret igennem kvalitative analyser af henholdsvis tekstsvar i survey-data og data fra ti udvalgte partnerskaber. Da samtlige 37 partnerskaber har fungeret i forskellige kontekster, har vi valgt at afgrænse vores fokus til de kontekstuelle faktorer, som vi har identificeret på tværs af flere partnerskaber.

Virkningsmekanismer har vi operationaliseret som henholdsvis sundhedsmekanismer og partnerskabsmekanismer. Sundhedsmekanismer er teoretiske antagelser om, hvordan aktiviteterne opnår en virkning hos målgruppen (Pawson og Tilley, 1997). Sundhedsmekanismerne har vi identificeret ud fra partnerskabernes projektbeskrivelser med udgangspunkt i WHO's sundhedsfremmebegreber (Nutbeam, 1998; Smith et al., 2006). På baggrund af denne identifikation har vi bedt partnerskaberne om at angive, hvordan deres aktiviteter opnår deres virkning.

Vi anvender Reichs (2002) model for bæredygtigt samarbejde til at operationalisere partnerskabsmekanismer. Ifølge Reich består et vellykket samarbejde af syv komponenter: the seven C's of strategic collaboration. De syv C'er er:

1. Klarhed omkring formålet (*Clarity of purpose*)
2. Enighed omkring mission, strategi og værdier (*Congruency of mission, strategy, and values*)
3. Værdiskabelse, både samfundsmæssig værdi og merværdi for alle partnere (*Creation of value*)
4. Tilslutning til formål og mennesker (*Connection with purpose and people*)
5. Kommunikation mellem partnere (*Communication between partners*)
6. Kontinuerlig læringsproces (*Continual learning*)
7. Forpligtelse til partnerskabet (*Commitment to the partnership*)

Puljens prioritering af eksperimenterende og meget forskelligartede partnerskaber betyder, at vi i evalueringen af indsatserne må tage højde for aktiviteternes specificitet. Der er ikke direkte sammenlignelighed mellem partnerskaberne, og det er derfor ikke muligt at evaluere en samlet effekt af puljens indsatser. Outcome er evalueret på baggrund af partnerskabernes egen vurdering af henholdsvis målopfyldelse og synergi i partnerskabet, som det er angivet i spørgeskemaundersøgelsen.

Med udgangspunkt i det realistiske evalueringsdesign har vi opstillet og søgt at efterprøve en række tentative hypoteser om kontekst, mekanismer og outcome, som præsenteres undervejs i rapporten i de relevante resultatafsnit.

4.2 Datagrundlag

Det empiriske materiale, som indgår i evalueringen, består af henholdsvis survey-data fra tre spørgeskemaundersøgelser, projektdokumenter fra samtlige 37 partnerskaber samt kvalitativt materiale fra ti udvalgte partnerskaber.

4.2.1 Survey-data

Der er gennemført tre spørgeskemaundersøgelser i henholdsvis 2015, 2016 og 2017, hvor hvert partnerskab har besvaret et online-spørgeskema. Af tabel 1 fremgår antallet af partnerskabsbesvarelser. I alt 36 partnerskaber (97 %) besvarede skemaet i 2015, mens 35 partnerskaber (95 %) besvarede spørgeskemaet i henholdsvis 2016 og 2017.

Tabel 1. Antal partnerskabsbesvarelser

Årstal	Antal
2015	36 ud af 37
2016	35 ud af 37
2017	35 ud af 37

I alle tre spørgeskemaer er spørgsmål vedrørende konkrete aktiviteter, samarbejde og vurdering af partnerskabet blevet gentaget for at få et indblik i partnerskabernes proces og udvikling. Derudover har spørgsmålene de enkelte år knyttet sig til de forskellige faser i projektperioden:

2015: Etablering af partnerskabet

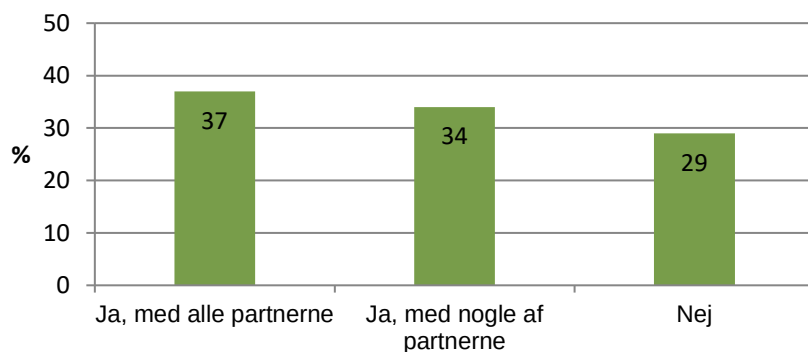
2016: Justering af projekt og vedligeholdelse af partnerskabet

2017: Læring af projektet og forankring/videreførelse af partnerskabet

Hvor andet ikke angives, er data i denne rapport fra 2017-spørgeskemaet. 2015- og 2016-data er afrapporteret i statusnotater (Jensen et al., 2016; Holt et al., 2017).

Spørgeskemaet er sendt til projektejer, det vil sige den ansvarlige kontaktperson i hvert partnerskab, som er blevet opfordret til at drøfte spørgsmålene med partnerkredsen før besvarelse. Dette har imidlertid ikke været et krav. Figur 1 viser, i hvilket omfang besvarelserne af 2017-spørgeskemaet er blevet drøftet i partnerkredsen. Det fremgår, at en stor andel af partnerskaberne angiver, at besvarelsen enten har været drøftet med alle partnerne i partnerkredsen (37 %) eller med nogle partnere (34 %). I knap hvert tredje tilfælde (29 %) er besvarelserne ikke blevet drøftet i partnerkredsen.

Figur 1. Svarfordeling for spørgsmål til partnerskaberne om, hvorvidt besvarelser af spørgeskemaet er blevet drøftet i partnerkredsen. Procent



Det indebærer naturligvis nogle metodiske overvejelser, at spørgeskemaet besvares af den partnerskabsansvarlige, mens der i godt 2/3 af tilfældene har været involveret alle eller nogle af partnerne. For at få en mere fuldstændig forståelse af partnerskabsarbejdet havde det været hensigtsmæssigt, at alle partnere havde besvaret spørgeskemaet. Det har dog været vores intention, at drøftelserne af spørgeskemaet i partnerkredsen skulle have en formativ funktion. Det indebærer, at spørgeskemabesvarelsenerne fra størstedelen af partnerskaberne (71 %) afspejler den konsensus, der har været etableret i drøftelsen mellem partnerne.

4.2.2 Kvalitative studier

Til den kvalitative del af evalueringen er partnerskabernes projektbeskrivelser og årlige statusrapporter til Sundheds- og Ældreministeriet blevet indsamlet og anvendt som datamateriale med henblik på at identificere de aktiviteter og mekanismer, som projekterne har søgt at iværksætte i relation til specifikke mål og målgrupper. På den baggrund har vi identificeret kategorier og udviklet spørgsmål til 2017-spørgeskemaet samt udvalgt ti partnerskaber til et kvalitativt studie.

De ti partnerskaber er udvalgt for at opnå maksimal variation i forhold til følgende parametre:

1. Antal partnere samt partnernes forskellige sektortilhørsforhold
2. Geografisk rækkevidde (landsdækkende/regionale eller lokale partnerskaber)
3. Geografisk repræsentativitet (alle landsdele og land/by)
4. Nationale mål for folkesundhed
5. Aktiviteter og mekanismer
6. Partnerskabets vurdering af, hvordan partnerskabet fungerer overordnet set (fra 2016-survey)

Den kvalitative dataindsamling er udført ad to omgange. Første runde i efteråret 2016 omfattede semistrukturerede interviews med projektleder/partnerskabsansvarlig, observation af et møde i partnerkredsen samt fokusgruppeinterview med partnerkredsen. Fokus for dataindsamlingen var drøftelser om etablering af partnerskabet, de enkelte partneres mål og motivation for at deltage i partnerskabet, partnerskabsdynamikker og forhandlinger blandt partnerne, sammensætning af partnerkredsen samt deres foreløbige erfaringer og læring.

Ultimo 2017 har vi gennemført opfølgende interviews med henholdsvis projektleder/partnerskabsansvarlig samt med en udvalgt partner, der blev valgt på baggrund af, at partneren enten ikke var involveret direkte i projektledelsen, eller ud fra en vurdering af, at partneren adskilte sig fra den øvrige partnerkreds (fx ved andet sektortilhørsforhold, faglighed eller lignende end de øvrige part-

ner). Dette blev gjort for at sikre et bredere indblik i, hvordan partnerskabskonstellationen har fungeret i praksis. Fokus for anden runde var opfølgning på partnerskabernes aktiviteter og målsætninger samt deres samarbejde og læring.

I alt er der gennemført ti fokusgrupper, 27 enkeltinterviews samt observation af ni partnerskabsmøder. Et enkelt partnerskab deltog ikke i første runde.

Oversigt over kvalitativt materiale

- Tekstsvare fra survey-data
- Dokumenter (projektbeskrivelse og statusrapporter) fra alle 37 partnerskaber

Første runde:

- Ni observationer af møder i partnerkredsen
- Ni fokusgruppe-interviews med partnerkredsen
- Ti enkeltinterviews med projektleder/partnerskabsansvarlig

Anden runde:

- Ni enkeltinterviews med projektleder/partnerskabsansvarlig
- Otte enkeltinterviews med udvalgt partner
- Et gruppeinterview med det tiende partnerskab, hvor projektleder netop havde skiftet job

4.3 Analyse

4.3.1 Survey-analyser

Alle survey-data er indsamlet via SurveyXact. Datagrundlaget for rapporten er samtlige partnerskaber, der har besvaret spørgeskemaet de pågældende år. Resultaterne i denne rapport er primært præsenteret som rent deskriptive opgørelser, hvor data er opgjort med henblik på at undersøge associationer samt udvikling over tid for enkelte indikatorer. Data er præsenteret som frekvens- og krydstabeller.

Vi har ikke testet for signifikante forskelle, da vores datamateriale er relativt lille med blot 35 besvarelser. Med den lille stikprøve kan vi ikke afgøre, om en forskel er reel eller alene skyldes tilfældigheder. I vores analyse har vi i stedet haft fokus på at vurdere, om der var tydelige sammenhænge eller tendenser i materialet.

Det skal bemærkes, at i nogle figurer fremgår alle svarkategorier ikke. Det vil fremgå af teksten, når der er truffet valg om kun at præsentere udvalgte svarkategorier.

I spørgeskemaet er partnerskaberne blevet bedt om at angive aktiviteter, målgrupper, arenaer, målsætninger og synergi som fritekstbesvarelser. Disse fritekster er blevet analyseret kvalitativt, og på den baggrund har vi udviklet typologier, som vi har benyttet til at kategorisere partnerskabernes indsatser. Det er denne kategorisering, vi benytter i de kvantitative analyser. Øvrige fritekstsvare er også blevet analyseret kvalitativt og indgår sammen med data fra case-analyserne som det kvalitative materiale i rapporten.

4.3.2 Case-analyser

Der er udarbejdet en case-analyse for hver af de ti udvalgte partnerskaber. Efter første besøgsrunde blev interviews transskriberet og grundigt gennemlæst sammen med observationsnoter og projektdokumenter. Datamaterialet blev herefter kodet og tematiseret med udgangspunkt i evalua-

ringsspørgsmålene og de indledende hypoteser. I anden runde blev interviewene ligeledes transkriberet og kodet med udgangspunkt i de eksisterende koder samt en åben kodning, og case-analyserne blev opdateret.

I forbindelse med den kvalitative dataindsamling har vi lagt vægt på, at partnerskaberne blev delvist anonymiseret i formidlingen af data. Det indebærer, at analyser af følsomme tematikker adskilles fra faktuelle oplysninger, der kan identificere det enkelte partnerskab. I fremstillingen af det kvalitative materiale er uddrag og eksempler derfor præsenteret uden henvisning til de konkrete cases eller interviewpersoner. Det indebærer samtidig en dekontekstualisering, som analytisk begrænser indsigten i konkrete kontekstuelle faktorer. I tilfælde, hvor tilstrækkelig anonymitet i formidlingen ikke har været mulig, er citater og eksempler blevet godkendt af interviewpersonen.

4.4 Begrænsninger

Vi har observeret en vis diskrepans mellem vores tolkning af de kvalitative data og partnerskabernes survey-besvarelser. Eksempelvis er det blevet tydeligt i det kvalitative materiale (fra både de udvalgte cases og tekstbesvarelserne i spørgeskemaet), at partnerskaberne har oplevet visse startvanskeligheder, samarbejdsudfordringer og vanskeligheder med at iværksætte de ønskede aktiviteter. I kontrast til disse fund har størstedelen af partnerskaberne angivet, at partnerskabet overordnet set har fungeret tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende, ligesom partnerskabernes målopfyldelse og kvalitet af aktiviteterne vurderes positivt i spørgeskemaet.

Denne diskrepans fordrer nogle overvejelser om evalueringens design og metode og må nødvendigvis rejse spørgsmålet om, hvordan vi kan forstå og studere partnerskaber. Som nævnt ovenfor (figur 1) skal survey-besvarelserne fra størstedelen af partnerskaberne ses som udtryk for en konsensus i partnerkredsen. De positive besvarelser skal derfor også tolkes i dette lys. Dog finder vi mere kritiske drøftelser af udfordringer i både fokusgrupperne og i tekstsvarene, hvormed konsensussvar ikke isoleret set kan forklare diskrepansen.

En anden faktor, man må overveje, er betydningen af puljens og evalueringens opdragsgiver. Det vil sige, i hvilken grad besvarelserne afspejler, at partnerskaberne ønsker at demonstrere succes over for Sundheds- og Ældreministeriet. "Social desirability bias" er et velbeskrevet begreb i litteraturen om survey-studier blandt andet inden for psykologi, valgforskning m.fl. (Thomsen og Phua, 2005; Visser et al., 2000). Det indebærer en tendens til, at respondenter svarer positivt eller bidrager med den information, de tolker som formålet med undersøgelsen. For at imødegå dette er partnerskaberne i spørgeskemaundersøgelserne blevet informeret om, at deres besvarelse ikke vil blive viderebragt direkte til Sundheds- og Ældreministeriet eller andre på en måde, hvor det enkelte partnerskab er genkendeligt. En række partnerskaber har i deres besvarelser eksplicit takket og rost ministeriet for modet til at investere i nye samarbejdsformer og inddrage nye aktører i forebyggelsesarbejdet. Endvidere understreger en del partnerskaber, at de har behov for økonomiske midler til denne type af eksperimenter, som ellers ikke ville blive realiseret. Det er et ubesvaret spørgsmål, hvorvidt partnerskabernes overvejende positive survey-besvarelser skal tolkes i lyset af, at de ønsker at leve op til ministeriets ambitioner.

En sådan diskrepans er dog ikke isoleret til denne evaluering. Et studie af engelske partnerskaber beskriver en lignende tendens, hvor partnerskaberne generelt blev beskrevet positivt, mens en mere dybdegående undersøgelse gav et mere blandet billede (Hunter og Perkins, 2012). Ydermere problematiseres det i den internationale litteratur, hvordan partnerskaber som samarbejds-konstellation intuitivt påkalder sig entusiasme, uafhængig af manglende effekt (Hunter og Perkins, 2012; Smith et al., 2009; Dowling et al., 2004). Boydell og Rugkåsa (2007) skriver eksempelvis (med reference til Davies): "It is easy to assume partnerships generate added value in a politic-ideological culture that assumes they will" (s. 218). Hermed antyder de, at den positive vurdering af

partnerskaber ikke bunder i deres effektivitet, men derimod i institutionelle faktorer og det, man kan kalde modetrends.

Den observerede diskrepans mellem kvalitative og kvantitative besvarelser peger derfor i retning af, at survey-data som redskab til selvevaluering af partnerskabsarbejde ikke kan stå alene. Det er derfor en styrke ved dette evalueringsdesign, at vi har mulighed for at kombinere metoder og bidrage med mere nuancerede perspektiver på partnerskabsarbejdet ved hjælp af det kvalitative materiale. Dog er det en begrænsning, at vi ikke kan måle egentlig effekt af indsatserne.

Generelt er der dog meget få studier, som har forsøgt at evaluere de sundhedsmæssige effekter af partnerskaber, da det er forbundet med en række metodiske vanskeligheder. Det er eksempelvis vanskeligt at skelne de virksomme mekanismer fra hinanden, såsom hvad er effekten af selve partnerskabskonstruktionen, og hvad er effekten af den konkrete intervention (Dowling et al., 2004). Denne evaluering rejser derfor også en række spørgsmål, som vi ikke kan belyse med det eksisterende datamateriale, men som åbner for interessante spørgsmål til videre forskning.

5 Karakteristik af partnerskaberne

Dette afsnit giver en karakteristik af partnerskaberne og belyser, hvilke målgrupper og arenaer partnerskaberne adresserer i relation til de syv nationale mål for folkesundhed. Først præsenteres partnerskaberne med fokus på deres økonomi, partnerskabskonstellationer og organisering, og herefter med fokus på partnerskabernes fordeling efter de nationale mål, målgrupper og arenaer.

En detaljeret oversigt over alle 37 partnerskaber fremgår af bilag 2.

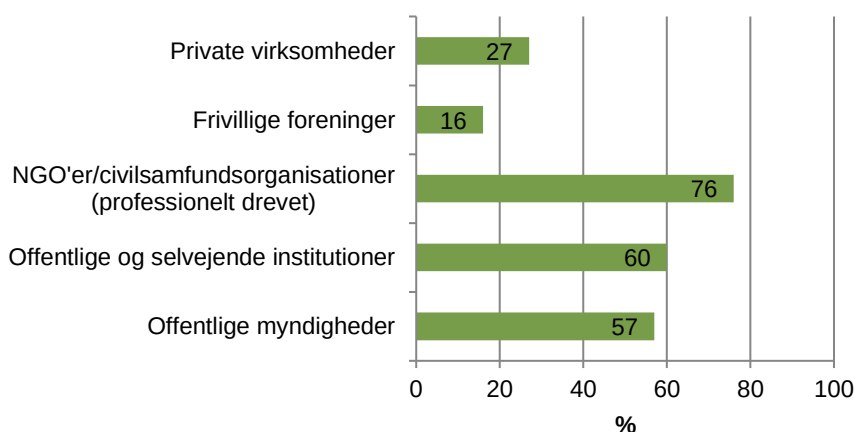
5.1 Tildelte midler

De 37 partnerskaber har hver især modtaget mellem 230.000 og 5 millioner kroner fra partnerskabspuljen. Medianen er 3 millioner kroner. De partnerskaber, der har modtaget mindre end 1 million kroner, er kendetegnet ved at have kortere tidshorisont eller være organiseret omkring enkeltstående aktiviteter.

5.2 Sammensætning af partnerkredsen

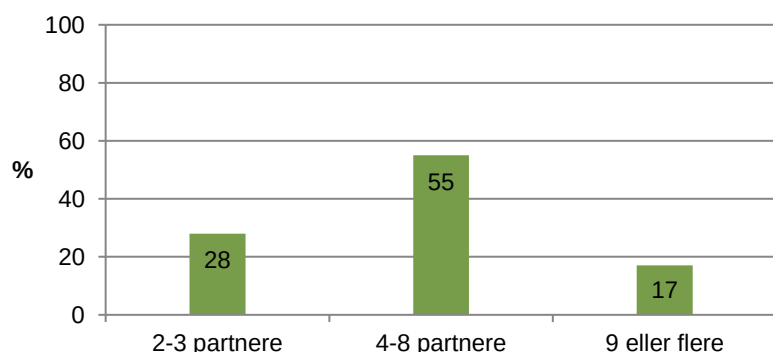
Et kriterium for at få midler fra partnerskabspuljen var, at mindst én partner ikke var en offentlig institution eller myndighed. Figur 2 viser, hvordan partnerorganisationerne fordeler sig på forskellige typer af organisationer (baseret på kodning af partnerskabernes projektbeskrivelser). Således deltagere NGO'er i 76 % af partnerskaberne og er hermed den mest udbredte organisationstype.

Figur 2. Andel organisationstyper repræsenteret i partnerskaberne. Procent.



Figur 3 giver et overblik over partnerskabernes størrelse. Enkelte partnerskaber tæller blot to partnere, mens et enkelt partnerskab tæller over 35 partnere. Medianen blandt de 37 partnerskaber er seks partnere. Der er hermed stor variation på partnerskabernes størrelse.

Figur 3. Fordeling af antal partnere i partnerskaberne. Procent.



Af midtvejsevalueringen (Holt et al., 2017) fremgår det, at partnerskaberne har meget forskellig dokumentations- og evalueringspraksis. Mens nogle partnerskaber er baseret på frivilligt arbejde, er andre meget professionaliserede. I forhold til evaluering indebærer det, at nogle projekter er etableret i samarbejde med forskningsinstitutioner, der forestår evalueringen, mens andre partnerskaber udfører forskellige former for erfaringsopsamling og procesevaluering.

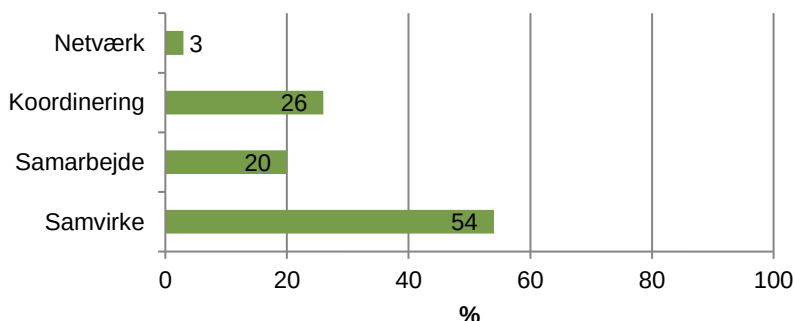
5.3 Partnerskabsorganisering

Størstedelen af partnerskaberne er projektorganiseret med en styregruppe og enten en projektgruppe eller en projektleder som tovholder for de daglige aktiviteter. Et enkelt partnerskab har været organiseret som en bestyrelse med vedtægter. Andre partnerskaber har været opdelt med en projektejer eller organiseret i en overordnet partnerskabskonstruktion, som har indgået i lokale samarbejdskonstellationer med eksempelvis virksomheder, boligområder eller kommuner. Partnerskaberne kendetegnes ved at være operationelle partnerskaber, med fokus på konkrete projekter og aktiviteter. Det ligger fint i forlængelse af partnerskabspuljens kriterier (bilag 1) om, at partnerskaberne skulle tilvejebringe konkrete initiativer. Nogle partnerskaber (særligt de store) har desuden karakter af mere strategiske partnerskaber (Boydell og Rugkåsa, 2007), hvor partnerne er løsere organiseret, mens aktiviteterne foregår lokalt.

Med udgangspunkt i en typologi over partnerskabstyper udviklet af VicHealth (2016), som identificerer fire forskellige samarbejdsformer; "Netværk", "Koordinering", "Samarbejde" og "Samvirke", har vi bedt partnerskaberne om at angive, hvilken samarbejdstype der bedst beskriver deres partnerskab i praksis. Her defineres "Netværk" som udveksling af information til gensidig fordel. "Koordinering" defineres som udveksling af information og tilpasning af aktiviteter med et fælles formål. "Samarbejde" defineres som udveksling af information, udvikling/tilpasning af aktiviteter med et fælles formål og deling af ressourcer, mens "Samvirke" defineres som udveksling af information, udvikling/tilpasning af aktiviteter med et fælles formål og deling af ressourcer samt gensidig forbedring af partnernes kapacitet.

Af figur 4 fremgår det, at "Samvirke" er den mest anvendte samarbejdstype (54 %). Grundet fejl i opsætning af spørgeskemaet har et enkelt partnerskab sat kryds ved både "Samarbejde" og "Samvirke", hvorfor den summerede procent giver 103.

Figur 4. Andel af partnerskaberne, der angiver at have Netværk, Koordinering, Samarbejde og Samvirke som samarbejdstype. Procent.



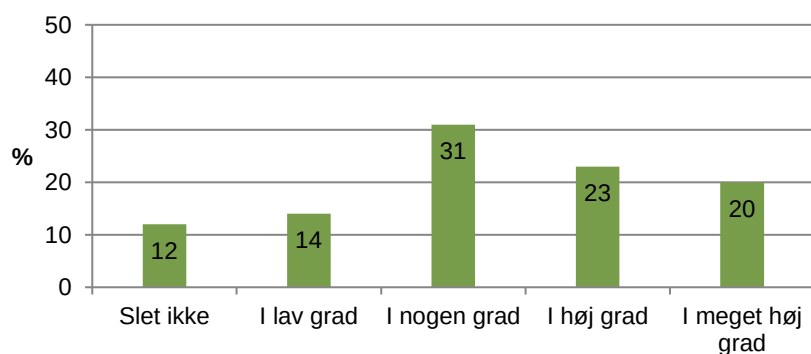
I det kvalitative materiale finder vi, at betegnelsen partnerskab forstås som en særlig kvalitet ved en samarbejdsrelation:

“Er det et partnerskab, bare fordi vi kalder det et partnerskab, eller er det bare et projekt [...] Jeg tænker, det bliver først rigtigt et partnerskab, når der opstår det her fælles, eller et fælles udviklingsrum.”

Således finder vi, at en del partnerskaber netop beskriver partnerskab som kendetegnet ved den tætte integration, som ligger i samarbejdstypen “Samvirke”.

Figur 5 viser, i hvilken grad der er indgået en skriftlig aftale mellem partnerne, som specificerer ansvarsfordeling og partnernes forpligtigelse over for hinanden samt eventuelle sanktioner, hvis leverancer ikke imødekommes. I alt 43 % af partnerskaberne svarer, at der i høj eller meget høj grad er indgået en skriftlig aftale, mens 31 % i nogen grad vurderer dette, og 26 % i lav grad eller slet ikke vurderer, at der er indgået en skriftlig aftale.

Figur 5. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad der er indgået skriftlig aftale om samarbejdet mellem partnerne. Procent.



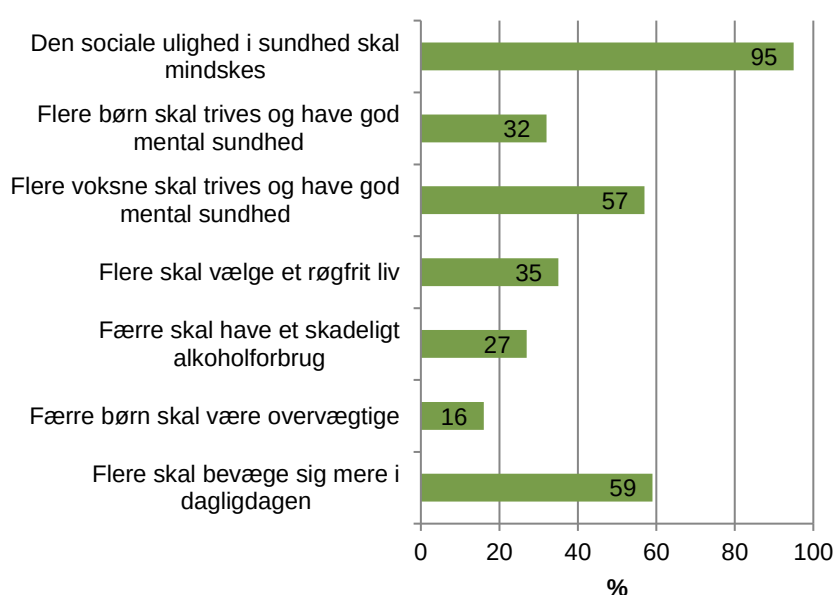
Af det kvalitative materiale fremgår det, at en stor del af partnerskaberne gør brug af en eller anden form for skriftligt grundlag for deres samarbejde, eksempelvis et fælles visionspapir, en strategi og/eller et dokument med eksplicit formulerede målsætninger. Kun i få tilfælde har der været tale om et egentligt kontraktligt forhold mellem partnerne. En stor del af partnerskaberne er dermed baseret på tillidsbårne relationer understøttet af en projektbeskrivelse og i nogle tilfælde yderligere skriftligt materiale.

5.4 Nationale mål

Analysen af, hvordan partnerskaberne fordeler sig i forhold til de syv nationale mål, er baseret på en gennemgang af partnerskabernes projektbeskrivelser og inkluderer derfor alle 37 partnerskaber.

Det fremgår af figur 6, at der er stor tilslutning til puljens overordnede fokus på ulighed i sundhed. Således angiver 35 partnerskaber (svarende til 95 %), at de arbejder med mål 1: "Den sociale ulighed i sundhed skal mindskes". Over halvdelen (henholdsvis 57 % og 59 %) angiver at arbejde med målene: "Flere voksne skal trives og have god mental sundhed", og "Flere skal bevæge sig mere i dagligdagen".

Figur 6. Andel af partnerskaber, der angiver, at arbejde med de syv nationale mål. Procent.



Et enkelt partnerskab arbejder med alle syv mål, mens flere partnerskaber arbejder med tre-fem mål. Flere partnerskaber bemærker i deres projektbeskrivelse, at målene hænger sammen og kan udløse hinanden. Dette kan også forklare den store tilslutning til det første mål om at mindske den sociale ulighed i sundhed, da de øvrige mål vurderes at bidrage hertil.

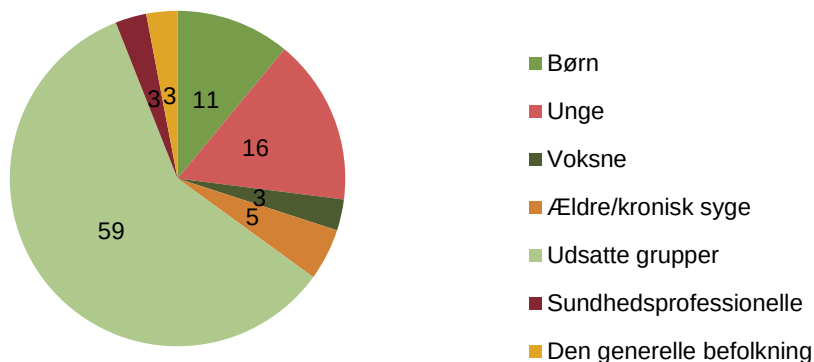
5.5 Målgrupper

I spørgeskemaet er partnerskaberne blevet bedt om at angive deres primære målgrupper. På baggrund af partnerskabernes tekstsvare har vi kvalitativt kategoriseret målgrupperne i syv overordnede grupper. Disse induktivt udledte målgruppekategorier er ikke gensidigt udelukkende, men er baseret på det mest fremtrædende i beskrivelserne. Målgrupperne er: "Børn", "Unge", "Voksne", "Ældre/kronisk syge", "Udsatte grupper", "Sundhedsprofessionelle", samt "Den generelle befolkning" (figur 7).

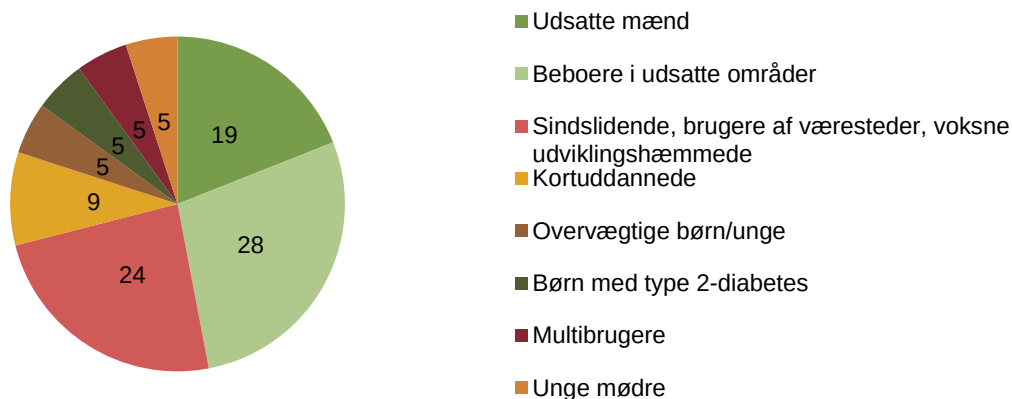
"Udsatte grupper" udgør langt den største målgruppe (59 %). Af figur 7.1. fremgår det, at denne overordnede målgruppe udgøres af otte undergrupper: "Udsatte mænd", "Beboere i udsatte boligområder", "Sindslidende, brugere af væresteder og voksne udviklingshæmmede", "Kortuddannede", "Overvægtige børn/unge", "Børn med type 2-diabetes", "Multibrugere" og "Unge mødre".

Heraf udgør "Beboere i udsatte områder" og "Sindslidende, brugere af væresteder og voksne udviklingshæmmede" den største andel af målgruppen "Udsatte grupper" (figur 7.1). Den brede kategori "Udsatte grupper" er således ikke begrænset til projekter målrettet socialt udsatte, men dækker grupper med varierende grader af sundhedsmæssig eller social udsathed.

Figur 7. Målgrupper i partnerskabsprojekterne. Fordelt efter procent.

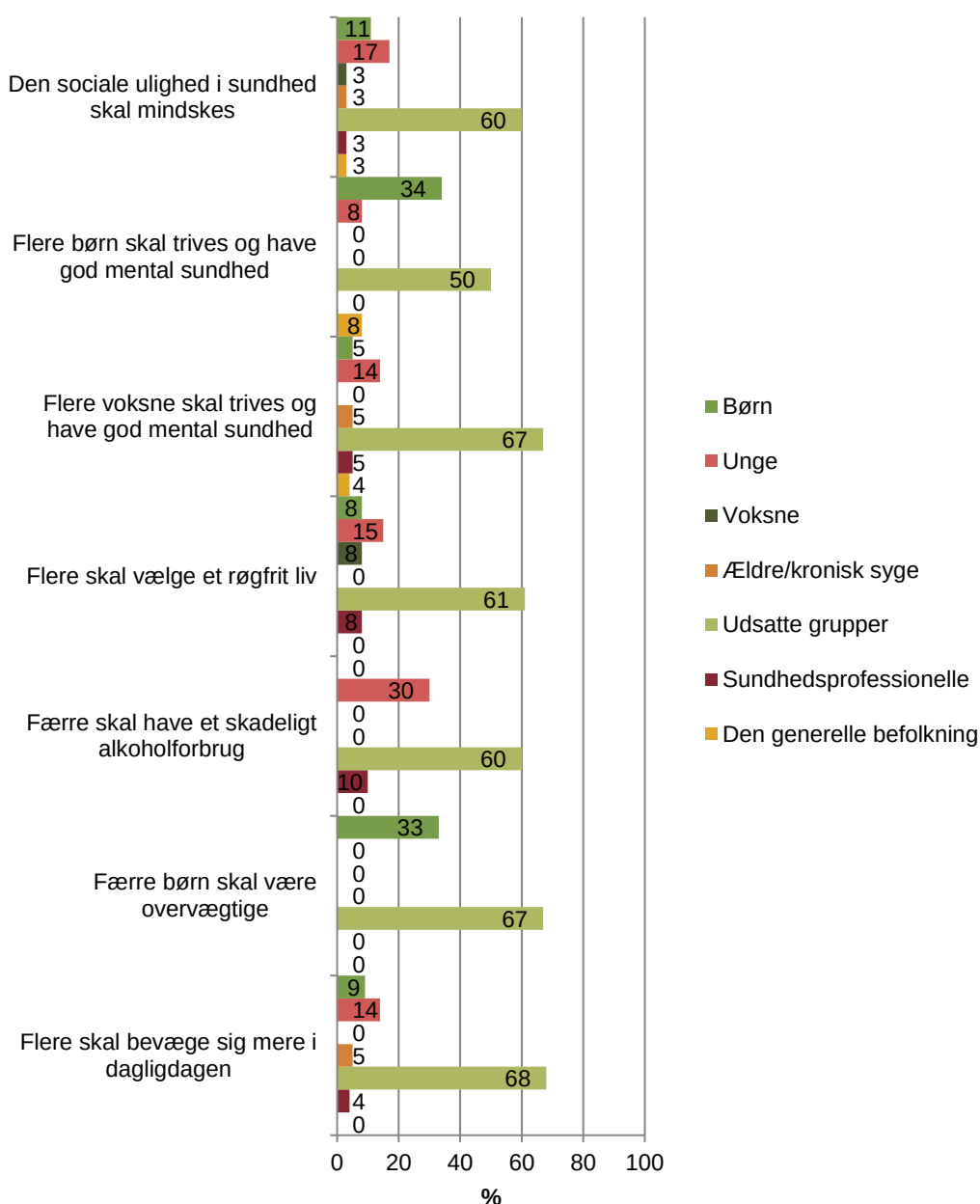


Figur 7.1. Grupper, der er indeholdt i målgruppen "Udsatte grupper". Fordelt efter procent.



Figur 8 viser i procent, hvordan målgrupperne fordeler sig efter de syv nationale mål. Sammenlignet med figur 7 fremgår det, at indsatser til "Udsatte grupper" særligt har fokus på målene: "Flere skal bevæge sig mere i dagligdagen" (34 %), "Færre børn skal være overvægtige" (33 %) og "Flere voksne skal trives og have god mental sundhed" (henholdsvis 68 %, 67 % og 67 % sammenlignet med målgruppens størrelse på 59 %).

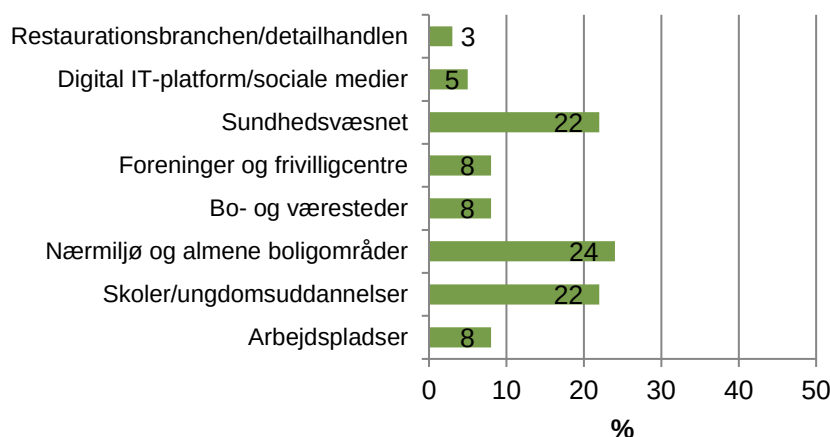
Ikke overraskende har indsatser til målgruppen "Børn" særligt fokus på de nationale mål: "Flere børn skal trives og have god mental sundhed" (34 %) og "Færre børn skal være overvægtige" (33 %). Indsatser til målgruppen "Unge" retter sig primært mod de nationale mål: "Færre skal have et skadeligt alkoholforbrug" (30 %) og "Den sociale ulighed i sundhed skal mindskes" (17 %). Indsatser rettet mod professionelle har særligt fokus på målet: "Færre skal have et skadeligt alkoholforbrug" (10 %).

Figur 8. Målgrupper fordelt efter de syv nationale mål. Procent.

5.6 Arenaer

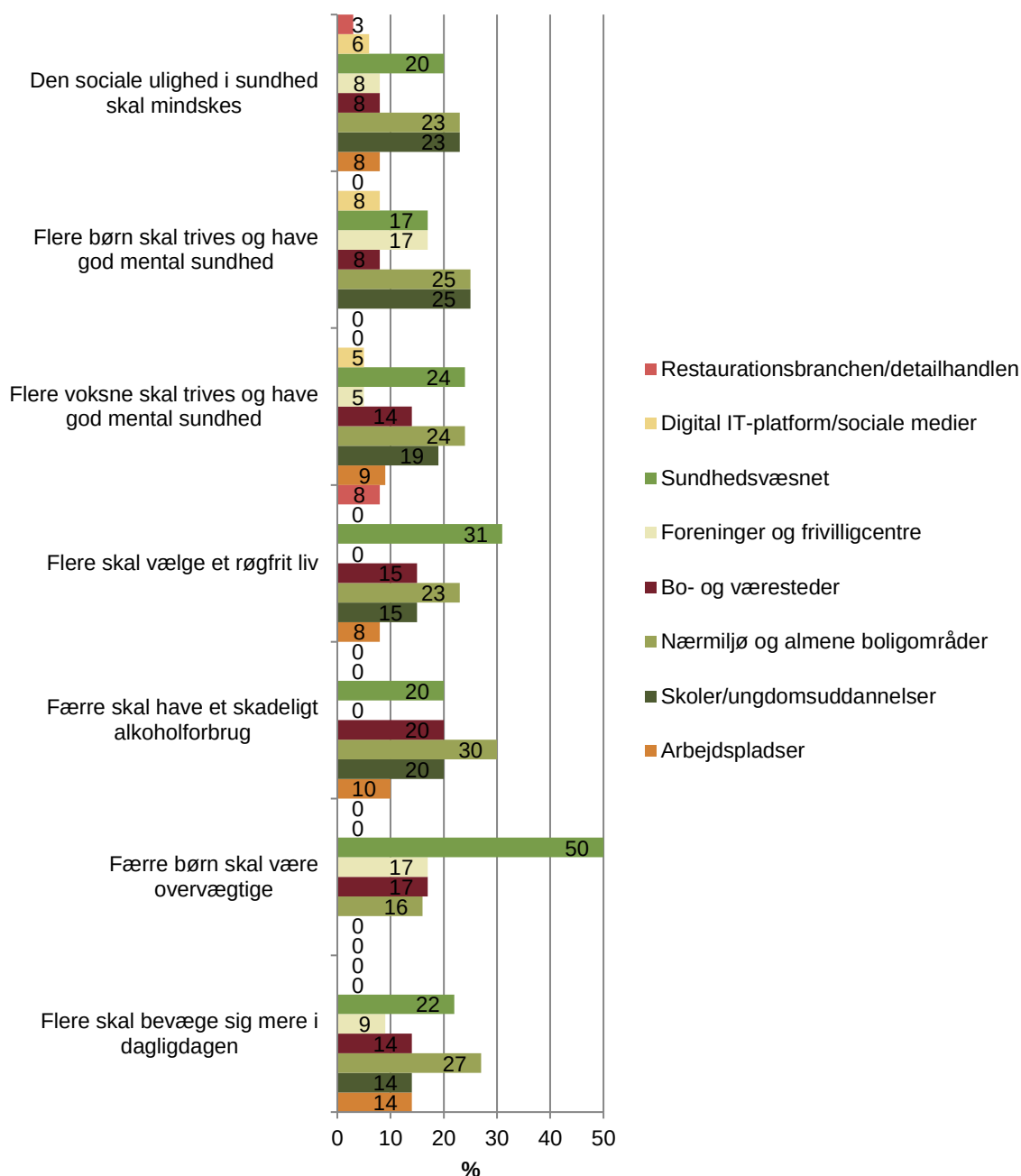
Arena angiver, hvor aktiviteterne foregår, det vil sige, hvor mødet mellem intervention og målgruppe sker. I spørgeskemaet er partnerskaberne blevet bedt om at angive projektets arenaer. På baggrund af disse fritekstbesvarelser har vi kategoriseret arenaerne, som det fremgår af figur 9.

Partnerskaberne agerer i én eller flere arenaer. De hyppigste arenaer er "Nærmiljø og almene boligområder" (24 %), "Skoler og uddannelsesinstitutioner" (22 %) og "Sundhedsvæsenet" (22 %), som dækker både den regionale og kommunale sundhedstjeneste samt praksissektoren.

Figur 9. Arenaer for aktiviteter angivet af partnerskaberne. Fordelt efter procent.

I et supplerende spørgsmål er partnerskaberne blevet spurgt om, hvorvidt partnerkredsen har givet adgang til relevante arenaer. I alt 83 % af partnerskaberne vurderer i høj eller meget høj grad, at partnerkredsen har givet adgang til relevante arenaer, hvor målgruppen færdes (data ikke vist), mens 14 % vurderer i nogen grad. Et enkelt partnerskab, svarende til 3 %, har angivet, at partnerkredsen slet ikke har givet adgang til relevante arenaer.

Figur 10 nedenfor viser fordelingen af arenaer efter de syv nationale mål. For de nationale mål; "Færre børn skal være overvægtige" og "Flere skal vælge et røgfrit liv", angiver den største andel af partnerskaber (henholdsvis 50 % og 31 %), at deres aktiviteter finder sted i sundhedsvæsenet. For det nationale mål; "Færre skal have et skadeligt alkoholforbrug", angiver den største andel af partnerskaber (30 %), at deres aktiviteter finder sted i målgruppens nærmiljø. For det nationale mål; "Flere børn skal trives og have god mental sundhed", angiver den største andel af partnerskaber (25 %), at deres aktiviteter finder sted på skoler og uddannelsesinstitutioner.

Figur 10. Arenaer fordelt efter de syv nationale mål. Procent.

Knap to ud af tre af partnerskabsprojekterne (n=23) har landsdækkende eller regional rækkevidde, det vil sige, at deres aktiviteter foregår i hele landet eller i regionalt regi, mens omtrent én ud af tre (n=14) har lokal rækkevidde, hvormed deres aktiviteter foregår lokalt, eksempelvis i en kommune.

5.7 Opsamling

Der er stor tilslutning til partnerskabspuljens overordnede fokus på ulighed i sundhed. Således angiver 95 % af partnerskaberne, at de arbejder med det nationale mål om, at uligheden i sundhed

skal mindskes. Endvidere har 59 % af partnerskaberne "Udsatte grupper" som målgruppe. Størstedelen af indsatsen mod ulighed i sundhed synes således at basere sig på indsatser til særligt udsatte grupper, mens projekterne i lidt mindre omfang fokuserer på at ændre den sociale gradient, forstået som en gradvis ulighed i den brede befolkning, der er forbundet med social position.

Samlet set kendetegnes partnerskaberne af en relativt høj grad af indre kompleksitet. Komplexiteten knytter sig til målgrupperne, som i mange af partnerskaberne udgøres af udsatte grupper, der af forskellige årsager er vanskelige at rekruttere og/eller inkludere i traditionelle sundhedsindsatser. Komplexiteten knytter sig også til selve partnerskabskonstellationen, herunder typen og antallet af partnere, hvor partnerkredsen skal lære at samarbejde om et fælles mål. Og endelig knytter kompleksiteten sig til opgavens karakter, som for cirka halvdelen af partnerskaberne er forbundet med udviklingsopgaver og innovation. Dette bliver nærmere belyst i næste kapitel.

6 Partnerskabernes aktiviteter

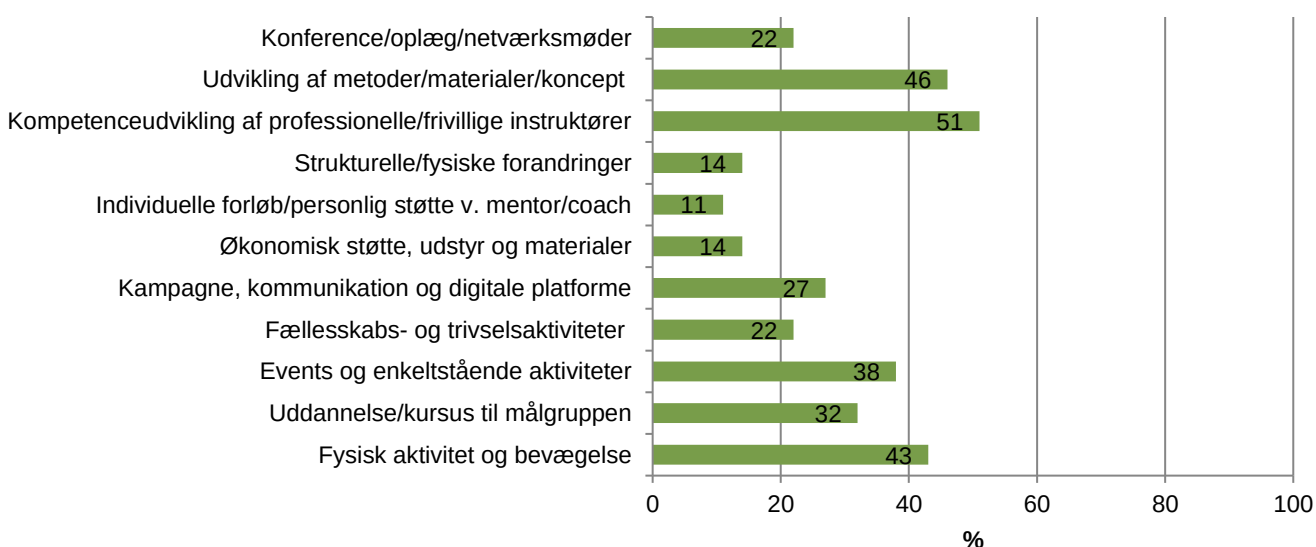
Dette kapitel belyser, hvilke typer aktiviteter partnerskaberne har iværksat, samt de primære kontekstuelle faktorer, som har haft betydning for planlægning og gennemførelse af aktiviteterne.

6.1 Aktivitetstyper

Partnerskaberne har angivet, hvilke aktiviteter målrettet borgere og/eller medarbejdere der er gennemført i regi af partnerskabet. Figur 11 viser aktiviteterne fordelt efter 11 kategorier. De tre øverste aktiviteter ("Konference/oplæg/netværksmøder", "Udvikling af metoder/materialer/koncept" samt "Kompetenceudvikling af professionelle/frivillige instruktører") kan betegnes som kapacitetsopbyggende aktiviteter. De retter sig mod de professionelle og/eller det organisatoriske niveau, og har til formål at øge partnerens mulighed for at skabe forandring for målgruppen. De efterfølgende otte aktiviteter er borgerrettede aktiviteter, hvis formål mere direkte er at skabe forandring for målgruppen. Partnerskabsarbejde, forstået som projektgruppemøder og lignende, er ikke inkluderet i opgørelsen af aktiviteter.

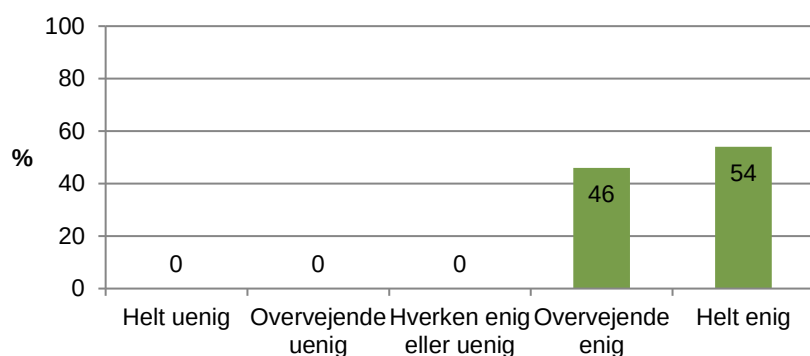
Af figuren fremgår det, at godt halvdelen (51 %) har haft fokus på "Kompetenceudvikling af professionelle/frivillige instruktører", og knap halvdelen (46 %) af partnerskaberne har arbejdet med at "Udvikle metoder/materialer/koncept". Der ses en større spredning i de borgerrettede aktiviteter, hvor "Fysisk aktivitet og bevægelse" er den hyppigste aktivitet (43 %), efterfulgt af "Events og enkeltstående aktiviteter" (38 %) og "Uddannelse/kursus til målgruppen" (32 %).

Figur 11. Andel af partnerskaberne, der angiver at have gennemført aktiviteter målrettet borgere og/eller medarbejdere i regi af partnerskabet. Procent.



I spørgeskemaet har partnerskaberne endvidere svaret på, hvor enige de er i, at partnerskabet har gjort det muligt at eksperimentere med løsninger, som ellers ikke ville være blevet afprøvet. Her angiver alle partnerskaber, at de enten er overvejende eller helt enige i, at puljen har givet dem mulighed for at eksperimentere.

Figur 12. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad de er enige i partnerskabets mulighed for at eksperimentere. Procent.

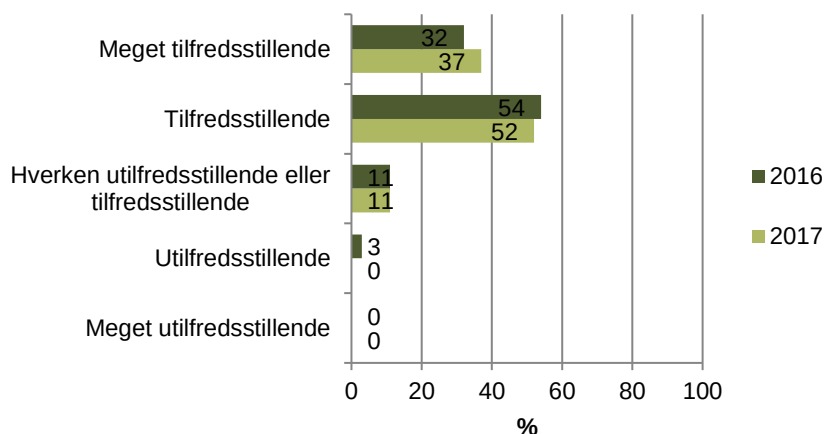


Samlet set finder vi således, at regeringens ønske om en kreativ og mangefacetteret indsats er indfriet. Eksempelvis har knap halvdelen af projekterne eksplicit arbejdet med at udvikle nye metoder, materialer eller koncepter (figur 11). Af aktivitetsbeskrivelserne fremgår det imidlertid, at også de øvrige aktiviteter i høj grad er udtryk for en videreudvikling af eksempelvis et eksisterende koncept tilrettet en ny målgruppe eller ny arena, eller inddragelse af målgruppen på nye måder m.m.

6.2 Kvalitet af de gennemførte aktiviteter

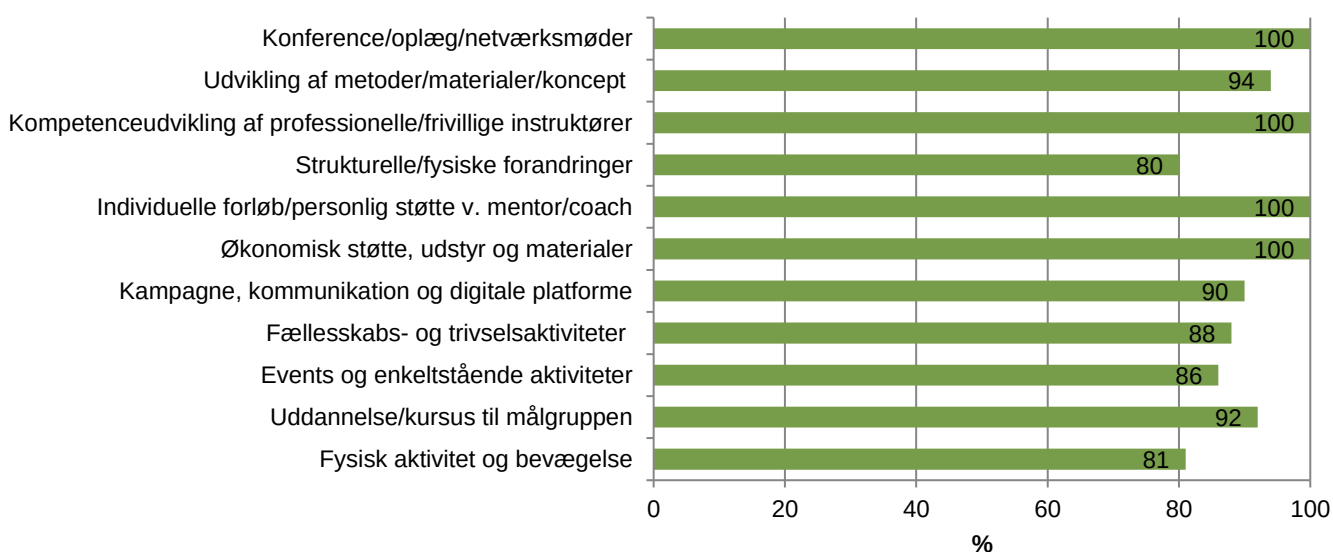
Partnerskaberne har angivet, hvordan de overordnet set vurderer kvaliteten af de gennemførte aktiviteter i forhold til muligheden for at opnå de forventede virkninger. Samlet set vurderer partnerskaberne, at de gennemførte aktiviteter har en høj kvalitet. Af figur 13 ses udviklingen fra 2016-2017. Det fremgår, at størstedelen af partnerskaberne vurderer kvaliteten positivt: I alt 86 % af partnerskaberne angav i 2016 kvaliteten som enten tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende, mens den tilsvarende andel var 89 % i 2017.

Figur 13. Vurdering blandt partnerskaberne af kvaliteten af de gennemførte aktiviteter. Procent.



Figur 14 viser andelen af partnerskaberne, der vurderer kvaliteten af de gennemførte aktiviteter som enten tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende fordelt efter de forskellige typer aktivitet. For den organisatoriske kapacitetsopbygning angiver alle partnerskaber, at kvaliteten af de gennemførte aktiviteter er tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende for "Konference/oplæg/netværksmøder" og "Kompetenceudvikling af professionelle/frivillige instruktører". Også for aktiviteter målrettet selve målgruppen oplever alle partnerskaber aktiviteternes kvalitet som tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende for både "Individuelle forløb/støtte v. mentor/coach" og "Økonomisk støtte, udstyr og materialer". Det skal bemærkes, at omtrent en femtedel vurderer, at kvaliteten af de "Strukturelle/fysiske forandringer" samt af "Fysisk aktivitet og bevægelse" hverken er utilfredsstillende eller tilfredsstillende (data ikke vist).

Figur 14. Andel af partnerskaberne, der vurderer kvaliteten af de gennemførte aktiviteter som tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende fordelt efter aktiviteter.



6.3 Udfordringer forbundet med aktiviteterne

Mens ovenstående vurdering af aktiviteternes kvalitet viser en meget positiv vurdering, har vi også spurgt til partnerskabernes udfordringer forbundet med planlægning og implementering af aktiviteter. I spørgeskemaet har partnerskaberne i fritekst beskrevet de væsentligste udfordringer i den forbindelse. Her har de mest fremtrædende kontekstuelle faktorer været: 1) tid som en knap ressource, 2) rekruttering af målgruppen, og 3) social innovation, som uddybes nedenfor med brug af det kvalitative materiale. Foruden disse tre faktorer nævner partnerskaberne forskellige organisatoriske forhold og især ændringer i politiske strategier eller organisatoriske prioriteringer undervejs i projektperioden som kontekstuelle faktorer, der har udfordret partnerskabernes fremdrift.

6.3.1 Tid som en knap ressource

En del partnerskaber angiver, at projektet har krævet mere tid og ressourcer, end de oprindeligt havde forventet. En interviewperson formulerer det således:

"... helt banalt, kan man jo sige, at det har krævet rigtig mange møder. Jeg tror sjældent, jeg har været i et projekt, hvor jeg har lagt så mange mødetimer."

En anden interviewperson fortæller:

"Det har været en ekstrem omfattende og ressourcetung proces..."

I besvarelsene fremgår det, at det især er samarbejdskonstellationen, hvor alle partnere skal høres og inddrages i beslutningsprocesserne, som er meget tidskrævende. Desuden nævnes udviklingsarbejdet og administration forbundet med afrapportering som tidskrævende opgaver.

I spørgeskemaet har vi spurgt, i hvilken grad der har været den nødvendige tid til projektledelse og samarbejdsprocesser. Her vurderer 61 % af partnerskaberne i høj grad eller meget høj grad, at der har været den nødvendige tid til projektledelse og samarbejdsprocesser, mens 31 % vurderer i nogen grad, at dette har været tilfældet, og 3 % i lav grad. Således vurderer omtrent en tredjedel af partnerskaberne, at tid har været en sparsom ressource (data ikke vist).

Generelt fortæller partnerskaberne, at de har investeret væsentligt mere tid i projektet end oprindeligt angivet i budgettet:

“Et andet område, hvor de forventede resultater ikke har levet op til forventningerne har været om, hvor meget tid og ressourcer projektgruppen skulle anvende for at introducere, promovere og holde fast i de forskellige aktiviteter.”

Således tolker vi, at en del partnerskaber undervurderede de tids- og ressourcekrav, som projekterne stillede, i deres oprindelige planer. I nogle partnerskaber har det ført til tilretning af aktivitetsniveauet, i andre partnerskaber er der tilført ressourcer fra andet steds i form af eksempelvis løntimer.

6.3.2 Rekruttering

Rekruttering af målgrupper fremstår som en særlig udfordring, som har påvirket fremdriften for en del af partnerskaberne. Vi har ikke spurgt eksplicit ind til dette i spørgeskemaet, men på baggrund af fritekstbesvarelser og vores case-analyser vurderer vi, at op mod en tredjedel af partnerskaberne har oplevet vanskeligheder med at rekruttere de ønskede målgrupper:

“Projektet vurderes at være for ambitiøst for den tiltænkte målgruppe – socialt udsatte borgere.”

“Det gjorde det svært at implementere, da få mødte op, og langt de fleste faldt fra inden kursusophør.”

Rekruttering af resourcesvage og såkaldte “hard-to-reach” grupper er en generel udfordring på sundhedsområdet (Bonevski et al., 2014; Liljas et al., 2017; Flanagan og Hancock, 2010). I og med at over halvdelen af partnerskaberne har haft udsatte grupper som målgruppe, er rekrutteringsudfordringerne måske ikke overraskende. På baggrund af evalueringsdata kan vi ikke vurdere, om partnerskaberne er lykkedes bedre eller dårligere med rekruttering af udsatte målgrupper sammenlignet med andre forebyggelsesaktiviteter.

I case-analyserne finder vi, at det især er aktiviteter med udgangspunkt i en risikobaseret sundhedsforståelse som i mindre grad har tiltalt de udsatte målgrupper:

“... hvis jeg skal være helt lige ind til benet [...] det er ikke sikkert at for vores målgruppe, at alle de der KRAM-spørgsmål er helt vildt relevante...”

“... så består arbejdet jo i at få medarbejderne til at komme til de her sundhedscaféer for eksempel, eller der er skovfitness for eksempel i en kommune, så få dem til at komme første gang [...] det er klassisk for det her felt, tænker jeg, at det er jo dem, der er mest motiveret, der bider på de her tilbud [...] Selvom det er gratis, og selvom de selv får lov til at sige, hvad de gerne vil have, så betyder det stadigvæk, at det er en lille mængde, der gør brug af det.”

Omvendt lægger en del partnerskaber meget eksplicit vægt på, at de ikke har baseret deres aktiviteter på *“en løftet pegefinger”*, som de kalder det, i forhold til sundhed. Her har aktiviteterne eksempelvis haft fokus på street-kultur, fællesskaber eller uddannelse i iværksætteri og entreprenørskab for at finde mere motiverende tilgange til at arbejde med målgruppen. Der tegner sig dog ikke et entydigt billede af, hvad der skal til for at lykkes med rekruttering. På baggrund af besvarelsene er det dog tydeligt, at rekruttering af målgruppen kræver prioritering.

6.3.3 Social innovation

I det kvalitative materiale finder vi en tendens til, at de partnerskaber, som har været mest ambitiøse i forhold til samskabelse og innovation, også skildrer en række udfordringer forbundet hermed:

“Det har været udfordrende at udvikle et helt nyt koncept...”

“Der er plus og minus ved det hele, men jeg synes dælmme, det er en ulempe i forhold til, at det er så ukonkret.”

Samtidig beskrives udviklingsopgaven af nogle partnerskaber med ord som *“diffus”* og *“ukonkret”*. Vi finder, at noget af det, der kendetegner disse partnerskaber, er en manglende struktur eller retning for det ‘nye’, hvormed opgaven for de involverede opleves som vanskelig at definere. Stillet over for denne usikkerhed falder nogle projekter tilbage til mere velkendte aktiviteter:

“Dét, at vi egentlig havde helt frie rammer her, det synes jeg heller ikke helt, at vi har fået udfoldet i hverdagen. Vi har manglet at kunne tænke nyt. Vi er kommet til at tænke ind i de systemer og de erfaringer, vi havde i forvejen. Vi har ligesom ikke helt fået overskredet de rammer.”

“Noget af det [har] været gammel vin på nye flasker. For eksempel rygepolitik, kostpolitik, søvn og måden at prioritere sit søvnmønster på. Helbredstjek. Det har alt sammen været forhold eller tilbud, som medarbejderne havde i forvejen. Så har der været aktiviteter, som de ikke kendte til i forvejen [...] men det har været relativt små aktiviteter i forhold til projektets omfang. Så der har ikke været en stor grad af fornyelse.”

Nogle partnerskaber vurderer således, at de ikke i tilstrækkelig grad er lykkedes med at udvikle de nye, innovative indsatser, som var målet. Dette gælder især de partnerskaber, som havde størst ambitioner om at udvikle helt nye tiltag og koncepter. Omvendt finder vi, at partnerskaber, der har haft som mål at bygge videre på eksisterende erfaringer og velkendte aktiviteter, fortæller om større succesoplevelser. Et eksempel herpå er et partnerskab, hvor partnerne kom med to færdigudviklede koncepter. Her bestod udviklingsarbejdet i at kombinere de to koncepter og udbrede partnerkredsens aktiviteter, hvilket partnerne oplever, har givet en stor merværdi til begge partnere. Desuden fortæller de: *“Vi har faktisk alle programår realiseret mere end det målsatte.”*

Flere partnerskaber fortæller også, hvordan deres succes med aktiviteter skyldes tidligere erfaring:

“Det er altafgørende for et så stort projekt som her, at der kommer en kompetent partner, som har erfaringer, og som er fortrolig med at lave den her type projekter.”

De kvalitative data kan hermed nuancere opgørelsen fra figur 14 ovenfor, hvor det fremgik, at trods en generel meget høj vurdering af aktiviteterernes kvalitet er der forskelle, hvor den højeste kvalitet er forbundet med aktiviteter, som i udgangspunktet må formodes at være relativt veldefinerede, såsom mentorforløb og økonomisk støtte til deltagelse i aktiviteter eller indkøb af materiel. Derimod vurderes kvaliteten en smule lavere for aktiviteter, der i højere grad indebærer udviklingsaktiviteter som eksempelvis enkeltstående events og bevægelsesaktiviteter, samt det specifikke udviklingsarbejde. Dette er ikke overraskende, da udviklingsorienterede opgaver, hvor produktet ikke er fast

defineret, netop er kendetegnet ved en højere grad af usikkerhed end kendte, fastdefinerede aktiviteter. Mulgan (2007) vurderer endda, at langt de fleste forsøg på innovation fejler, og at vellykket innovation ofte består i netop at kombinere eksisterende elementer frem for at opfinde helt nye løsninger.

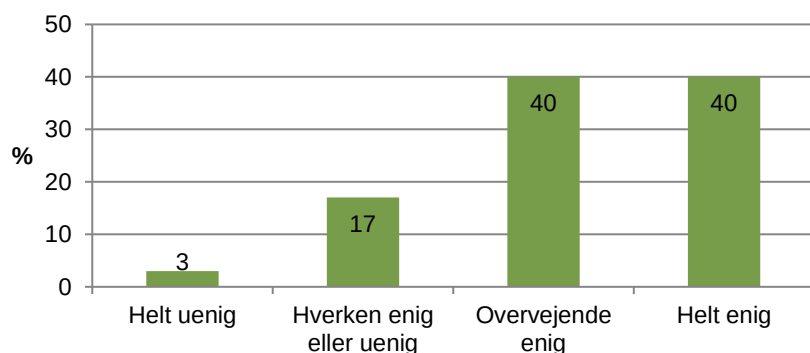
Sammenfattende finder vi, at social innovation opnås bedst, når der er en balance mellem fleksibilitet og struktur. Det vil sige, at rammerne på én gang giver mulighed for løbende justering og læring, men at der samtidig er et veldefineret udgangspunkt at bygge videre på og et relativt afgrænset mål at arbejde henimod. Hvis rammerne bliver for åbne og udefinerede, synes det at hæmme projektets kreativitet frem for at fremme den.

6.4 Potentiale for udbredelse af aktiviteter

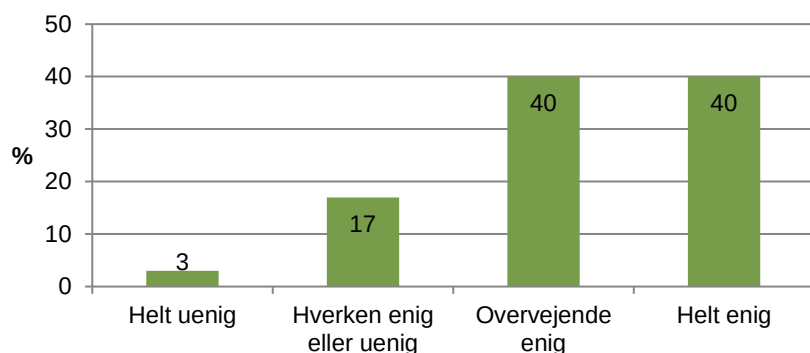
I evalueringen har vi søgt at belyse betydningen af aktiviteterne lokale forankring ved at spørge partnerskaberne, i hvilken grad de har arbejdet med at skræddersy deres aktiviteter til den lokale kontekst, samt i hvilken grad aktiviteterne kan udbredes til andre organisationer eller arenaer.

Svarfordelingen for de to spørgsmål er identisk (figur 15 og 16). Således vurderer 80 % af partnerskaberne, at de er helt enige eller overvejende enige i, at aktiviteterne er skræddersyet til den enkelte organisation/arena. Ligeledes vurderer 80 %, at aktiviteterne forholdsvis nemt kan udbredes til lignende organisationer eller arenaer.

Figur 15. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad de er enige i, at partnerskabet har arbejdet med at skræddersy aktiviteter til de enkelte organisationer/arenaer. Procent.



Figur 16. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad de er enige i, at aktiviteterne nemt kan udbredes til lignende organisationer/arenaer. Procent.



Forholdet mellem skræddersyede aktiviteter og aktiviteternes generaliserbarhed er interessant. Umiddelbart kunne man forvente en modsætning mellem, hvorvidt aktiviteterne tilpasses til den lokale kontekst og muligheden for, at aktiviteterne kan udbredes til andre organisationer/arenaer. Dette synes imidlertid ikke at være partnerskabernes vurdering. De kvalitative analyser understøtter dette billede. Her fortæller interviewpersonerne om arbejdet med at tilpasse aktiviteter til den lokale kontekst, hvor der arbejdes med samtidig konkretisering og overførbarehed. Et partnerskab fortæller eksempelvis om arbejdet med et standardiseret koncept, hvor man har arbejdet med at udbrede konceptet til mange kommuner:

“Altså vi kalder det nogen gange, at vi får en fjerde partner på, fordi i og med at det er kommunerne, der skal finansiere tilbuddet, når vi ligesom kører i drift, som vi kalder det, så har de jo også en stor interesse i, at det bliver gjort i overensstemmelse med noget værdisæt, der måske ligger i den enkelte kommune, eller de får medindflydelse.”

“Vi skal bruge mere energi på det [...] det er ikke piece of cake som det måske kunne lyde, plug and play bummelum, så kører vi bare. Nej det er hårdt arbejde.”

Ligeledes fortæller et partnerskab, der har arbejdet med at udvikle et standardiseret koncept:

“Den model den kræver bare ekstrem meget lokal tilpasning, og den kræver ligesom, at der er de rette betingelser, hvis arbejdspladsen skal være arena.”

Af citaterne fremgår det, at også standardiserede koncepter kræver tilpasning og et stort implementeringsarbejde, i det omfang indsatserne skal implementeres lokalt. Et standardiseret koncept, som kan udbredes til mange organisationer eller arenaer, kræver ikke mindre implementeringskraft, når det eksempelvis implementeres tiende gang, og hver organisation/arena skal tilpasse konceptet til deres lokale kontekst.

Flere partnerskaber fortæller således, at de har nedjusteret omfanget af den planlagte indsats og i stedet har fokuseret på at tilpasse indsatsen til et mindre antal organisationer, som citaterne nedenfor illustrerer:

“Vi har gennemført de aktiviteter, som vi har besluttet, men skaleringen har været en anden. Altså vi havde et ambitionsniveau, der var højere, kan man sige...”

“Den oprindelige projektbeskrivelse viste sig i løbet af projektets første år at rumme nogle vanskeligheder i forhold til at nå de beskrevne mål om at skabe aktiviteter på 30 arbejdspladser hvert år. Derfor blev projektet skaleret ned til mere målrettede aktiviteter på et færre antal arbejdspladser.”

Således finder vi, at behovet for lokal tilpasning har været en læring i nogle partnerskaber, som har betydet en justering af projektets ambitionsniveau.

6.5 Opsamling

Samlet set finder vi, at partnerskaberne har iværksat en bred vifte af aktiviteter, og at de indfrier partnerskabspuljens ambition om en kreativ og mangefacetteret indsats. Alle partnerskaber vurderer, at partnerskabspuljen har givet dem mulighed for at eksperimentere med løsninger, som ellers ikke ville være blevet afprøvet, og generelt vurderer partnerskaberne, at kvaliteten af deres aktiviteter er høj. Størstedelen af partnerskaberne har arbejdet med lokal tilpasning af deres aktiviteter og vurderer, at aktiviteterne forholdsvis nemt kan udbredes til lignende organisationer eller arenaer.

Vi finder, at særligt tre kontekstuelle faktorer har haft betydning for partnerskabernes planlægning og implementering af aktiviteter: Tid er en knap ressource, og partnerskabsarbejdet tager ofte længere tid, end når enkelt-organisationer iværksætter aktiviteter alene. Rekruttering af udsatte målgrupper er en udfordring, som har betydet en nedjustering af aktiviteterne i en række partnerskaber. Endelig finder vi, at høje ambitioner om social innovation kan være vanskelige at indfri. Det kræver et veldefineret udgangspunkt og velafgrænset mål, såvel som fleksibilitet og løbende læring, at lykkes med social innovation.

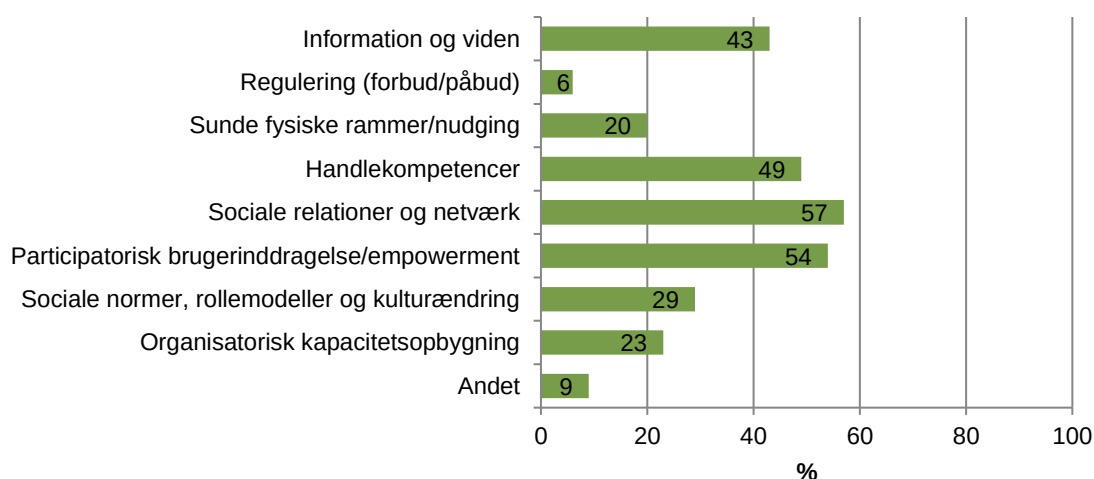
7 Sundhedsmekanismer

Dette afsnit belyser, hvilke sundhedsmekanismer projekterne har forsøgt at aktivere i relation til specifikke mål og målgrupper og kontekstuelle faktorer forbundet hermed.

7.1 Partnerskabernes valg af mekanismer

Figur 17 viser, hvilke sundhedsmekanismer partnerskaberne har forsøgt at aktivere gennem deres aktiviteter. Vi har bedt partnerskaberne om at angive, hvordan de igangsatte aktiviteter opnår deres virkning (de kunne afkrydse op til tre mekanismer). Der er procentvis flest partnerskaber, der angiver, at deres aktiviteter opnår virkning gennem mekanismerne: "Sociale relationer og netværk" (57 %), "Participatorisk brugerinddragelse/empowerment" (54 %), "Handlekompetencer" (49 %), samt "Information og viden" (43 %). Kun få partnerskaber (6 %) vurderer, at deres aktiviteter opnår virkning gennem "Regulering (forbud/påbud)".

Figur 17. Andel af partnerskaberne, der angiver, at aktiviteterne opnår deres virkning gennem forskellige virkningsmekanismer. Procent.



Prioriteringen af sundhedsmekanismer afspejler således ikke anbefalingerne om effektive forebyggelsesindsatser, hvor strukturelle indsatser baseret på blandt andet regulering ofte beskrives som de mest effektive (Langkilde og Holt, 2017; Vestbo et al., 2018). Derimod er der stor vægt på sundhedsfremme (salutogenese) i og med, at de tre hyppigste mekanismer alle har fokus på at skabe positiv forandring og styrke målgruppens sundhed og velvære gennem henholdsvis handlekompetencer, sociale relationer og aktiv deltagelse.

Partnerskabspuljens prioritering af operationelle partnerskaber (det vil sige arbejdet med at iværksætte konkrete aktiviteter) kan sammen med finansieringen på op til 5 millioner kroner være en del

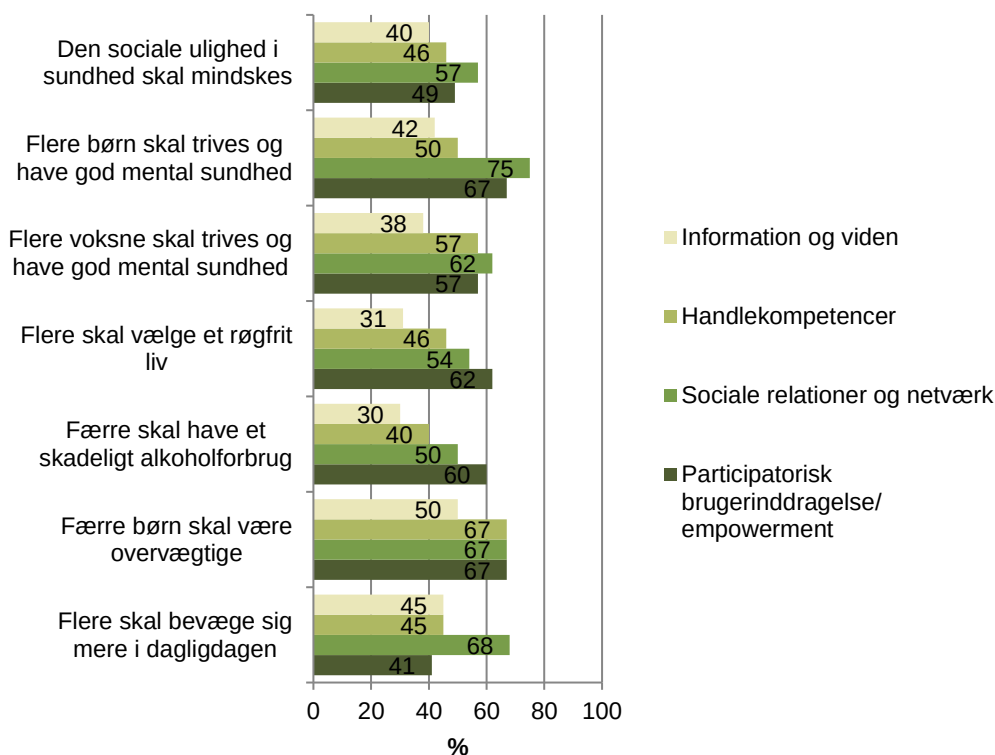
af forklaringen på denne prioritering. De fire mest hyppige mekanismer ("Sociale relationer og netværk", "Participatorisk inddragelse/empowerment", "Handlekompetencer" samt "Information og viden") er alle kendetegnet ved, at de potentielt kan iværksættes igennem projektaktiviteter af væsentlig mindre skala. Omvendt indebærer mekanismer, som baserer sig på strukturelle forandringer, i højere grad forandringer på samfundsniveau, som måske kan være mere vanskelige at iværksætte i et afgrænset projekt. En anden forklaring skal måske findes i selve partnerskabskonstellationen, hvor det muligvis kan være nemmere at enes om et fælles mål baseret på at skabe positiv forandring frem for restriktive indsatser. Det vender vi tilbage til i afsnit 8.4.

7.2 Sundhedsmekanismer fordelt efter de nationale mål

Figur 18 viser, hvordan de fire hyppigste sundhedsmekanismer fordeler sig efter de syv nationale mål. Når den procentvise fordeling sammenlignes med fordelingen i figur 6, fremgår det, at mekanismen "Sociale relationer og netværk" i særlig grad forsøges aktiveret til målene "Flere børn skal trives og have god mental sundhed" (75 %), "Færre børn skal være overvægtige" (67 %) og "Flere skal bevæge sig mere i dagligdagen" (68 %). Mekanismen "Participatorisk brugerinddragelse/empowerment" forsøges ligeledes i særlig grad aktiveret til målene "Flere børn skal trives og have god mental sundhed" (67 %) og "Færre børn skal være overvægtige" (67 %) samt målene "Flere skal vælge et røgfrit liv" (62 %) og "Færre skal have et skadeligt alkoholforbrug" (60 %).

Mekanismerne "Regulering (forbud/påbud)", "Sunde fysiske rammer/nudging", "Sociale normer, rollemønstre og kulturændring", samt "Organisatorisk kapacitetsopbygning" er ikke vist i figuren, da de udgør en relativt set lille andel.

Figur 18. Andel af partnerskaber, der angiver, at aktiviteterne opnår deres virkning gennem forskellige virkningsmekanismer, fordelt efter de syv nationale mål. Procent.



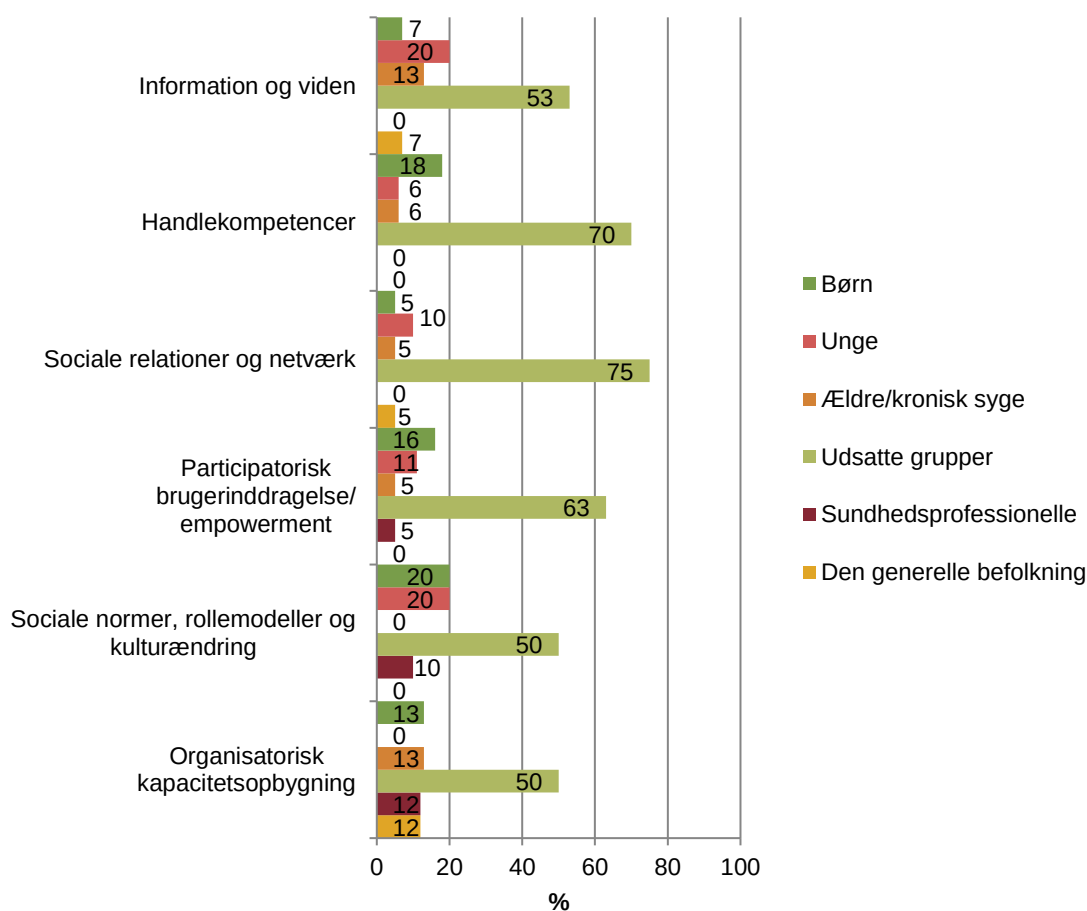
Samlet set finder vi, at de fire hyppigste sundhedsmekanismer fordeler sig relativt jævnt mellem de nationale mål.

7.3 Sundhedsmekanismer fordelt på målgrupper og arenaer

Figur 19 viser fordelingen af målgrupper på de forskellige sundhedsmekanismer. Opgørelsen skal ses i forhold til de forskellige målgruppers størrelse (se figur 7). Det fremgår af figuren, at mekanismerne "Sociale relationer og netværk" (75 %), "Handlekompetencer" (70 %) og "Participatorisk brugerinddragelse/empowerment" (63 %) særligt søges aktiveret til målgruppen "Udsatte grupper". Mekanismen "Information og viden" søges særligt aktiveret til målgrupperne "Ældre/kronisk syge" (13 %) og "Unge" (20 %). Mekanismen "Sociale normer, rollemodeller og kulturændring" søges særligt aktiveret i relation til målgrupperne "Børn" og "Unge", som begge udgør 20 %.

Mekanismen "Regulering (forbud/påbud)" fremgår ikke af figuren, da kun to partnerskaber har angivet denne – begge med unge som målgruppe. Mekanismen "Sunde fysiske rammer/nudging" fremgår ligeledes ikke, da den også udgør en relativt set lille andel.

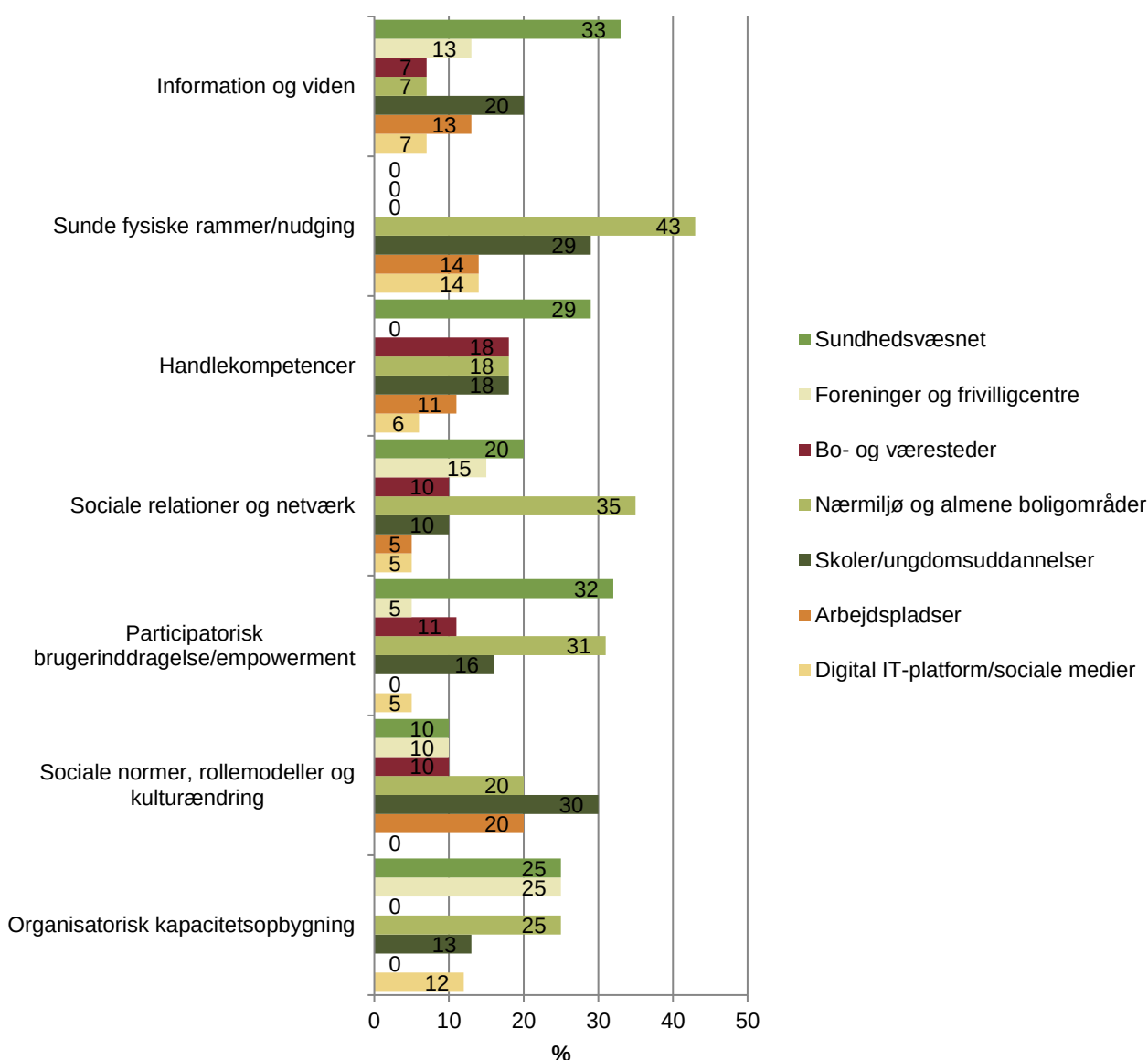
Figur 19. Andel partnerskaber, der anvender de forskellige mekanismer, fordelt efter målgruppe. Procent.



Af figur 20 ses fordelingen af mekanismer på de forskellige arenaer. Der henledes i denne forbindelse opmærksomhed på størrelsen af de forskellige arenaer (se figur 9). Det fremgår, at mekanismen "Participatorisk brugerinddragelse/empowerment" især søges aktiveret i arenaerne "Sund-

hedsvænet” (32 %) og “Nærmiljø og almene boligområder” (31 %). Mekanismen “Sociale relationer og netværk” søges primært aktiveret i arenaerne “Nærmiljø og almene boligområder” (35 %) og “Sundhedsvænet” (20 %). I forhold til mekanismen “Handlekompetencer” søges denne overvejende aktiveret i arenaerne “Sundhedsvænet” (29 %) samt “Bo- og væresteder”, “Foreninger og frivilligcentre” og “Skoler/ungdomsuddannelser”, alle med 18 %. “Regulering (forbud/påbud)” er ikke medtaget i figuren, da denne kun søges aktiveret af to partnerskaber, begge med “Skoler/ungdomsuddannelser” som arena.

Figur 20. Andel partnerskaber, der anvender de forskellige mekanismer, fordelt efter arena. Procent.



Samlet set viser figur 19 og 20 således, at der er en relativ set stor spredning af sundhedsmekanismer, som i stor udstrækning svarer til den forventede fordeling for henholdsvis de forskellige målgrupper og arenaer. Eksempelvis søger projekter til målgruppen “Sundhedsprofessionelle” at aktivere mekanismen “Organisatorisk kapacitetsopbygning”, mens projekter rettet mod sundhedsvænet som arena søger at aktivere mekanismerne “Information og viden”, “Participatorisk brugerinddragelse/empowerment” og “Handlekompetencer”. Det er måske mest overraskende, at “Information og viden” i særlig grad benyttes til målgruppen “Unge”, da dette ikke stemmer overens med

viden om de mest effektive forebyggelsesindsatser for denne gruppe (Vestbo et al., 2018; Bronfenbrenner, 1974). Samtidig er det dog også i indsatser på uddannelsesinstitutionerne, at vi ser forsøg på at aktivere mekanismen "Regulering (forbud/påbud)".

7.4 Kontekstens betydning

På baggrund af evalueringsdesignet kan vi ikke konkludere, i hvilket omfang projekterne er lykkedes med at aktivere sundhedsmekanismerne igennem deres aktiviteter, om end vi finder indikationer i case-materialet på, at dette sker i varierende grad. Nogle partnerskaber ser ud til at lykkes med at aktivere en mekanisme som eksempelvis "Sociale relationer og netværk". De fortæller eksempelvis, at målgrupper er "*blevet selvkvørende*", som en interviewdeltager udtrykker det, og at de er begyndt at arrangere aktiviteter selv, hvilket betragtes som en indikator for succes. Andre partnerskaber fortæller om forskellige kontekstuelle forhold, som har begrænset projekternes evne til at udløse de forventede mekanismer. Eksempelvis fortæller flere partnerskaber, som foregår på arbejdspladser med kortuddannede medarbejdere, at arbejdspladsen som arena har repræsenteret nogle uforudsete kontekstuelle barrierer.

Et partnerskab beskriver eksempelvis, at medarbejdernes lønarbejderkultur har været en overraskende udfordring:

"Hele præmissen har jo været, at det her skulle være en indsats på arbejdspladsen, og hos [virksomhed] er der sådan en udpræget lønarbejderkultur, hvor man går på arbejde, når man går på arbejde, og man har fri, når man har fri. Men rammen om projektet har været, at indsatser skulle foregå i fritiden. [...] Altså det, vi har haft til rådighed, har været, at der kunne være aktiviteter på tavlemøder 1-2 minutter om ugen."

Et andet partnerskab fortæller, at relationen mellem kortuddannede medarbejdere og arbejdsgiver, har været en uforudset forhindring for at arbejde med sundhed på arbejdspladsen:

"Ulempen, det er [...] vi tager udgangspunkt i arbejdspladsen som ramme, og hvis man så er [...] medarbejder, og man føler sig lidt kørt over på sit arbejde nogle gange, fordi der er så mange krav til det, man skal, og hastighed, og man er ikke øverst i hierarkiet [...] så kan man godt være bekymret for at forholde sig til sundhed på sit arbejde. Altså hvorfor skal arbejdsgiver ligesom blandes ind i det."

På denne baggrund problematiserer særligt ét partnerskab projektaktiviteternes relevans – og dermed muligheden for at aktivere projektets mekanismer – på de udvalgte arbejdspladser:

"Som fagperson tænker jeg jo, at det er helt rigtigt at bruge arbejdspladsen som arena [...] at lave fx aktiviteter i arbejdstiden i forhold til at forebygge, det kunne også være rygestop, at man ikke må ryge på sin arbejdsplads. Det giver også set fra et fagligt synspunkt god mening, men det er ikke sikkert, at det gør det politisk eller personligt [...] Jeg tænker, at det der med fysisk nedslidning og psykisk nedslidning, det er jo vores [målgruppes] udfordring, og der kan man sige, der er arbejdsgiver jo også en aktiv part, fordi det er noget, man bliver, fordi man går på arbejde [...] hvorimod det man putter i munden, om man ryger, og om man bevæger sig, det bliver meget hurtigt, jeg siger ikke, at det er det teoretisk, men det kan meget hurtigt kommunikativt blive et individuelt anliggende [som arbejdspladsen ikke skal blande sig i]"

Citatet ovenfor illustrerer, hvordan arenaen ikke blot er en tom ramme, der giver adgang til målgruppen. Derimod udgør arenaen en selvstændig betydningsstruktur, som gør nogle aktiviteter meningsfulde, mens andre bliver meningsløse eller kan mangle legitimitet qua den konkrete kontekst.

7.5 Opsamling

Overordnet set finder vi, at partnerskaberne hyppigst søger at aktivere fire sundhedsmekanismer: “Sociale relationer og netværk”, “Participatorisk brugerinddragelse/empowerment”, “Handlekompetencer” og “Information og viden”. Mekanismerne fordeler sig nogenlunde jævnt i forhold til både de nationale mål for folkesundhed, projekternes målgrupper og arenaer.

Vi kan ikke konkludere, i hvilken udstrækning partnerskaberne er lykkedes med at aktivere de forskellige mekanismer, men ud fra det kvalitative data vurderer vi, at dette sker i varierende grad.

8 Målopfyldelse

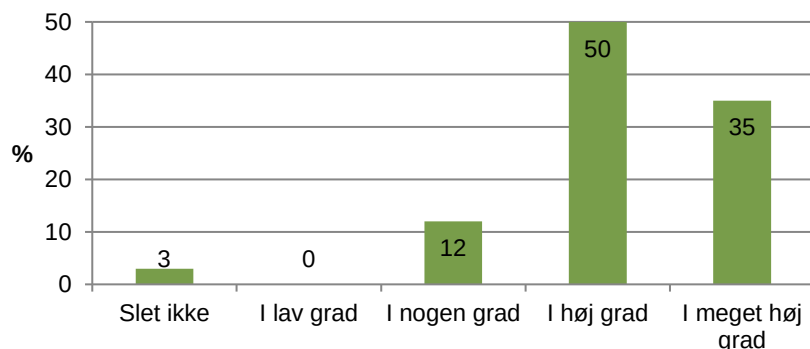
Dette kapitel belyser, i hvilket omfang partnerskaberne er lykkedes med at indfri deres målsætninger, samt hvordan målopfyldelsen fordeler sig efter de nationale mål og sundhedsmekanismer. Endvidere analyserer vi målsætningernes beskaffenhed sidst i kapitlet.

8.1 Indfrielse af målsætninger

Partnerskaberne er blevet bedt om at angive, i hvilken grad de har indfriet deres målsætninger. I fritekst har de angivet deres målsætninger (op til ti målsætninger) og vurderet på en skala fra 1-5 (fra "Slet ikke" til "I meget høj grad"), i hvilken grad hver målsætning er blevet opfyldt. For hvert partnerskab har vi beregnet en gennemsnitsscore afrundet til nærmeste hele tal. Det er dette gennemsnit, som benyttes i de kvantitative analyser af partnerskabernes målopfyldelse.

Som det fremgår af figur 21, vurderer størstedelen af partnerskaberne (i alt 85 %), at de i høj grad eller meget høj grad har opnået deres målsætninger. Derimod angiver 12 % af partnerskaberne, at de kun i nogen grad har opnået deres målsætninger, mens 3 % slet ikke har opnået dem.

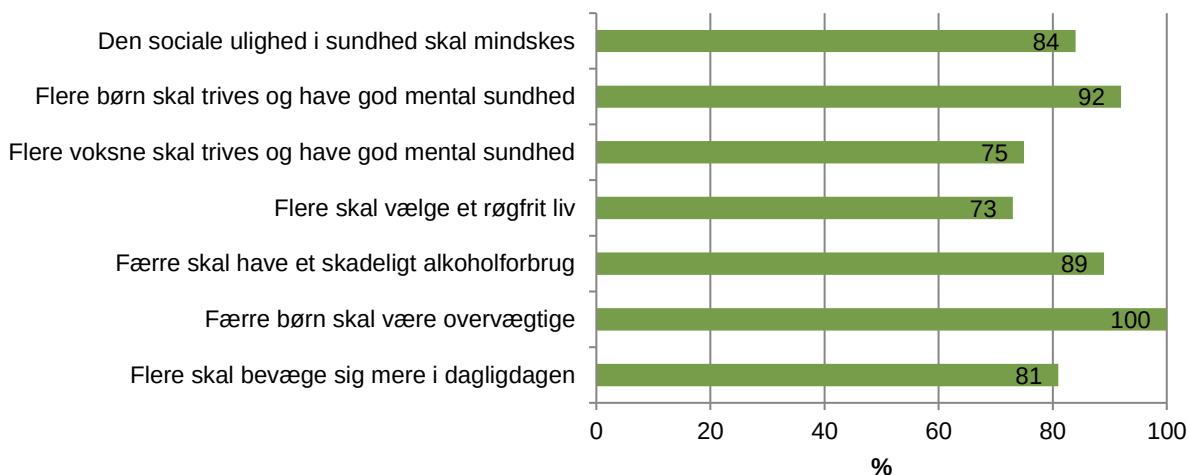
Figur 21. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad de har opnået deres målsætninger. Procent.



8.2 Indfrielse af målsætninger fordelt efter de nationale mål

Figur 22 viser andelen af partnerskaber, der i høj eller meget høj grad vurderer, at de har opfyldt deres målsætninger fordelt i forhold til de syv nationale mål. Samtlige partnerskaber, der arbejder med det nationale mål "Færre børn skal være overvægtige", vurderer i høj eller meget høj grad, at de har nået deres målsætninger. På tværs af de nationale mål vurderer mere end 70 % af partnerskaberne, at de opnår deres målsætninger i høj eller meget høj grad.

Figur 22. Andel af partnerskaber der vurderer, at de i høj/meget høj grad har opfyldt deres målsætninger fordelt efter de syv nationale mål. Procent.



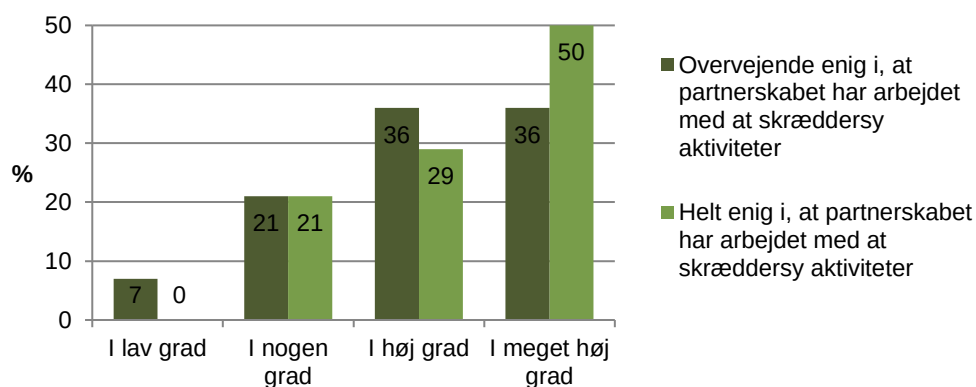
Således angiver partnerskaberne, som arbejder med nationale mål rettet specifikt mod børn, den største grad af målopfyldelse, mens de partnerskaber, som har arbejdet med rygning og voksnes mentale sundhed, angiver den relativt set laveste grad af målopfyldelse. Når vi ser, hvordan partnerskabernes vurdering af målopfyldelse fordeler sig i forhold til målgrupper og arenaer, finder vi imidlertid ingen entydige forskelle. Figurerne er ikke inkluderet i rapporten, da de i overvejende grad afspejler fordelingen af henholdsvis målgruppe og arena i figur 7 og 9.

8.3 Indfrielse af målsætninger og aktiviteter

I evalueringen har vi søgt at belyse en hypotese om, at lokal forankring og tilpasning af indsatsen til lokale behov fremmer partnersnes motivation for at engagere sig i et partnerskab.

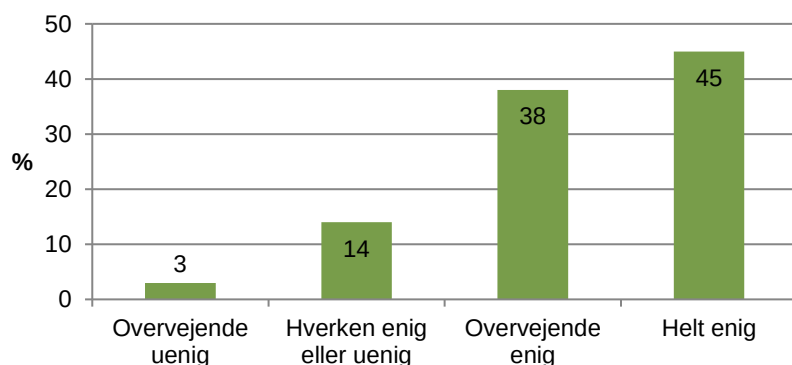
Figur 23 viser sammenhængen mellem, hvorvidt partnerskabet har arbejdet med at skræddersy projektets aktiviteter til hver enkelt organisation eller arena, og hvorvidt alle partnere har været engagerede og haft ejerskab i projektet. Af figuren fremgår det, at der er en tydelig sammenhæng mellem skræddersyede projektaktiviteter og oplevelsen af ejerskab og engagement i projektet. Jo højere grad af skræddersyede aktiviteter, desto højere grad af ejerskab og engagement.

Figur 23. Vurdering af graden af partnersnes engagement og ejerskab i projektet blandt partnerskaber, der er overvejende eller helt enige i, at partnerskabet har skræddersyede aktiviteter. Procent.



Figur 24 viser sammenhængen mellem, hvorvidt partnerskabet har arbejdet med at skræddersy projektets aktiviteter til hver enkelt organisation eller arena og høj/meget høj målopfyldelse. Det fremgår af figuren, at størstedelen af partnerskaberne med høj/meget høj målopfyldelse (45 %), er helt enige i, at partnerskabet har arbejdet med at skræddersy projektets aktiviteter til hver enkelt organisation/arena.

Figur 24. Vurdering blandt partnerskaber med høj/meget høj målopfyldelse af, i hvilken grad de er enige i, at partnerskabet har arbejdet med at skræddersy deres aktiviteter. Procent.

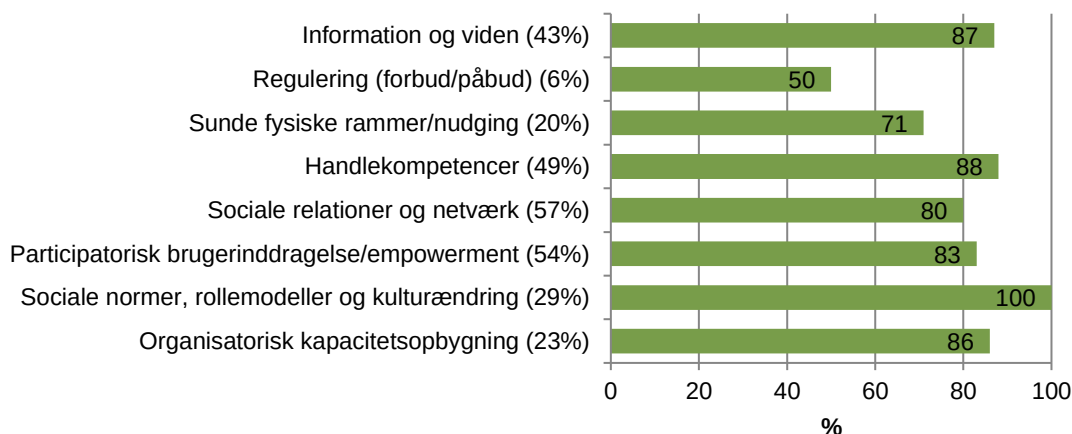


Samlet set understøtter resultaterne således hypotesen om, at lokal tilpasning har en positiv betydning for partnerkredsens ejerskab og engagement såvel som projektets målopfyldelse.

8.4 Indfrielse af målsætninger og sundhedsmekanismer

Figur 25 viser, hvordan partnerskaber, som i høj/meget høj grad opnår deres målsætninger, er fordelt i forhold til de mekanismer, de har søgt at aktivere. Samtlige partnerskaber, der angiver at have "Sociale normer, rollemodeller og kulturændring" som mekanisme, ses i høj eller meget høj grad at indfri deres målsætninger. Omvendt er det kun halvdelen af de partnerskaber, der søger at aktivere mekanismen "Regulering (forbud/påbud)", der vurderer, at de opnår deres målsætninger i høj eller meget høj grad. Dette er dog kun to partnerskaber.

Figur 25. Andel af partnerskaber, der i høj/meget høj grad har opnået deres målsætninger, fordelt efter de forskellige virkningsmekanismer. Procent.



I evalueringen har vi ønsket at undersøge, hvorvidt partnerskab som organisationsform er særligt velegnet til at arbejde med nogle typer sundhedsmekanismer frem for andre. Vi har særligt ønsket

at belyse, om partnerskab som organisationsform egner sig bedre til at iværksætte indsatser rettet mod positive forandringer (såsom salutogenese) i modsætning til restriktive indsatser baseret på begrænsning af risikofaktorer. Denne hypotese er baseret på en antagelse om, at positive forandringer i højere grad kan motivere partnerkredsen til at arbejde for et fælles mål.

På baggrund af de overvejende positive selvevalueringer af målopfyldelse er det ikke muligt at konkludere, hvorvidt det forholder sig sådan. Vi finder imidlertid en indikation på, at mere strukturelle indsatser, såsom regulering og ændring af fysiske rammer, kan være vanskelige mekanismer at udløse gennem en partnerskabskonstruktion. Dette understøttes af partnerskabernes oprindelige valg af sundhedsmekanismer (figur 17), hvor ganske få projekter i udgangspunktet baserer deres indsatser på disse sundhedsmekanismer, mens flest projekter søger at aktivere de tre salutogene sundhedsmekanismer. Fokuseres der derimod alene på partnerskaber med meget høj målopfyldelse, forsvinder denne tendens.

I det kvalitative materiale finder vi eksempler, som i nogen grad kan understøtte vores hypotese. Et partnerskab med fokus på partcipatorisk inddragelse og samskabelse med frivillige italesætter eksempelvis en udfordring om, at aktiviteter med fokus på risikofaktorer ikke motiverer de frivillige, som de ønsker at involvere i projektet:

“Altså rygning og alkohol og sådan noget er heller ikke det nemmeste at sælge, altså i hvert fald ikke som et frivilligt stykke arbejde [...] og det er jo lige præcis det, der er så præcist i projektet. Altså det er lige præcis alkohol, rygning og vægtstop, hvor det andet er meget fluffy.”

Det er primært blandt partnere, der ikke arbejder med sundhed som deres kerneopgave, at vi finder beskrivelser af, at restriktive indsatser (med fokus på risikofaktorer/patogenese) begrænser partnernes motivation for at engagere sig i partnerskabet. For partnere, som har sundhed som en kerneopgave (såsom patientforeninger og sundhedsvæsenet m.fl.), finder vi ikke samme tendens.

8.5 Målsætningernes beskaffenhed

Partnerskabernes høje vurdering af målopfyldelse er overraskende, hvis vi sammenholder med de kvalitative data, hvor partnerskaberne beskriver mange udfordringer og begrænsninger forbundet med deres arbejde. Nedenfor går vi derfor mere i dybden med målsætningernes beskaffenhed.

Vi har forsøgt at kategorisere målsætningerne i henholdsvis output-mål relateret til de organisatoriske processer og aktiviteter, og outcome-mål relateret til den sundhedsmæssige effekt for målgruppen. Mens denne kategorisering gav en fornemmelse af, at der var en overvægt af såkaldte output-mål (syv output-kategorier vs. tre outcome-kategorier), blev det samtidig klart, at det ikke var muligt at gennemføre denne kategorisering, da de angivne målsætninger var af så forskellig karakter, at det ikke var analytisk meningsfuldt.

For at illustrere forskelligheden har vi udvalgt nogle eksempler på de angivne målsætninger:

- Igangsætte lokale aktiviteter med landsdækkende potentiale om unge og alkohol
- 100 børn i minimum 5 kommuner
- Generering af ideer
- Flere rygende borgere bliver røgfrie
- Fokus på trivsel og mental sundhed på den enkelte virksomhed
- Den sociale ulighed i sundhed skal mindskes
- At vejlede omkring og støtte op om at skabe sikre fysiske rammer og omgivelser omkring barnet

8.5.1 Målbarhed

Vi har på denne baggrund fundet det relevant at kategorisere målsætningerne i forhold til målbarhed. Af tabel 2 fremgår det, at vi har vurderet 33 % af partnerskabernes målsætninger til at være målbare, mens de resterende 67 % således ikke blev vurderet som målbare.

Tabel 2. Målbarhed af målsætninger

Målbare	Ikke målbare
33 %	67 %

Målsætningernes manglende målbarhed er ikke usædvanlig. I en international litteraturgennemgang af, hvordan partnerskaber inden for sundheds- og socialområdet definerer succes, finder Dowling et al. (2004) ligeledes, at de eksisterende mål ikke opfylder SMART-kriterierne (specifikke, målbare, attraktive, realistiske og tidsbestemte).

Når vi ser på målbarhed sammenholdt med målopfyldelse, finder vi, at 86 % af partnerskaberne med målbare målsætninger vurderer i høj eller meget høj grad, at de indfrier deres målsætninger. Der ses en tilsvarende andel (84 %) blandt partnerskaber med ikke målbare målsætninger. Der er altså ingen umiddelbar sammenhæng mellem målsætningernes målbarhed og selv vurderet målopfyldelse.

8.5.2 Ambitiøse og langsigtede mål

I det kvalitative materiale finder vi, at partnerne reflekterer over målsætningernes beskaffenhed.

Dels reflekterer flere interviewpersoner over, at de resultater, de eventuelt har skabt i partnerskaberne, ikke er konkrete målbare effekter:

“Jeg synes også mange af målene for projektet har måske været lidt diffuse. Altså bare den første der [...] hvad vil det sige? Hvornår har man opnået det, og hvordan skal man måle det?”

“Det kan godt være, at du ikke lige kan gå ind og måle nu, at deres BMI er blevet mindre, eller de måske kun drikker Cult hver anden dag og måske kun ryger cigaretter hver tredje dag eller hvad, de nu gør.”

Citaterne illustrerer, hvordan partnerskaberne selv reflekterer over målsætningers manglende målbarhed. Samtidig beskriver mange af partnerskaberne deres målsætninger som ambitiøse:

“Det er virkelig en høj ambition, og det er et langsigtet mål.”

“Det er nok for meget sagt at tro på at kunne løse social ulighed i sundhed med [projektet].”

“Hvis man ser på den målsætning, der var sat op i projektbeskrivelsen til at starte med, hvor målet var at lave et færdigt koncept, altså den gyldne standard for, hvordan man når [målgruppe], så vil jeg sige, det har vi ikke fuldstændig knækket koden til [...] det var også et urealistisk mål, fordi det er en svær målgruppe at arbejde med, det er en rigtig svær arena, som vi har. Vi er kommet et stykke ad vejen og er kommet med et bidrag til det arbejde. Men vi har ikke fundet de vises sten”

Partnerskaberne reflekterer således over, at deres mål har været ambitiøse, og at deres projekt derfor ikke isoleret set kan opfylde målet, men kan bidrage til det. En del partnerskaber vurderer derfor, trods ambitiøse mål og manglende målbarhed af eventuel effekt, at deres indsats har bidraget til en større forandring:

“Hvis jeg skal svare meget konkret, så vil jeg sige, at vi har nok ikke nået eller kommer til at nå en målsætning om, at en tredjedel skal [...] drikke mindre. Det tror jeg ikke, vi kommer til at nå. Men vi tror på, at den her [indsats] [...] kan være med til at påvirke.”

“Altså i forhold til det med synergier. Jeg tror, vi skal passe på med ikke at vurdere de enkelte projekter helt isoleret, om de så hver især er blevet en succes, eller om de er fejlet. Altså det indgår jo også i en dagsorden om, ‘vi er nødt til at gøre noget her’. Og den dagsorden eksisterer stadigvæk, og vi søger fortsat efter nye måder at flytte os på i forhold til det.”

Forståelsen af, at projekterne bidrager til en større samfundsmæssig forandring, går også igen i angivelserne af målsætninger i spørgeskemaet, hvor en del målsætninger er formuleret som “bidrage til”, “at støtte og styrke” eller “at medvirke til” med videre.

I forlængelse af de ambitiøse mål og forståelsen af at bidrage til større forandringer beskriver flere partnerskaber det korte tidsperspektiv som en forhindring for muligheden for at måle en effekt af deres aktiviteter:

“... det er i særdeleshed svært, hvis det er synlige resultater fra det ene år til det andet. Det er nok lidt lettere, hvis du vil gøre det over en 10-15 års periode”

Projektstrukturens relativt korte tidshorisont anskues således som en formildende omstændighed, når partnerskaberne vurderer deres målopfyldelse.

8.5.3 Partnerskabets beskaffenhed

Endelig finder vi, at selve partnerskabsprocessen og samarbejdet beskrives som helt centralt, når partnerskaberne reflekterer over, hvilke målsætninger som er meningsfulde at inddrage, når partnerskabet vurderes. Flere fortæller, at fokus har flyttet sig undervejs i processen, fra målgruppens resultater til selve partnerskabsarbejdet, som det fremgår af følgende citater:

“Hvor vi i starten indledningsmæssigt var meget fokuseret på borgerniveauet og effekten på borgerniveau, til nu også i måske endnu højere grad end vi havde fra starten, på at fokusere på selve partnerskabskonstruktionen og vores evne til at samarbejde. På tværs i partnerskabet. Så der er i hvert fald noget, vi har lært undervejs, som måske har flyttet noget af fokusset i projektet til vores interne processer.”

“Jeg troede måske, at det her projekt kom til at handle rigtig meget om, skal man sige vores [målgruppe] og mindre om, hvordan man kan arbejde sammen og skabe modeller [som det endte med].”

Vi finder flere eksempler på, at selve partnerskabsarbejdet tillægges en stor værdi, uafhængig af projekternes øvrige målopfyldelse, og at dette har betydning for deres vurdering af partnerskabet:

“Jamen det er jo visionært, at vi sætter os sammen sådan en gruppe og prøver at løse noget med et fælles mål. Altså løse en større problemstilling [...] og det har været dejligt at arbejde på den måde, uanset at det viser sig, at det er rigtig svært ik’ [...] Det, synes jeg, er med til at give noget energi i feltet.”

“Altså det, der giver en gevinst, er jo, at vi har prøvet at arbejde sammen omkring det, og som jeg siger, vores samarbejde med [partner] er jo, har jo på ingen måde lidt skade af, at vi har brugt en masse krudt på noget [...] altså der kom ikke så meget ud af det, nej. Men vi har været nogle vigtige processer igennem, og vi har været nogle vigtige samtaler igennem, som viser, at vi tænker fælles, vi ønsker noget fælles, så vores samarbejde er styrket.”

Citaterne illustrerer, hvordan selve partnerskabsarbejdet vurderes uafhængigt af projekternes målopfyldelse med meget positivt ladede ord som "*visionært*", "*en gevinst*" og "*dejligt*". Vi finder således, at selve partnerskabsprocessen og samarbejdet fremstår som mere betydningsfuldt end de konkrete projektaktiviteter i en del af partnerskaberne. Dette finder vi også eksempler på i den internationale litteratur, hvor eksempelvis Boydell og Rugkåsa (2007) benytter begrebet bløde gevinster (soft benefits) til at omfatte samarbejdsrelaterede resultater som eksempelvis gensidig organisatorisk læring, læring om samarbejde hos de involverede medarbejdere og ny viden om målgrupper m.m.

8.6 Opsamling

Samlet set finder vi, at partnerskaberne vurderer en høj grad af målopfyldelse. På tværs af de nationale mål for folkesundhed evaluerer mere end 70 % af partnerskaberne således høj eller meget høj målopfyldelse. Samtidig finder vi, at høj målopfyldelse er positivt forbundet med, hvorvidt aktiviteterne er tilpasset til de lokale organisationer eller arenaer.

Vi kan ikke konkludere, hvorvidt nogle sundhedsmekanismer egner sig bedre til partnerskabsarbejde end andre, men vi finder en indikation på, at det er vanskeligt at initiere større strukturelle forandringer. Endvidere finder vi, at partnere, som ikke har sundhed som en kerneopgave, i mindre grad motiveres af indsatser rettet mod risikofaktorer. Dette gør sig ikke gældende for partnere, som har sundhed som en kerneopgave.

Endelig har vi belyst målsætningernes beskaffenhed, hvoraf 33 % er målbare, mens 67 % ikke er målbare. Partnerskaberne er drevet af ambitiøse mål og italesætter samtidig, at deres projekt indgår i en større helhed, der bidrager til en samfundsmæssig forandring. Endvidere lægger flere partnerskaber vægt på såkaldte bløde gevinster ved selve partnerskabsarbejdet som et væsentligt resultat.

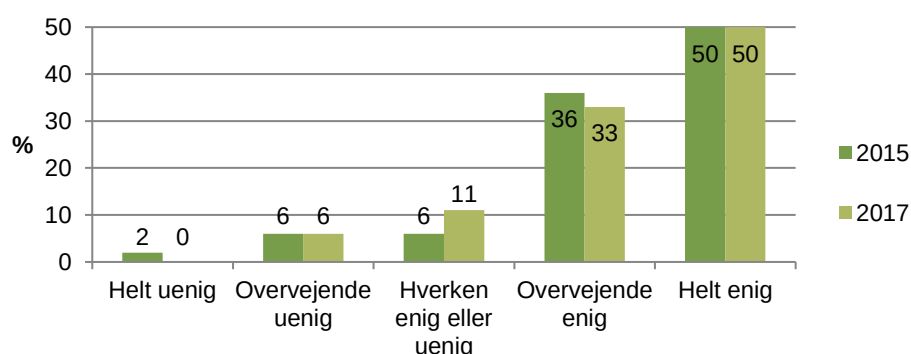
9 Partnerskabsmekanismer

I evalueringen har vi foruden sundhedsmekanismer også haft fokus på selve partnerskabet. I dette afsnit analyserer vi betydningen af partnerskabet og ser på de forskellige partnerskabsmekanismer, der får samarbejdet mellem partnerne til at fungere.

9.1 Vurdering af partnerskabsarbejdet

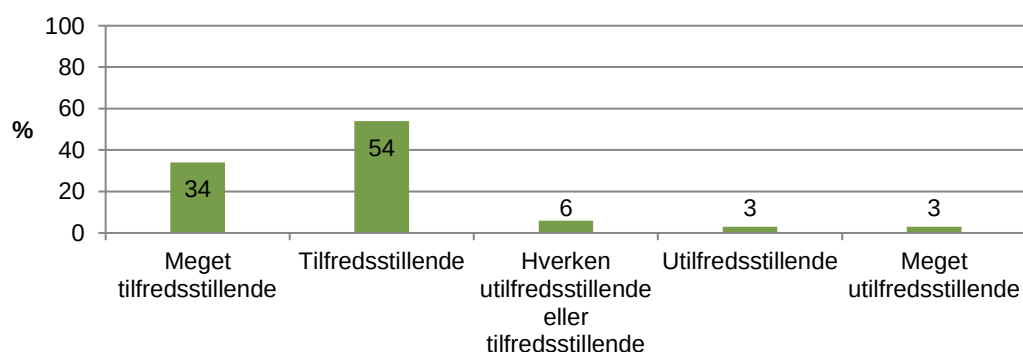
Partnerskaberne er blevet bedt om at angive, i hvilken grad partnerne har oplevet en større gevinst end omkostning ved at deltage i partnerskabet. Af figur 26 ses, at halvdelen (50 %) af partnerskaberne i både 2015 og 2017 er helt enige i at have oplevet en større gevinst end omkostning. Ligeledes angiver omkring en tredjedel af partnerskaberne i 2015 (36 %) og 2017 (33 %), at de i overvejende grad har oplevet en større gevinst end omkostning ved partnerskabet.

Figur 26. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad de er enige i, at de har oplevet større gevinst end omkostning ved deltagelse i partnerskabet. 2015 og 2017. Procent.



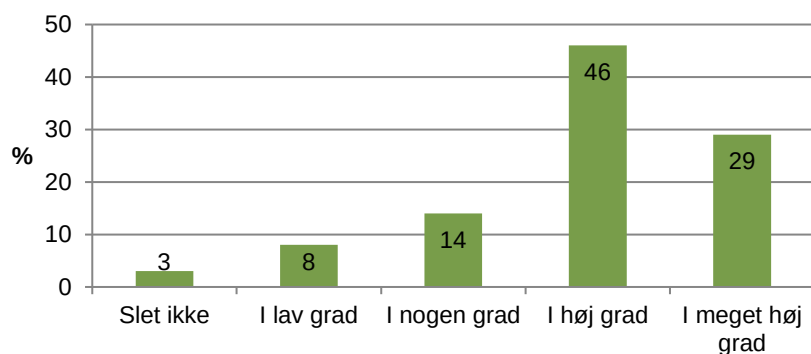
Samtidig vurderer 88 % af partnerskaberne, at partnerskabet har fungeret tilfredsstillende eller meget tilfredsstillende, mens blot 6 % vurderer, at partnerskabet har været utilfredsstillende eller meget utilfredsstillende (figur 27).

Figur 27. Vurdering blandt partnerskaber af, i hvilken grad partnerskabet samlet set har fungeret. Procent.



Ifølge vores definition er formålet med et partnerskab at skabe synergi, her forstået som at summen er større end de individuelle partners bidrag. Vi har derfor bedt partnerskaberne om at vurdere, i hvilken grad partnerskabet har formået at skabe synergi. Figur 28 viser, at 75 % af partnerskaberne vurderer, at de i høj eller meget høj grad har skabt synergi, mens 14 % vurderer det i nogen grad og 8 % i lav grad.

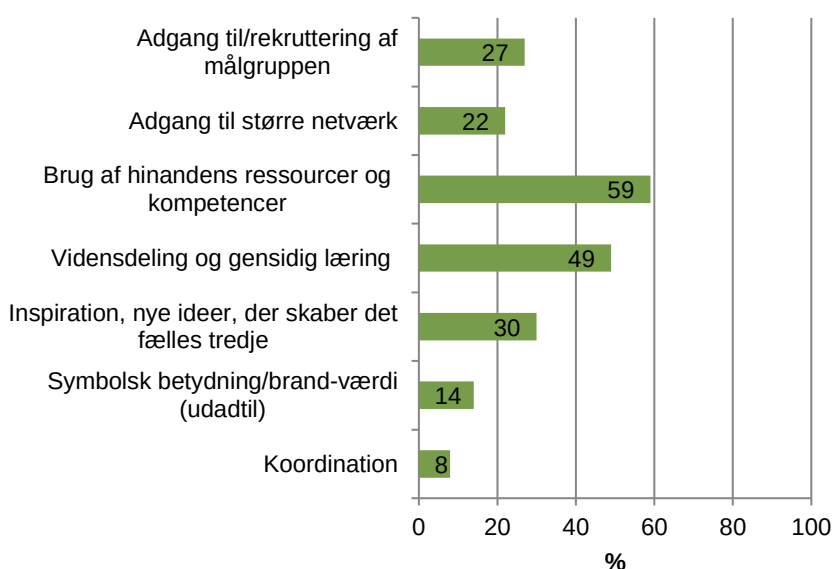
Figur 28. Vurdering blandt partnerskaber af, i hvilken grad partnerskabet har skabt synergi. Procent.



Vi har bedt de partnerskaber, som har opnået synergi, om at beskrive i fritext, på hvilke områder og hvordan de har skabt synergi. Disse tekstsvare har vi kategoriseret kvalitativt (med mellem én og seks kategorier per beskrivelse), som det fremgår af figur 29.

Den største andel (59 %) af partnerskaberne beskriver synergi relateret til, at partnerne hver især leverer forskellige kompetencer, ydelser eller andre ressourcer ind til projektet ("Brug af hinandens ressourcer og kompetencer"). Knap halvdelen (49 %) beskriver synergi relateret til, at deltagerne bliver klogere på målgruppen og/eller hinanden via samarbejdet ("Vidensdeling og gensidig læring"), mens knap en tredjedel (30 %) beskriver partnerskabets synergi som relateret til selve mødet med forskellighed, som skaber nye ideer og løsninger ("Inspiration, nye ideer, der skaber det fælles tredje").

Figur 29. Synergityper, fordelt efter andel partnerskaber. Procent.



Denne kategorisering viser, at partnerskaberne særligt fokuserer på partnernes forskellige kompetencer og viden som en merværdi, der har betydning for projektet. Dels i form af at partnerne leverer forskellige kompetencer, erfaring og/eller ydelser ind til det fælles projekt. Dels i form af at partnerne lærer af hinandens faglige tilgange og forskellige erfaringer og dermed går fra samarbejdet med ny viden og forståelse. Og endelig i form af, at forskelligheden inspirerer til nye løsninger og hermed kan skabe social innovation.

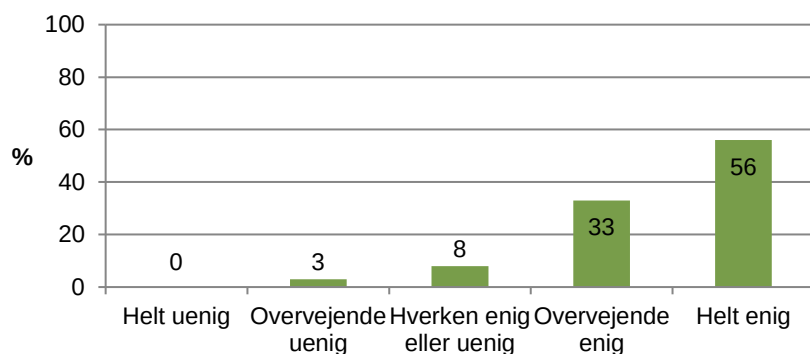
Samlet set finder vi, at partnerskaberne har oplevet en stor værdi ved at indgå i partnerskaber og har været tilfredse med partnerskabsarbejdet.

9.2 Partnerskabernes samarbejde belyst gennem de syv C'er

For at blive klogere på, hvordan partnerskaber fungerer og hermed åbne den 'sorte boks' til partnerskabsarbejdet, har vi ønsket at belyse partnerskabets virkningsmekanismer. Det vil sige de mekanismer, der skal aktiveres for at skabe et vellykket samarbejde og opnå synergi i partnerskabet. Vi har anvendt Reichs teori om de syv C'er til at operationalisere partnerskabsmekanismerne. Ifølge Reich (2002) består vellykket, strategisk samarbejde af komponenterne: 1) klarhed om formål, 2) enighed om mission, strategi og værdier, 3) værdiskabelse, 4) tilslutning til formål og mennesker, 5) kommunikation mellem partnerne, 6) kontinuerlig læreproces, samt 7) forpligtelse til partnerskabet.

For at belyse, om der var klarhed om formål, har vi spurgt partnerskaberne, om der har været en fælles forståelse af partnerskabets mål. Af figur 30 fremgår det, at 89 % af partnerskaberne er overvejende eller helt enige i, at partnerne har haft en fælles forståelse af partnerskabets mål.

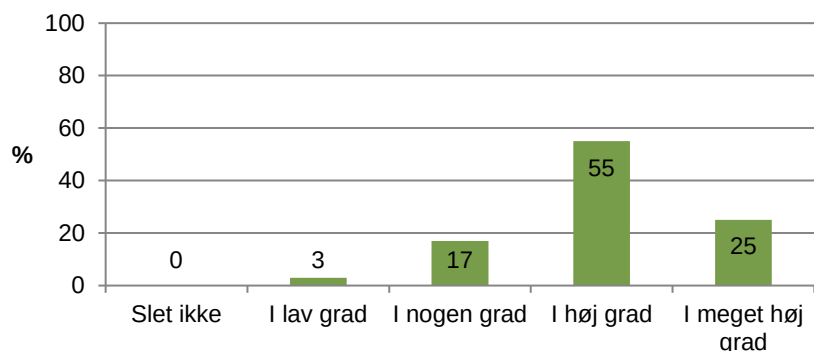
Figur 30. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad der har været en fælles forståelse af partnerskabets mål. Procent.



For at belyse om partnerskaberne har været enige om mission, strategi og værdier, har vi spurgt til, i hvilken grad partnerne har arbejdet ud fra et fælles værdigrundlag, samt i hvilken grad beslutninger er blevet truffet i fællesskab i partnerkredsen.

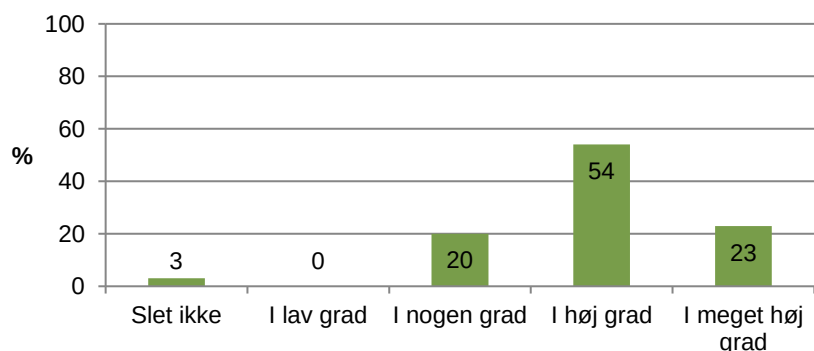
Af figur 31 fremgår det, at 80 % af partnerskaberne i høj eller i meget høj grad har arbejdet ud fra et fælles værdigrundlag.

Figur 31. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad partnerskabet har arbejdet ud fra et fælles værdigrundlag. Procent.



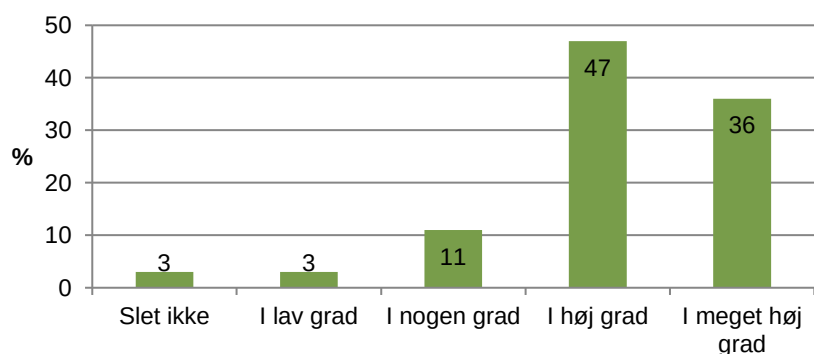
Figur 32 viser, i hvilken grad beslutninger er blevet truffet i fællesskab i partnerkredsen. I alt 77 % af partnerskaberne vurderer i høj eller i meget høj grad, at beslutninger er blevet truffet i fællesskab, mens en femtedel (20 %) vurderer, at dette er sket i nogen grad.

Figur 32. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad beslutninger er blevet truffet i fællesskab i partnerkredsen. Procent.



For at belyse partnerskabernes værdiskabelse har vi bedt partnerskaberne om at angive, i hvilken grad partnerne hver især har oplevet, at de kunne opnå mere ved at indgå i partnerskabet end ved at arbejde for samme mål alene. Som det ses af figur 33, angiver 83 % af partnerskaberne, at de i høj eller meget høj grad har opnået mere ved at indgå i partnerskabet.

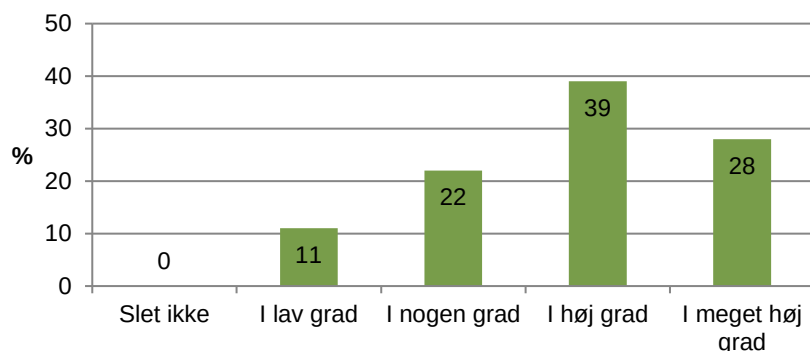
Figur 33. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad partnerne har opnået merværdi ved at indgå i partnerskabet. Procent.



For at belyse, om partnerne har tilsluttet sig partnerskabets formål og mennesker, har vi spurgt til, i hvilken grad alle partnerne har investeret ressourcer i projektet, samt i hvilken grad der er tillid mellem partnerne.

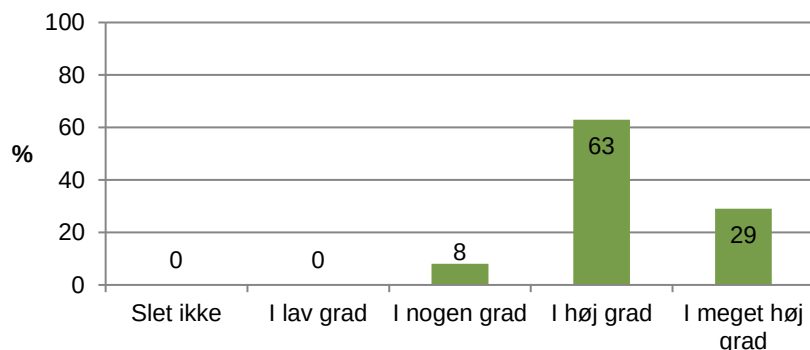
Figur 34 viser, at 67 % af partnerskaberne i høj eller meget høj grad vurderer, at alle partnere har investeret tid, penge, personale, materialer, faciliteter og/eller andre ressourcer i projektet.

Figur 34. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad alle partnere har investeret i partnerskabet. Procent.



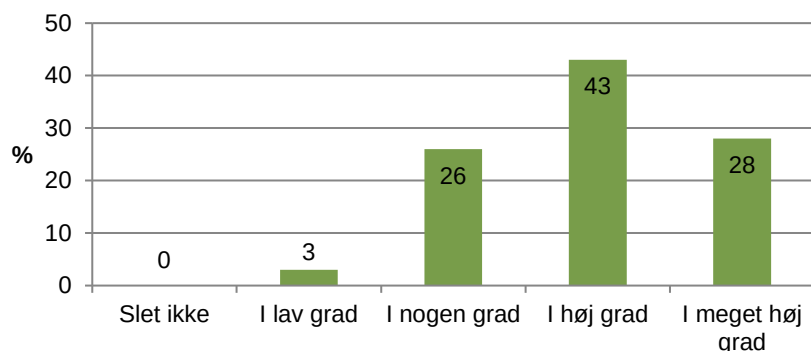
Figur 35 viser, at næsten alle partnerskaber (92 %) vurderer, at der i høj eller meget høj grad er tillid mellem partnerne.

Figur 35. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad der er tillid mellem partnerne. Procent.



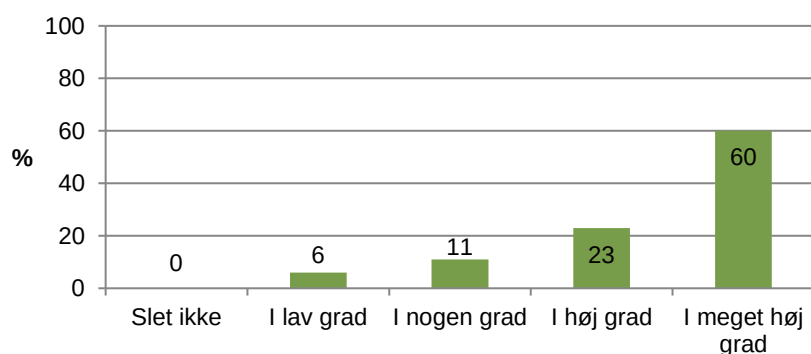
For at belyse kommunikation mellem parterne har vi bedt partnerskaberne om at angive, i hvilken grad der har været god kommunikation mellem partnerne. Det fremgår af figur 36, at 71 % af partnerskaberne vurderer, at der i høj eller meget høj grad har været god kommunikation mellem partnerne, mens 26 % vurderer det i nogen grad og 3 % i lav grad.

Figur 36. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad der har været god kommunikation mellem partnerne. Procent.



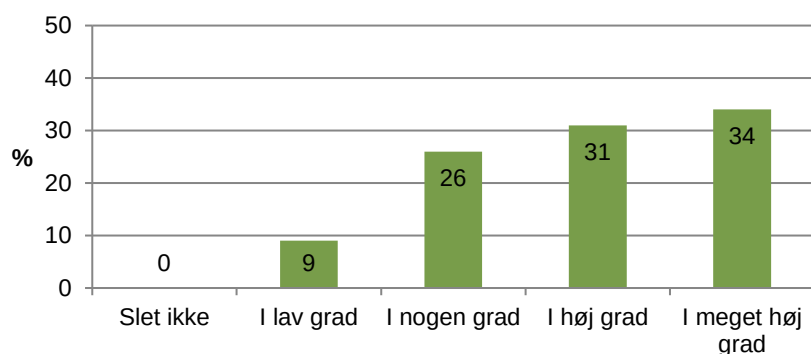
Om partnerskaberne har skabt en kontinuerlig læreproces, er belyst ved at spørge til, i hvilken grad partnerskabet har genereret viden og erfaringer med henblik på at videreføre aktiviteterne (figur 37). Her angiver 60 % af partnerskaberne, at partnerskabet i meget høj grad har genereret viden og erfaringer med henblik på at videreføre aktiviteterne efter projektperioden.

Figur 37. Vurdering blandt partnerskaber af, i hvilken grad partnerskaberne har genereret viden og erfaringer med henblik på videreførelse af aktiviteter. Procent.



For at belyse, om partnerne har forpligtet sig til partnerskabet, har vi spurgt til, i hvilken grad alle partnere har været engagerede og haft ejerskab for projektet. Det fremgår af figur 38, at 65 % af partnerskaberne angiver, at alle partnerne i høj eller i meget høj grad har haft ejerskab, mens 26 % angiver i nogen grad og 9 % i lav grad.

Figur 38. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad alle partnere har været engagerede og haft ejerskab. Procent.



Overordnet set svarer partnerne generelt positivt på spørgsmålene om partnerskabernes samarbejde. Tillid mellem partnerne (figur 35) og partnerskabernes generering af viden og erfaringer (figur 37) vurderes særligt positivt. Partnernes engagement og ejerskab (figur 38) og vurdering af, om alle partnere har investeret i partnerskabet (figur 34), scorer forholdsmæssigt lavest og kan hermed tolkes som de partnerskabsmekanismer, der har været mest vanskelige at aktivere.

Vi har endvidere opgjort andelen af partnerskaberne, der har svaret "I høj grad" eller "I meget høj grad" i alle syv C'er. Af tabel 3 fremgår det, at 11 partnerskaber (30 %) scorer højt i alle syv C'er.

Tabel 3. Andel af partnerskaberne, der har svaret i høj eller i meget høj grad i alle syv C'er. Procent.

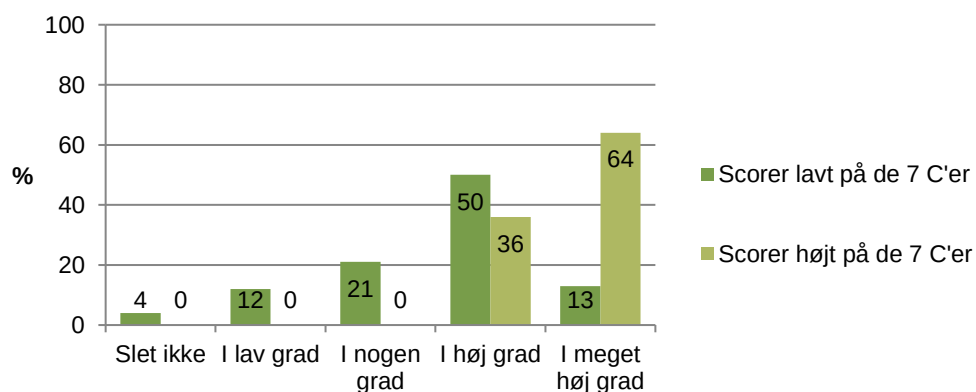
Ja	Nej
30 %	70 %

Cirka halvdelen af partnerskaberne (49 %) scorer højt i seks ud af de syv C'er (fremgår ikke af tabellen).

For at afprøve vores hypotese om, at de syv C'er udgør vigtige partnerskabsmekanismer, har vi belyst sammenhængen mellem de syv C'er og partnerskabernes oplevelse af synergi.

Figur 39 viser, i hvilken grad partnerskaber der scorer henholdsvis højt eller lavt på de syv C'er, oplever synergi. Vi definerer en høj score som de partnerskaber, der har svaret "I høj grad" eller "I meget høj grad" i samtlige syv C'er (de 30 % jf. tabel 3). En lav score defineres som de partnerskaber der angiver, "Slet ikke", "I lav grad" eller "I nogen grad" på et eller flere af de syv C'er (de 70 %). Af figuren fremgår det, at de, der opnår en høj score på de syv C'er, i højere grad oplever synergi sammenlignet med de, der scorer lavt. I alt 64 % af partnerskaberne, der scorer højt, vurderer i meget høj grad at opnå synergi, mens kun 13 % af de, der scorer lavt, i meget høj grad opnår synergi.

Figur 39. Vurdering blandt partnerskaber af graden af synergi, fordelt efter henholdsvis høj og lav score på de syv C'er. Procent.



Figuren understøtter således vores hypotese om, at de syv C'er udgør væsentlige partnerskabsmekanismer. Samlet tegner der sig et positivt billede af partnerskabernes samarbejde, hvor størstedelen af partnerskaberne scorer højt på de udvalgte kategorier, vi har defineret som partnerskabsmekanismer. Dette spejler partnerskabernes overordnede vurdering af partnerskabsarbejdet (figur 26 til 28) såvel som deres vurdering af målopfyldelse (figur 21), som ligeledes var positive. Det er dog værd at bemærke, at kun 30 % scorer højt på alle syv C'er. Dette afspejler måske noget af den diskrepans, vi finder mellem det kvantitative og kvalitative materiale.

Nedenfor går vi derfor mere i dybden med partnerskabsarbejdet og søger ved hjælp af de kvalitative analyser og udvalgte spørgeskemadata at bidrage til en dybere forståelse af partnerskabsarbejdet og betydningsfulde kontekstuelle faktorer.

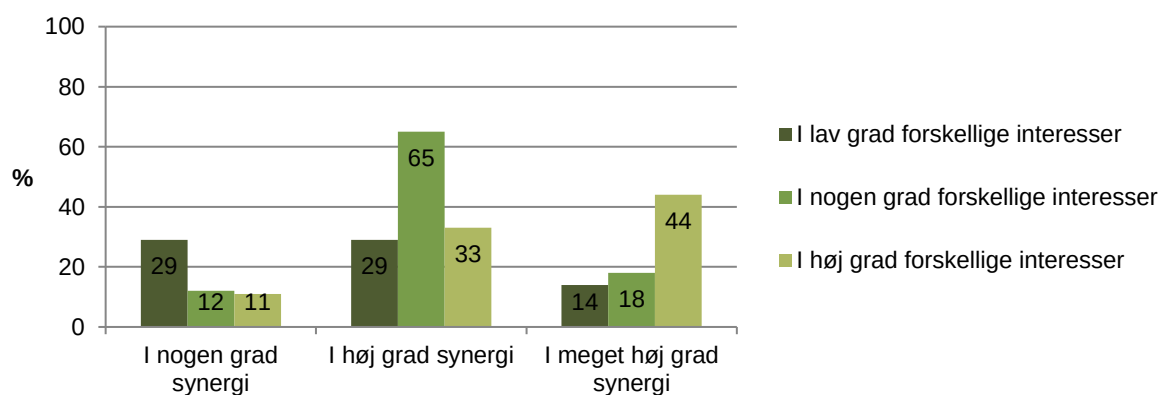
9.3 Forskellighed skaber synergi

Som supplement til analysen af de syv C'er har vi spurgt til, om partnerskaberne har forskellige interesser, ud fra en hypotese om, at partnere med forskellige interesser kan have mere vanskeligt ved at etablere et fælles mål og et velfungerende samarbejde.

31 % af partnerskaberne vurderer, at de i meget høj grad (6 %) eller i høj grad (25 %) har forskellige interesser. 50 % af partnerskaberne angiver, at de i nogen grad har forskellige interesser, mens 19 % vurderer, at de i lav grad har forskellige interesser (data ikke vist).

Figur 40 viser, at de partnerskaber, der vurderer, at de i nogen grad eller i høj grad har forskellige interesser for at indgå i partnerskabet, i højere grad har skabt synergi sammenlignet med de, der vurderer i lav grad at have forskellige interesser. Kun 14 % af de partnerskaber, der i lav grad har haft forskellige interesser for at indgå i partnerskabet, ses i meget høj grad at skabe synergi. Til sammenligning angiver 44 % blandt partnerskaber med høj grad af forskellige interesser, at de i meget høj grad har skabt synergi.

Figur 40. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad der er skabt synergi, fordelt efter graden af forskellige interesser i partnerskabet. Procent.



Vi finder således en overraskende sammenhæng mellem partnerkredsens forskellige interesser og deres oplevelse af at skabe synergi. Partnerskaber, hvor partnerne har forskellige interesser for at indgå i samarbejdet, oplever i større grad synergi end partnerskaber, hvor partnerne har samme interesser. Af det kvalitative materiale fremgår det, at partnerskaberne ser en stor værdi i partnernes forskellighed:

“Vi kommer med noget forskelligt, og derfor er vi en helhed.”

“En af de ting, som er rigtig interessant i den her type partnerskab, er jo, at det er to organisationer, der er så langt fra hinanden og to forskellige områder. Og det kan jo oftest skræmme nogle, at man skulle indgå i partnerskaber med nogle, som er meget anderledes end én selv. Og der har selvfølgelig også været nogle udfordringer ved det, fordi det er to forskellige måder at tænke på, og det er to forskellige dagsordener, der har været til stede. Men der er ikke nogen tvivl om, at det jo har været givende. Ét, fordi at det har været selvfølgelig nytænkende og nyskabende, men jo også utrolig erfaringsrigt for os og for dem. Fordi

der ligesom kommer to forskellige tilgange ind og mødes, og så skal man ligesom blive enige om, hvordan man gør tingene.”

Partnernes forskellighed beskrives her som en vigtig forudsætning for at etablere samarbejdet og som det grundlæggende formål med at indgå i partnerskab. Denne værdsættelse af forskellighed afspejler partnerskabernes beskrivelser af synergi (figur 29), hvor netop partnernes forskellige kompetencer, viden, netværk m.m. fremhæves som de faktorer, der betyder, at partnerne opnår mere i fællesskab end ved at arbejde for samme sag hver for sig.

Værdsættelse af forskellighed er nødvendigt set i lyset af partnerskabets dobbeltidentitet (Højlund, 2014), hvor det netop er partnernes forskellighed, som udgør grundlaget for, at de kan skabe merværdi. Skabelse af merværdi sker dog kun i det omfang, partnerskaberne samtidig formår at etablere sig som én enhed.

9.4 Etablere en enhed i forskelligheden

For at lykkes med at skabe denne enhed af flerheden, finder vi en række faktorer af betydning, som analyseres nærmere nedenfor.

9.4.1 Alle skal opleve behov for partnerskabet

For at lykkes med etableringen af partnerskabet som en enhed (i lyset af partnernes forskellighed) finder vi, at alle partnere skal opleve et behov for partnerskabet. Eksempelvis fortæller et partnerskab, som scorer højt på de syv C'er:

“Der er ikke nogen af os, der kunne have gjort det alene, det havde ikke været muligt...”

“To plus to giver ti. Jamen det gør det rent faktisk i det her projekt, for vi var aldrig kommet hertil.”

I spørgeskemabesvarelsenerne angiver 61 % af partnerskaberne, at de er helt enige i, at partnerne har haft en fælles oplevelse af, at der var et behov for partnerskabet, mens 36 % er overvejende enige (data ej vist). Et enkelt partnerskab (3 %) har svaret, at de hverken er enige eller uenige. Således vurderer størstedelen af partnerskaberne, at der har været et behov for partnerskabet. I det kvalitative materiale finder vi dog igen nuanceringer af denne overordnede meget positive vurdering blandt partnerskaber, som ikke scorer højt på alle syv C'er:

“Jamen det er heller ikke helt nødvendigt med et partnerskab for [partner] i det her.”

“De konkrete ting, der ligger i det, behøver vi sådan set ikke at have nogen lokale partnerskaber for at kunne udføre.”

På denne baggrund vurderer vi, at en generel oplevelse af, at der eksisterer et behov for en given indsats, ikke må forveksles med, at *alle* partnere i et partnerskab oplever partnerskabet som nødvendigt for at adressere dette behov. Det væsentlige er derimod, at alle partnere oplever, at partnerskabet er nødvendigt, eksempelvis fordi de ikke kan løse opgaven alene.

9.4.2 Etablering af fælles mål

For at opleve, at partnerskabet er nødvendigt, er det først og fremmest afgørende, at partnerne er enige om målet. I det kvalitative materiale beskrives etableringen af et fælles mål som helt centralt for partnerskabsdannelsen:

“Det, der sådan set er vidst, det er, om man kan få et mål, der er stærkt nok til at kunne løfte i fællesskab [...] og at vi så har nogle forskellige kompetencer, der gør, at vi faktisk lykkes med det her mål.”

“Så det var ligesom en transformation, fra at man kom med nogle fragmenter hver især, til at man ligesom fik givet spil til, at man så havde en kamp sammen, nu var vi holdspillere.”

Partnerskaberne beskriver, at det handler om at etablere en gensidig oplevelse af, at alle partnere er uundværlige i kampen om det fælles mål. Det understøtter forståelsen af, at det fælles mål er meget centralt for etableringen af velfungerende samarbejde i partnerskabet. Samtidig finder vi, at det fælles mål er en mekanisme, som kan være vanskelig at aktivere.

Af figur 30 fremgik det, at 56 % af partnerskaberne var helt enige i, at partnerne havde en fælles forståelse af partnerskabets mål. Det betyder dog også, at 44 % ikke var helt enige om et fælles mål. I det kvalitative materiale finder vi mange eksempler på, at det kan være en vanskelig proces at afklare partnerskabets mål, som de to nedenstående citater illustrerer:

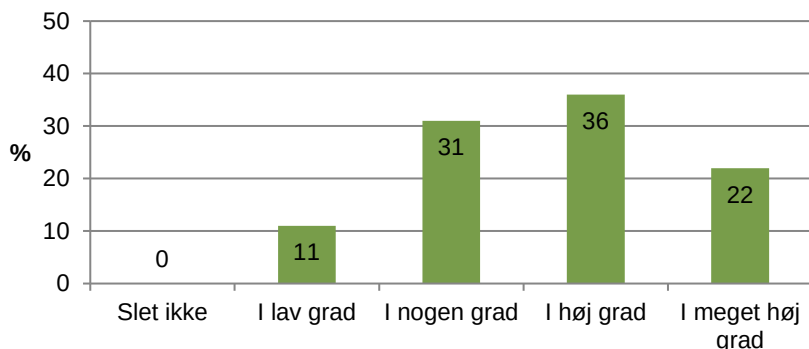
“Den der forventningsafstemning, den mangler. [...] ‘Hvor forventer du, vi når hen, hvad er vores mål, hvad er din vision, hvad er vores vision, og hvordan er det, man lige når ind til kernen af det, vi gerne vil?’ [...] det manglede der [...] altså man vidste jo godt, at det var sundheden, fokus på [arena]. Det vidste vi jo godt, at det ville handle om. Men derfra og der-til at komme helt ind til benet af, hvad betyder det så.”

“I bagklogskabens klare lys ville det have været vigtigt i opstartsfasen af partnerskabet at sætte sig sammen fysisk og sådan blive mere klare på, hvor er det, vi vil hen med det her, hvad er det, vi kan byde ind med hver især? Hvad er det, vi har af forventninger hver især? Hvad vil vi ikke...”

Forventningsafstemning fremstår således som en væsentlig partnerskabsaktivitet, dels for at definere et stærkt fælles mål, dels for at afklare gensidige forventninger til opgaver og ansvarsfordeling mellem partnerne.

Partnerskaberne er også blevet bedt om at vurdere, i hvilken grad de enkelte partners rolle og ansvar har været klart defineret. Af figur 41 fremgår det, at over halvdelen af partnerskaberne (58 %) vurderer, at rolle og ansvar i høj grad eller meget høj grad har været klart defineret.

Figur 41. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad partnernes rolle og ansvar har været klart defineret. Procent.



Dette viser, at partnerskaberne har arbejdet med forventningsafstemning, men også at 42 % af dem kun i mindre grad vurderer, at de er nået helt i mål. Som et partnerskab formulerer det:

“Den indledende forventningsafstemning skulle have haft en runde mere i procesmøllen.”

Opsummerende finder vi, at etableringen af fælles mål er en vigtig partnerskabsaktivitet, som tjener flere funktioner. Dels kan fælles mål motivere partnerne ved at etablere et behov for partnerskabet. Dels kan fælles mål danne grundlag for en konkret forventningsafstemning om partnernes roller og opgaver, herunder forventninger til investering af økonomiske og tidsmæssige ressourcer.

9.4.3 Italesætte uenighed

I de kvalitative case-analyser har vi endvidere fundet, at partnerskabernes evne til at tale om uenigheder og interesseforskelle havde en positiv indflydelse på samarbejdet og hermed etableringen af partnerskabet som en enhed. Det illustreres af nedenstående citater:

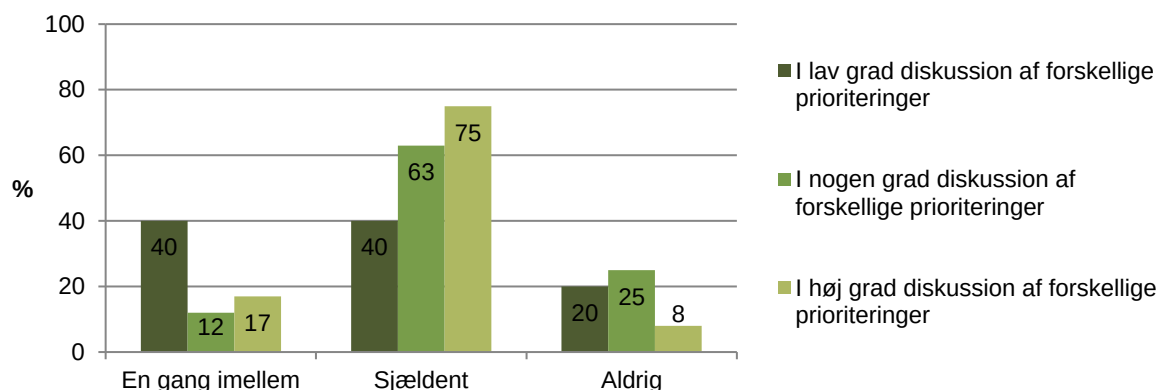
“Jeg tror i hvert fald på, at det, at man tør tale om de ting, der er udfordrende eller svært, gør, at man rykker sig [...] Altså da jeg startede i partnerskabet, var stemningen sådan cirka på frostpunktet eller lavere, fordi der havde været rigtig mange udfordringer i opstartsfasen. Men vi har haft rigtig meget fokus på at lære hinanden at kende og mødes på kryds og tværs og have sociale arrangementer og tale om det, der var svært og være åbne og ærlige omkring det her [...] der har været rigtig, rigtig positiv stemning i partnerskabsgruppen i det sidste år, så jeg tror på, at dét at man taler om tingene, det gør meget.”

“Vi har ofte drøftet uenigheder i partnerskabet og er generelt gået til uenigheder med åbenhed og nysgerrighed. Ofte er det uenighederne, der har bragt indsatsen videre, og der er enighed om, at det er i uenighederne, udviklingspotentialet ligger.”

Flere partnerskaber beskriver således deres erfaring med, at selve samtalen om interessemodsætninger og uenighed har styrket relationen mellem partnerne i form af større gensidig forståelse og tillid. Omvendt så vi, i vores observationer af partnerskabsmøder, eksempler på, hvordan uenigheder mellem partnerne blev forsøgt enten ignoreret eller blev håndteret ved at udskyde en given beslutning, hvor en høflig omgangstone blev fastholdt, men uenigheden blev ligeledes fastholdt ved ikke at blive adresseret.

På baggrund af det kvalitative materiale finder vi, at en eksplicit drøftelse af uenighed og interessemodsætninger ofte styrker den gensidige forståelse mellem partnerne og herigennem potentielt også selve partnerskabsrelationen, uafhængigt af eventuelle interessemodsætninger. Dette har vi søgt at efterprøve i analysen af spørgeskemadata.

Figur 42 viser sammenhængen mellem partnerskabernes oplevelse af uenigheder og/eller konflikter mellem partnerne, og i hvilken grad forskelle i prioriteringer af mål og opgaver er blevet diskuteret i partnerkredsen. Det fremgår af figuren, at de partnerskaber, der i lav grad har diskuteret forskelle i prioritering af mål og opgaver, oftere har oplevet uenigheder eller konflikt mellem partnerne sammenlignet med de partnerskaber, der i nogen grad eller i høj grad har diskuteret forskellige prioriteringer i partnerkredsen. I alt 40 % af de partnerskaber, der i lav grad har diskuteret forskelle i prioriteringer, har en gang imellem oplevet konflikter, mens kun 17 % af de partnerskaber, der i høj grad har diskuteret forskelle i prioriteringer, har oplevet konflikter en gang imellem.

Figur 42. Oplevelsen af hyppighed af uenighed eller konflikter, fordelt efter graden af diskussion af forskel-

Figuren underbygger de kvalitative fund om, at selve samtalen om partnernes forskellige prioriteringer og interesser er forbundet med færre oplevelser af konflikt. Vi finder ligeledes en sammenhæng mellem synergi og partnerskabernes drøftelse af forskellige prioriteringer. De partnerskaber, der i høj grad har diskuteret forskellige prioriteringer, opnår således væsentlig højere synergi (92 %) sammenlignet med de partnerskaber, der vurderer, at forskelle kun i nogen grad er blevet diskuteret i partnerkredsen (69 %) (data ikke vist).

Samlet finder vi, at det styrker partnerskaberne at drøfte uenigheder og forskelle i prioriteringer af mål og opgaver. Det understøttes af lignende fund i den internationale litteratur. Boydell og Rugkåsa (2010) fremhæver eksempelvis, at konflikter i partnerkredsen potentielt kan styrke partnerskabet, hvis de diskuteres åbent og konstruktivt. Dette understreger betydningen af kommunikation mellem partnerne, som er et af de syv C'er. Kommunikation skal ikke begrænses til konkrete aktiviteter og planer, men skal også indbefatte en samtale om forskellige prioriteringer og interesser.

9.4.4 Værdsætte alles bidrag

For at etablere partnerskabet som en enhed fortæller flere interviewpersoner, at det også er vigtigt at værdsætte hver enkelt partners bidrag frem for at føre nøje regnskab over forskellige indsatser:

“Når man har et partnerskab, så kan man simpelthen ikke lægge det vilkår ned, der hedder ‘vi skal alle sammen komme med lige meget’. Jeg synes, det er en meget vigtig erkendelse, som jeg ikke synes er særlig italesat, og det synes jeg er vigtigt, fordi ellers kunne man godt blive skuffet [...] man kan blive utilfreds med, om vi alle sammen leverer lige meget.”

“Det handler om at sige, ‘hvem er de rigtige parter?’, mere end ‘kan vi byde lige meget ind?’.”

Flere interviewpersoner giver udtryk for, at det er vigtigt at værdsætte alle partneres bidrag og have en fælles forståelse for, at alle partnere ikke nødvendigvis leverer lige meget. Det gælder ikke kun økonomisk, men i mindst lige så høj grad i tilrettelæggelsen af indsatsen. Ikke mindst når en partner repræsenterer den implementerende organisation eller arena for indsatsen, er deres medbestemmelse og respekten for deres input helt afgørende for at lykkes med partnerskabet.

Dette så vi eksempelvis i et partnerskab, hvor den ene partner blev beskrevet som *“maskinen”* i partnerskabet, som et udtryk for at denne partnerorganisation var den udførende del af partnerskabet, der stod for den daglige drift:

“Altså hvis hun ytrer, at det ikke kan lade sig gøre økonomisk, eller det kan godt lade sig gøre eller noget andet, så bliver der lyttet meget til det, og det fornemmer jeg, at det handler simpelthen om, at man ved, at det er hende, der har den største indsigt der [...] helt lavpraktisk, hvis det skulle komme dertil, så er det klart, at hvis [partner] sagde ‘jamen vi har ikke

lyst til, at det kan vi ikke stå inde for, så kan vi ikke drive det her', så ville det ikke være særlig godt. Så jeg tror, der er ret stor respekt for, at man lytter til, hvad hun mener, der kan lade sig gøre inden for de rammer."

I andre partnerskaber har denne erkendelse af, at implementeringspartneren/arenaens input er afgørende, været en vigtig læring, der er opstået undervejs i projektet:

"I starten ville man gerne have, at [partner] tilpassede sig projektet, og der har været noget læring i, at det er projektet, der skal finde ud af, hvad der kan lade sig gøre i [partners] kontekst [...] hvad kan lade sig gøre i den virkelighed."

Respekt og anerkendelse af alle partners bidrag fremstår som en helt central partnerskabsmekanisme. Særligt når partnerskaberne er et samarbejde mellem partnere, der repræsenterer en faglighed eller ekspertise, og partnere, der repræsenterer arenaen. Her er arenaens medbestemmelse og indflydelse afgørende for at lykkes med at etablere et velfungerende samarbejde.

9.4.5 Ejerskab gennem ansvar

Ikke overraskende vil ansvar ofte hænge sammen med fordeling af økonomiske midler. I partnerskaberne har vi i en vis udtrækning kunnet identificere en sammenhæng mellem partners engagement og fordelingen af puljemidler:

"De [partner] har travlt med alt muligt andet, hvor det her projekt måske mere har været et større fokus for os andre, fordi vi har fået penge for det. De har ikke fået penge for at deltage."

"Engagementet har klart været størst hos hovedansøger/projektejer/sekretariat, det er også her økonomien ligger."

"Det har været en udfordring at lede og motivere en partnerkreds, med hver sin hverdag og myndighed, uden at de som aktører kompenseres økonomisk for deres udførende borger-nære niveau."

Citaterne ovenfor tegner et billede af, at partnere, som ikke er finansieret gennem projektet, ofte er bundet af andre opgaver og prioriteringer og derfor kan have vanskeligt ved at udvise det engagement og ejerskab, som øvrige partnere kunne ønske sig. Det knytter sig dog ikke alene til økonomi, men også til partners ansvar for at drive projektet:

"Når man er en hel masse selvstændige enheder, der arbejder sammen, hvor nogle parter har ledelsen, og andre bare er samarbejdende, vil de samarbejdende af mange gode grunde ikke have samme motivation for at arbejde for sagen som dem i ledelsen. Ledelsen har ingen myndighed ude i de samarbejdende organisationer og kan kun forsøge at motivere og understøtte processer i det omfang, det er muligt. Ressourcerne er forskellige rundt omkring, og de medvirkende [partnere] har deres egne dagsordner og projekter, de leder, som de nødvendigvis må have opmærksomheden rettet mod. Man kan sige, at mens vores motivation er 99 %, er de medvirkende organisationers måske 20 %."

På baggrund af det kvalitative materiale finder vi, at det er hensigtsmæssigt, at penge og projektle-delse (forstået som ansvar og beslutningskompetence) følger opgaverne. Der er dog ikke et 1:1 forhold mellem økonomi og partners engagement og ejerskab. Eksempelvis fortæller et partnerskab, at de i starten havde mange diskussioner og "sliben kanter af" for at sikre sig, at alle parter "fik sin del af kagen", men at de fik vendt dette ved at fokusere på deres fælles mål:

"Vi havde fået de her fem millioner, og så var det ligesom sådan, at i budgettet står, at jeg skal have så meget', altså indtil vi fik vendt det der med, nej [...] det handler om, at vi får født

det ud til et fælles tredje. Altså, hvad gør vi for de her [målgruppen], så vi fik dem sat ind i centrum midt på bordet for os alle sammen, så det der med at finde et fælles mål som ikke er, at [partner 1] får udviklet deres forretning, eller [partner 2] får lavet en ph.d.-afhandling, eller [partner 3] får nogle socialrådgivere i spil.”

Således understreges det, at det fælles mål er en mekanisme, der kan bringe parterne sammen som en enhed, som ikke er snævert forbundet med partnerskabets økonomi. Omvendt er det dog også et læringspunkt, at fordelingen af finansiering såvel som lederskab og indflydelse i partnerskabet må afspejle forventningerne til, hvem der kan og skal løfte projektet, og hvis bidrag er nødvendige – hvor forventningsafstemningen af helt afgørende.

9.5 Personbårne partnerskaber

Af midtvejsevalueringen (Holt et al., 2017) fremgik det, at knap halvdelen af partnerskaberne oplevede udskiftning af nøglepersoner i partnerkredsen, og de tentative fund indikerede, at en sådan udskiftning forsinkede fremdriften i projekterne. Vi har derfor fulgt op på omfanget og betydningen af ændringer af nøglepersoner i partnerkredsen i den afsluttende evaluering.

Tabel 4 viser, at 75 % af partnerskaberne har oplevet, at der har været udskiftning af nøglepersoner i partnerkredsen.

Tabel 4. Andel af partnerskaberne, der har oplevet udskiftning af nøglepersoner. Procent.

Ja	Nej
75 %	25 %

I spørgeskemaet har partnerskaberne uddybet ændringerne, som spænder fra nye samarbejdspartnere over elevorganisationer, som skifter repræsentanter hvert år, til almindelige organisatoriske forhold, såsom ændrede arbejdsopgaver, jobskifte, barsel og lignende. En del partnerskaber beskriver endvidere, at de har skiftet nøglepersoner flere gange.

Vi finder imidlertid ingen sammenhæng mellem udskiftning i nøglepersoner og målopfyldelse i spørgeskemabesvareelserne fra 2017. Således viser tabel 5, at 79 % af partnerskaberne, der i høj grad eller meget høj grad indfrier deres målsætninger, har oplevet udskiftning af nøglepersoner i partnerkredsen.

Tabel 5. Andel af partnerskaber med høj/meget høj målopfyldelse, der har oplevet udskiftning af nøglepersoner. Procent.

Ja	Nej
79 %	21 %

Således ser det ud til, at partnerskaberne er relativt robuste over for personudskiftning trods fraværet af formelle styringsredskaber. Ud fra en antagelse om, at partnerskabsarbejde bygger på tillidsbaserede relationer, er dette et relativt overraskende fund.

I det kvalitative materiale får vi umiddelbart bekræftet, at partnerskaber er baseret på personbårne relationer:

“Der er løbende udskiftning af nøglepersoner i partnerkredsen – særligt har udskiftning i [partner organisation] haft konsekvenser for samarbejdet, men derudover er det også blevet

tydeligt, at samarbejdet, indsatsen og motivationen for projektet er meget påvirkelig af, hvem der sidder med om bordet på godt og ondt.”

“I det her partnerskab har det i høj grad været et partnerskab mellem mennesker, og det betyder også, at der er gået meget viden tabt hver eneste gang. Der har været en meget stor udskiftning i projektledere, i personer, i mange ting, og der er egentlig sket et relativt stort tab hver gang, også fordi det så aldrig har været forankret i et meget stærkt partnerskab.”

Citaterne illustrerer, at partnerskaberne beskriver samarbejdet som personbåret i en vis udstrækning og hermed følsomt over for udskiftning af nøglepersoner. Det er dog ikke kun de personbårne relationer, men også nøglepersonernes viden og kompetencer, som fremstår centrale i det kvalitative materiale. Et partnerskab fortæller eksempelvis, at nøglepersonernes erfaring og kompetencer er afgørende:

“Hvis jeg ikke havde kunne caste nogle meget seniore projektledere i starten, som virkelig kendte vores strategi, og de [partner-organisation] ikke også havde castet med nogle, som ved, hvad de står for. Det er derfor, at det er lykkedes os [...] sådan noget partnerskab, det skal besættes med ret solide kompetencer. Fordi ellers så er det jo bare et projekt igen, hvor man ansætter en eller anden for nogle projektmidler, men der skal man virkelig forstå, hvem man er, når man går ind i det. Og der har vi jo fra starten også haft en meget tung projektleder, som blev legekammerat, og så har vi jo også af den grund kunne skifte på pladserne.”

Et andet partnerskab fortæller, at det er væsentligt, at alle partnere har ledelseskompetence:

“Jeg synes også en anden erfaring er, at når man laver de her partnerskaber [...] altså man skal have nogle med, der kan træffe beslutninger og sige, ‘det er sådan vi gør’, [...] altså, vi skal have nogle, der skal have mandat til at gøre noget, fordi ellers kan det blive svært, ik’.”

Nøglepersonernes erfaring, ledelseskompetencer og kendskab til egen organisation fremstår således som betydningsfulde kompetencer for at lykkes med at etablere et velfungerende partnerskab.

Samtidig beskriver citaterne ovenfor, at der kan være forskel på partnerskabskonstellationen i forhold til, hvor sårbart partnerskabet er for udskiftning i partnerkredsen. Særligt de indledende faser, mens partnerskabet etablerer sig – hvor der er behov for forventningsafstemning, afklaring af fælles mål m.m. – beskrives som følsomme. Udskiftning senere i forløbet, når partnerskabet er vel-etableret og opgaverne mere veldefinerede eller helt afsluttede, fremstår som mindre problematisk:

“Projektleder på den udførende del af partnerskabet er skiftet et par gange – god overleveling og tæt samarbejde med de andre parter har gjort det uproblematisk.”

“Kontaktpersoner i to af partnerskabskommunerne har undervejs i projektperioden fået nyt arbejde/gået på pension. Det har dog ikke haft betydning for partnerskabet, da det er sket i forbindelse med, at disse projektpartneres opgaver var afsluttet.”

Således fremgår det, at udskiftning af nøglepersoner er muligt uden større konsekvenser for partnerskabet, i det omfang partnerskabskonstellationen er veletableret. Hvilken betydning udskiftning i partnerkredsen har, afhænger endvidere af, hvilken position en given person har i partnerskabet. Her kan vi se, at partnerskabernes besvarelser varierer, alt efter hvilken rolle de udskiftede nøglepersoner har haft:

“Vi har haft udskiftning på medarbejdersiden, men ikke ledelsessiden”

“Der har været udskiftning på nogen positioner, men nøglepersonerne har været gennemgående”

Endelig finder vi, at udskiftning i personkredsen ikke nødvendigvis skal tolkes negativt, alene som et tab, men at udskiftning også kan bidrage positivt til partnerskabet. Dels beskriver et partnerskab, at udskiftning dækker over, at de har fået tilført en ekstra medarbejder til projektet. Dels finder vi, at udskiftning af nøglepersoner i nogle tilfælde er sket for at styrke partnerskabet, eksempelvis i tilfælde af en dårlig samarbejdsrelation, eller for at ændre partnernes kompetenceprofil.

Hvorvidt en udskiftning i partnerskredsen skal tolkes som et tab eller en gevinst for partnerskabet afhænger derfor også af de konkrete personer og deres indbyrdes relationer. Overordnet set finder vi derfor, at udskiftning af nøglepersoner ikke nødvendigvis skal ansues som et tab for partnerskabet, men at bemandingen af partnerskabet og etableringen af relationer mellem partnerne er afgørende faktorer for at etablere et velfungerende samarbejde.

9.6 Manglende viden om partnerskabsarbejde

Et supplerende fund i det kvalitative materiale er, at mens projektbeskrivelserne i stor udstrækning redegør for projekternes sundhedsteoretiske grundlag og videnskabelige evidens, er det karakteristisk, at valget af partnerskabsorganisering ikke har været baseret på et tilsvarende videnskabeligt grundlag. I interviews og fokusgrupper fremhæver partnerskaberne, at selve partnerskabsorganisering og partnerskabsarbejdet er erfaringsbaseret:

“Helt klart erfaringsbaseret viden om, hvordan man håndterer partnerskaber og mange interesser i samme rum.”

Enkelte interviewpersoner reflekterer eksplicit over, at de har manglet de nødvendige partnerskabskompetencer:

“Altså, det skal ikke køre som et projekt jo, det skal køre som et partnerskab [...] og det har folk ikke helt forstand på.”

Vi finder således, at nogle partnerskaber giver udtryk for, at de mangler viden om, hvordan partnerskabet fungerer som en særlig organisationsform. Partnerskabsarbejdet beskrives derfor også, i både interviews og spørgeskemabesvarelser, som en læreproces:

“Indledningsvis havde parterne ikke viden om, hvordan et partnerskab egentlig faciliteres, og hvordan partnerne i et ligeværdigt forhold sammen arbejdede mod et fælles mål. Denne proces tog lidt tid indledningsvis. Derfor var der en tendens til, at rollerne udmøntede sig i et leverbandør/køber perspektiv.”

“Det der organisatoriske blik for, hvad er det, der skal til for at kommuner, som er så forskellige, egentlig kan komme ind og være en aktiv medspiller i vores store partnerskab. Det ville jeg ønske, at jeg havde haft nogle flere kompetente folk, fordi det har lidt været learning by doing altså, og det vil jeg sige, det har partnerskabet lidt lidt under.”

Enkelte partnerskaber har efterspurgt, at ministeriet understøttede partnerskabsarbejdet. Dels i forhold til vidensdeling og kompetenceudvikling, hvor partnerskaberne har efterlyst et mere aktivt ministerium, som formidlede viden på tværs af projekterne, eksempelvis i form af en midtvejskonference, ideværksteder eller lignende. Dels i forhold til rammerne for projekternes afrapportering:

“Dem, der ejer partnerskabspuljen, er meget projektorienteret og har meget lidt viden om partnerskaber. Og nu taler jeg lidt som en gammel konsulent, altså at det har man jo ikke faciliteret på nogen måde, der har man afrapporteret fuldstændig, som man afrapporterer et projekt fra en pulje. Og det her er jo et partnerskab.”

Vi finder ovenstående som et udtryk for, at viden om selve partnerskabsarbejdet i en vis udstrækning er en overset kompetence. Øget fokus på partnerskabsmekanismer og ikke mindst forståelse af partnerskabets særlige præmisser som organisationsform kan med fordel indtænkes langt mere systematisk i partnerskabsorganisering såvel som i afrapportering fremadrettet.

9.7 Opsamling

Vi finder, at en stor del af partnerskaberne lykkes med at skabe synergi. Synergien relaterer sig i særlig grad til partnerskabernes forskellighed og til de forskellige kompetencer, viden og ressourcer, partnerne har bragt i spil i partnerskabsarbejdet. Endvidere finder vi, at partnerskaber, hvor partnerne har forskellige interesser for at indgå i partnerskabet, i særlig grad lykkes med at skabe synergi. Således fremstår partnernes forskellighed som en styrke for partnerskaberne.

Vi finder, at Reichs (2002) syv C'er fremstår som vigtige partnerskabsmekanismer. Særligt er etableringen af fælles mål såvel som god kommunikation, der gør det muligt at tale om forskellige prioriteringer af mål og indsatser, samt respekt og anerkendelse af alles bidrag vigtige komponenter.

Af særlige kontekstuelle forhold belyser vi betydningen af udskiftning i nøglepersoner. Her finder vi, at særligt etableringsfasen af partnerskabet er følsomt, hvorimod et veletableret partnerskab i højere grad kan have udskiftning i personkredsen uden større konsekvenser for projektet.

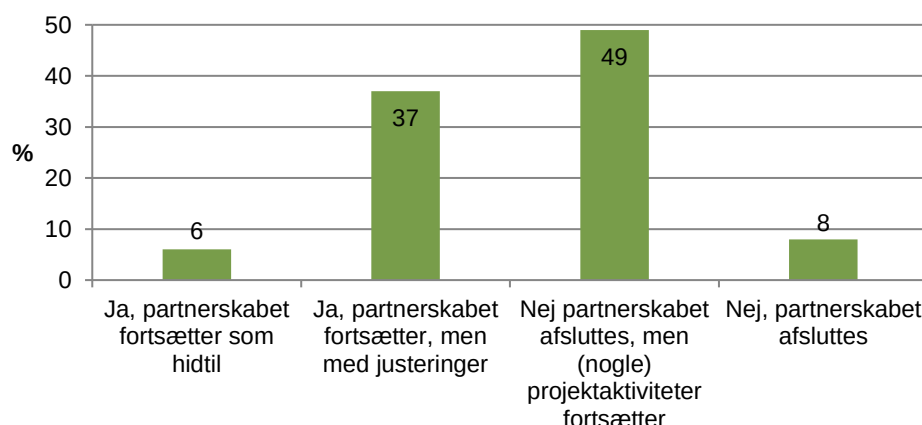
10 Partnerskabernes bæredygtighed og forankring

Dette kapitel perspektiverer besvarelsen af evalueringsspørgsmålene ved at belyse partnerskabernes planer for fremtidigt samarbejde samt partnerskabspuljens betydning.

10.1 Partnerskabernes fremtid

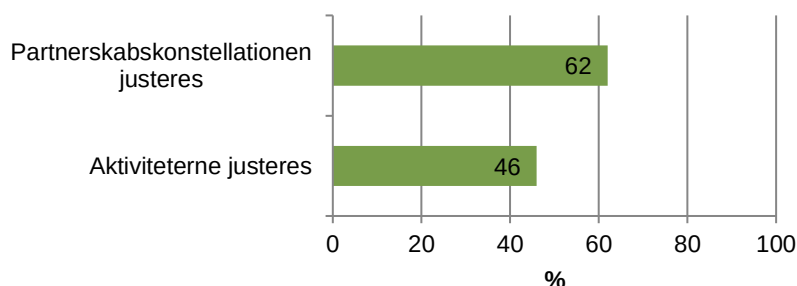
Partnerskaberne har angivet, om de fortsætter partnerskabet efter projektperioden. Figur 43 viser, at over halvdelen af partnerskaberne (57 %) har afsluttet partnerskabet. Heraf angiver størstedelen (49 %), at nogle projektaktiviteter fortsætter. I alt 37 % af partnerskaberne angiver, at partnerskabet fortsætter med justeringer, mens 6 % angiver, at partnerskabet fortsætter som hidtil.

Figur 43. Vurdering blandt partnerskaberne af, om partnerskabet forventes at fortsætte efter projektperioden. Procent.



De partnerskaber, der fortsætter med justeringer (n=13), har endvidere angivet, hvilken type justeringer de planlægger efter projektperiodens udløb. Af figur 44 ses, at 62 % af disse partnerskaber planlægger at justere partnerskabskonstellationen, mens 46 % planlægger at justere aktiviteterne.

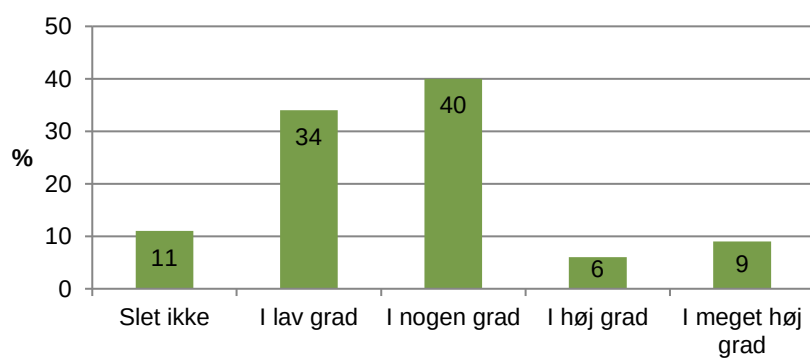
Figur 44. Type af justering i partnerskabet efter projektperiodens udløb blandt partnerskaber, der fortsætter partnerskabet. Procent.



Fra figur 37 ved vi, at 83 % af partnerskaberne vurderer, at partnerskabet i høj grad eller i meget høj grad har genereret viden og erfaringer med henblik på at videreføre aktiviteterne. Således synes der at være grundlag for at videreføre eller udvikle aktiviteterne i størstedelen af partnerskaberne.

Vi har endvidere bedt partnerskaberne om at vurdere, i hvilken grad det er muligt at rejse de nødvendige ressourcer til at vedligeholde partnerskabet efter projektperioden. Figur 45 viser, at dette er vanskeligt. Således vurderer 74 % i lav grad eller i nogen grad, at det er muligt at rejse de nødvendige ressourcer til at vedligeholde partnerskabet efter projektperioden, mens 11 % vurderer, at det slet ikke er muligt. Kun 15 % af partnerskaberne vurderer, at det i høj grad eller meget høj grad er muligt.

Figur 45. Vurdering blandt partnerskaberne af, i hvilken grad det er muligt at rejse de nødvendige ressourcer til videreførelse af partnerskabet. Procent.



Samme mønster genfindes blandt de ti case-partnerskaber, hvor størstedelen afsluttes eller fortsætter med justeringer. Cirka halvdelen fortsætter samarbejdet på et strategisk niveau, men afslutter de operationelle projektaktiviteter. Et par partnerskaber fortæller, at enkelte projektaktiviteter overgår til drift i den ene partnerorganisation, mens et enkelt partnerskab søger nye puljemidler andre steder til fortsat udbredelse af aktiviteterne. Et andet partnerskab afsluttes helt.

I spørgeskemabesvarelsene nævner partnerskaberne, foruden økonomiske begrænsninger, forhold som, at aktiviteter overgår til drift, eller at koncepter nedlægges, fordi det ikke har fungeret, eller det mangler en kommerciel model, som årsager til, at partnerskabet afsluttes.

10.2 Betydning af partnerskabspuljen

Partnerskaberne beskriver partnerskabspuljen som helt afgørende for partnerskaberne, men udtrykker samtidig, at puljemidler som finansieringsform skaber udfordringer i forhold til at forankre og fastholde aktiviteter efterfølgende.

Først i forhold til de positive tilkendegivelser. Her siger flere, at puljen har været anledning til at etablere nye samarbejder:

“Det har stor betydning, fordi ellers havde vi ikke siddet her, tror jeg [...] mange af os kender jo hinanden i forvejen, men vi havde aldrig sat os sammen om lige præcis det her, hvis ikke den pulje havde været der.”

Samtidig beskriver flere partnerskaber, at puljemidlerne har været en økonomisk mulighed for at afprøve ideer:

“[Vi] er presset af nogen besparelser, dels på 2 % produktivitet, det gælder os alle sammen, men også med at [...] tilskuddet er faldet. Det vil sige, alt hvad der lugter lidt af noget, der er sjov eller sukker på toppen, det er væk. Så vi er i akut bekneb for at få nogle eksterne ind, der kan bidrage og udvikle de her ting ved siden af.”

“Jeg tror også grunden til, at man har kunne gøre det her, er jo netop, at der har været nogle midler afsat til det, så man har kunne øremærke det og afsætte timerne til det.”

Partnerskabspuljen beskrives således som en økonomisk forudsætning for at størstedelen af partnerskaberne er blevet realiseret, hvilket stemmer godt overens med vores fund om, at partnerskabsarbejde er tidskrævende og dermed kræver ressourcer.

Flere partnerskaber understreger endvidere, at puljemidlerne fra Sundheds- og Ældreministeriet har givet deres partnerskab og projektaktiviteter en særlig legitimitet:

“Det har været en styrke for partnerskabet, at Sundhedsministeriet via sit økonomiske tilskud har legitimeret partnerskabets aktiviteter.”

“Jeg synes, det er vigtigt, at pengene kommer fra Sundhedsministeriet [...] jeg synes, der er et stærkt signal i, at Sundhedsministeriet siger, at vi [Sundhedsministeriet] har erkendt, at det er effektivt, og det er en god model at have private, samarbejde med private partnerskaber [...] og der synes vi, at det her er udtryk for en markant nytænkning, som er rigtig spændende, og det er også en ting, der er motiverende for os.”

Puljemidlerne er forbundet med stor signalværdi ifølge flere partnerskaber og bliver betegnet som eksempelvis “clean midler” eller et “blåstempel”, især af partnerskaber med private virksomheder. Flere partnerskaber understreger, at den signalværdi, som er forbundet med, at de er finansieret af Sundheds- og Ældreministeriet, har stor betydning for partnerskabets gennemslagskraft og samarbejde med eksterne parter.

Dernæst i forhold til de mere negative tilkendegivelser. Her nævner flere interviewpersoner puljefinansieringens tidsstruktur som en udfordring. Den har dels haft betydning for etableringen af partnerskaberne. På den ene side beskriver partnerskaberne i positive termer puljen som “fødselshjælper” og “en slags net-dating”, der har været afgørende for at bringe partnerne sammen. Men samme funktion opleves også at have nogle negative konsekvenser. Eksempelvis beskriver flere partnerskaber, at den korte tidsfrist til at udvikle og planlægge partnerskabsarbejdet op til ansøgningsfristen har betydet, at projektet ikke har været ordentligt gennemtænkt, og partnerkredsen ikke har været optimal:

“Det er mere på partnerskabsniveau at hele den her ramme fra ministeriets side, hvor man får en relativ kort periode, hvor man kan ansøge, og der skal man så tegne et projekt, som skal være færdigbeskrevet og skal [finde] nogen partnere, og der har de fleste nok en tendens til lige at ringe til dem, de kender på forhånd, men er det nødvendigvis de rigtige partnere at få fat i?”

“Ansøgningen har båret lidt præg af, at den blev skrevet en fredag formiddag med ansøgning kl. 12 eller sådan noget. Altså de har sgu været lidt på hælene med mange ting, og så har de bare lige ringet rundt til nogen, de måske lige kendte og havde i tankerne. Der har det ikke været så struktureret inden start.”

Således fortæller partnerskaberne, at ansøgningsfristen til puljen har bevirket, at den indledende planlægning ikke har været optimal. Nogle problematiserer, som det fremgår ovenfor, at det har betydet, at partnerkredsen ikke har været optimal, mens andre fremhæver, at de fastlagte budgetposter har begrænset videreudviklingen af partnerskabet undervejs og muligheden for at tænke helt nyt. I stedet har de følt sig fastlåst af nogle specifikke leverancer.

Samtidig bliver projektets midlertidighed, det vil sige den afgrænsede tidshorisont, som følger af puljefinansieringen, også problematiseret af en del partnerskaber:

“Det er jo så fint, at man starter op med nogle [aktiviteter], men når man så ved ‘jamen vi stopper jo egentlig her 1. januar’, så står man der ‘øh hvordan er det lige, vi kommer videre, fordi vi har ingen penge at gøre med.’”

Citatet er fra en frivillig, der har været involveret i samskabelsesarbejde. Han udtrykker, at puljefinansieringen kan have en demotiverende effekt i forhold til at engagere sig, når det ikke er et vedvarende initiativ. Andre partnerskaber så gerne en fortsættelse af finansieringen over en længere årrække for reelt at kunne afgøre, om de igangsatte aktiviteter har en bæredygtighed og vil kunne medføre de forventede resultater på sigt. I stedet afsluttes projekterne i de pågældende partnerskaber med finansieringens udløb:

“Det er jo ikke noget, der rykker sig fra dag 1 til dag 2, og måske ikke engang fra år 1 til år 3. Altså det, vi kan se, er jo, specielt i [organisation 1] og [organisation 2], hvor der har været stor organisatorisk og politisk opbakning til det, der kan vi jo se, at tingene begynder at rulle nu [...] der har kørt aktiviteter i halvandet år cirka, ét til halvandet år, og der er jo sket en progression. Og måske skulle man bare fortsætte det og så først følge op om nogle år og så ligesom se, hvor man kommer til [...] Men det er et projekt, og det bliver slukket og lukket de fleste steder. Så de effekter, man muligvis ville kunne se, tror jeg ikke på vil folde sig ud i fuldt flor.”

Samlet set finder vi, at partnerskabspuljen for en væsentlig del af projekterne har været helt afgørende for etableringen af partnerskabet, mens enkelte partnerskaber beskriver, at de allerede havde dannet et samarbejde, og at puljen derfor var en kærkommen mulighed for at finansiere deres projekt, men at de alternativt havde søgt andre puljer eller fonde.

11 Konklusion og læringspunkter

I denne rapport har vi præsenteret resultaterne fra evalueringen af Sundheds- og Ældreministeriets partnerskabspulje. Evalueringens overordnede formål har været at undersøge, i hvilket omfang og hvordan de støttede projekter og partnerskabspuljen som helhed har understøttet opfyldelsen af de nationale mål for folkesundhed, samt at identificere de særlige forhold, som har haft betydning for udviklingen, implementeringen og forankringen af partnerskabsprojekterne. I dette kapitel samler vi kort op på resultaterne. På den baggrund giver vi en række anbefalinger til partnerskabsarbejde på folkesundhedsområdet.

11.1 Evalueringsspørgsmål 1

- Hvilke typer af konkrete aktiviteter søges iværksat i forbindelse med projekterne, og hvilke målgrupper og arenaer adresseres i relation til de enkelte nationale mål?

Undersøgelsen har for det første givet viden om, hvilke typer konkrete aktiviteter partnerskaberne har iværksat i forbindelse med projekterne, samt hvilke målgrupper og arenaer partnerskaberne har arbejdet med.

Overordnet kan partnerskabernes aktiviteter deles op i to kategorier: kapacitetsopbyggende aktiviteter med fokus på at øge partnernes mulighed for at skabe forandring for målgruppen samt borgerrettede aktiviteter, hvis formål mere direkte er at skabe forandring for målgruppen.

For de kapacitetsopbyggende aktiviteter har godt halvdelen af partnerskaberne (51 %) arbejdet med kompetenceudvikling, mens knap halvdelen (46 %) har arbejdet med at udvikle nye metoder og koncepter. For de borgerrettede aktiviteter har flest partnerskaber haft fokus på fysisk aktivitet og bevægelse (43 %) samt enkeltstående aktiviteter og events (38 %).

Blandt partnerskaberne er der stor tilslutning til det nationale mål om, at den sociale ulighed i sundhed skal mindskes. Således beskriver 95 % af partnerskaberne, at deres indsats bidrager til dette mål i deres projektbeskrivelser. Over halvdelen af partnerskaberne arbejder med målene "Flere skal bevæge sig mere i dagligdagen" (59 %) og "Flere voksne skal trives og have god mental sundhed" (57 %).

"Udsatte grupper" udgør over halvdelen af partnerskabernes målgrupper (59 %), herefter følger "Unge" (16 %), "Børn" (11 %) og "Ældre/kronisk syge" (5 %).

Partnerskaber med målgruppen "Udsatte grupper" fordeler sig relativt jævnt i forhold til de syv nationale mål for folkesundhed (mellem 50 % og 68 %), dog er der særligt vægt på målene "Flere skal

bevæge sig mere i dagligdagen" (68 %), "Flere voksne skal trives og have god mental sundhed" (67 %) og "Færre børn skal være overvægtige" (67 %).

Indsatser til målgruppen "Unge" har særligt fokus på det nationale mål "Færre skal have et skadeligt alkoholforbrug" (30 %), mens indsatser til målgruppen "Børn" har særligt fokus på de nationale mål "Flere børn skal trives og have god mental sundhed" (34 %) og "Færre børn skal være overvægtige" (33 %).

I alt 83 % af partnerskaberne vurderer i høj grad eller meget høj grad, at partnerkredsen har givet adgang til relevante arenaer, hvor målgruppen færdes. De mest anvendte arenaer er "Nærmiljø og almene boligområder", "Sundhedsvæsenet" og "Skoler/ungdomsuddannelser".

Indsatser i arenaen "Nærmiljø og almene boligområder" har særligt haft fokus på de nationale mål "Færre skal have et skadeligt alkoholforbrug" (30 %) og "Flere skal bevæge sig mere i dagligdagen" (27 %). For indsatser i arenaen "Sundhedsvæsenet" angiver flest partnerskaber, at de har haft fokus på de nationale mål "Færre børn skal være overvægtige" (50 %) og "Flere skal vælge et røgfrit liv" (31 %). For indsatser i arenaen "Skoler/ungdomsuddannelser" har flest partnerskaber haft fokus på det nationale mål "Flere børn skal trives og have god mental sundhed" (25 %).

11.2 Evaluerings spørgsmål 2

- Hvilke virkningsmekanismer søger projekterne at aktivere i relation til specifikke mål og målgrupper?

Undersøgelsen har belyst virkningsmekanismer som henholdsvis sundhedsmekanismer, der knytter sig til partnerskabernes aktiviteter målrettet målgruppen, og partnerskabsmekanismer, der knytter sig til selve partnerskabsarbejdet. Således kan partnerskabsmekanismer betragtes som en kontekstuel faktor for sundhedsmekanismerne (og omvendt), hvilket dog ikke er uddybet analytisk i denne rapport.

For sundhedsmekanismer finder vi, at partnerskaberne har vægtet en sundhedsfremmetilgang baseret på salutogenese, det vil sige faktorer, som positivt støtter eller fremmer målgruppens sundhed og velvære. De tre hyppigste sundhedsmekanismer er således "Sociale relationer og netværk" (57 %), "Participatorisk brugerinddragelse/empowerment" (54 %) og "Handlekompetencer" (49 %). Vi kan ikke konkludere, hvorvidt nogle sundhedsmekanismer egner sig bedre til partnerskabsarbejde end andre.

Sundhedsmekanismerne fordeler sig relativt jævnt på tværs af de syv nationale mål for folkesundhed. For mål 1, 2, 3 og 7 angiver flest partnerskaber, at de arbejder med mekanismen "Sociale relationer og netværk". For mål 4 og 5 arbejder flest partnerskaber med mekanismen "Participatorisk brugerinddragelse/empowerment". For mål 6 arbejder flest partnerskaber med en kombination af mekanismerne "Handlekompetencer", "Participatorisk brugerinddragelse/empowerment" og "Sociale relationer og netværk".

Når vi ser på, hvordan sundhedsmekanismerne fordeler sig i forhold til de forskellige målgrupper, finder vi, at mekanismerne "Sociale relationer og netværk" (75 %), "Handlekompetencer" (70 %) og "Participatorisk brugerinddragelse/empowerment" (63 %) særligt søges aktiveret til målgruppen "Udsatte grupper". Mekanismen "Information og viden" søges særligt aktiveret til målgrupperne "Ældre/kronisk syge" (13 %) og "Unge" (20 %), mens mekanismen "Sociale normer, rollemodeller og kulturændring" især søges aktiveret for målgrupperne "Børn" (20 %) og "Unge" (20 %).

Analysen af partnerskabsmekanismer understøtter Reichs teori om de syv C'er for strategisk samarbejde: 1) klarhed om formål, 2) enighed om mission, strategi og værdier, 3) værdiskabelse, 4) tilslutning til formål og mennesker, 5) kommunikation mellem partnerne, 6) kontinuerlig læreproces, samt 7) forpligtelse til partnerskabet. Vi har således vist, at partnerskaber, som scorer højt på alle syv C'er, i højere grad har oplevet synergi sammenlignet med de, der scorer lavt. I strategisk henseende synes det således vigtigt at tage højde for disse komponenter ved tilrettelæggelsen af partnerskabsarbejde.

11.3 Evaluerings spørgsmål 3

- Hvilke kontekstuelle forhold har betydning for projekternes udfald og forløb?

Evalueringen har foruden virkningsmekanismer søgt at belyse de vigtigste kontekstuelle faktorer, som har haft betydning for projekternes udfald og forløb. Her har vi prioriteret at belyse tendenser, der går på tværs af materialet, hvilket dog samtidig nødvendigvis har medført en vis dekontekstualisering af vores resultater.

Vi finder, at forskellige organisatoriske forhold i partnerorganisationerne, såsom ændring af politiske eller organisatoriske strategier samt omorganisering, har stor betydning for de konkrete projekter. Ligeledes har en gennemgående udfordring været forbundet med tid. Projektpuljeformen har i mange partnerskaber været fremhævet som en kontekstuel forudsætning, som har gjort tid til en knap ressource. Desuden har partnerskaberne fremhævet vanskeligheder med at rekruttere udvalgte målgrupper samt udfordringer forbundet med social innovation som faktorer, der har haft betydning for partnerskabernes arbejde.

Vi har illustreret, hvordan den konkrete arena, hvor projektets aktiviteter skal implementeres, udgør en selvstændig betydningsstruktur, som er en afgørende kontekstuel faktor for, hvorvidt projektet er meningsfuldt for de involverede partnere og for målgruppen. Ligeledes har evalueringen vist, at tilpasning af projektaktiviteter til den konkrete organisation eller arena, hvori den skal implementeres, har haft en positiv sammenhæng med partnerskabernes målopfyldelse.

Med hensyn til selve partnerskabsarbejdet er det værd at fremhæve samarbejdet mellem partnerne som en afgørende kontekstuel faktor, som har betydning for projekternes succes. Undersøgelsen af de 37 partnerskaber har påvist en sammenhæng mellem partnernes forskellighed og evne til at skabe synergi, hvor tendensen er, at indbyrdes forskellighed har en positiv sammenhæng med partnerskabernes evne til at skabe synergi. Ligeledes har vi fundet, at særligt etableringen af et fælles mål i partnerskabet er en partnerskabsmekanisme, som har afgørende betydning for partnerskabsarbejdet på flere måder. Det fælles mål er afgørende for at etablere et behov for partnerskabet, hvor alle partnere oplever partnerskabet som nødvendigt og hermed engagerer sig i arbejdet, tager ejerskab og investerer i projektet. Endvidere er det fælles mål udgangspunktet for den mere konkrete forventningsafstemning og drøftelser af partnernes roller og ansvar. Her finder vi, at det er vigtigt, at partnerkredsen taler åbent om forventninger og eventuelle forskellige interesser og uenigheder. Det bidrager til at øge tilliden og den gensidige forståelse mellem partnerne.

Vi har endvidere belyst forhold som partnerkredsens kompetencer, hvor vi finder, at deltagere med erfaring og beslutningskompetence er væsentlige for partnerskabets samarbejde, særligt i de indledende faser, mens partnerskabet etableres. Endvidere er det belyst, hvordan fordeling af henholdsvis økonomi såvel som projektansvar har betydning for partnernes engagement og ejerskab for projektet. Her fremgår det, at placering af opgaver og ansvar, såvel som økonomiske midler, hensigtsmæssigt bør følge partnernes betydning for projektets gennemførelse.

11.4 Evaluerings spørgsmål 4

- Hvorvidt lykkes projekterne med at indfri deres målsætninger?

Endelig har evalueringen givet viden om partnerskabernes målsætninger. Her er det gennemgående billede en høj selv vurderet indfrielse af de opstillede målsætninger. Således tilkendegiver partnerskaberne en høj grad af målopfyldelse på tværs af de nationale mål for folkesundhed. Høj målopfyldelse er positivt forbundet med, hvorvidt aktiviteterne er tilpasset til de lokale organisationer og arenaer, hvori de er blevet implementeret.

Billedet af en høj målopfyldelse er i en vis udstrækning modificeret i det kvalitative materiale. Her finder vi, at ikke alle aktiviteter er nået helt i mål i forhold til den ønskede effekt blandt andet på grund af udfordringer med at rekruttere målgruppen, nedskalering af de planlagte aktiviteter og/eller deres udbredelse, behov for et længere tidsperspektiv for at skabe forandring samt vanskeligheder forbundet med at udvikle nye, innovative aktiviteter og metoder.

Det kvalitative materiale nuancerer således det meget positive billede af partnerskabernes målopfyldelse. Når vi ser på målsætningernes beskaffenhed, finder vi endvidere, at mange partnerskaber har arbejdet efter meget omfattende og ambitiøse mål, som enkeltstående projekter ikke vil kunne indfri alene. En del partnerskaber beskriver således også, at deres projekt indgår i en større helhed, der bidrager til en samfundsmæssig forandring. Derudover lægger flere partnerskaber vægt på såkaldte bløde gevinster, som er forbundet med selve partnerskabsarbejdet, i deres vurdering af partnerskabets succes. Sådanne bløde gevinster er eksempelvis gensidig organisatorisk læring, læring om samarbejde hos de involverede medarbejdere samt ny viden om målgrupper.

11.5 Samlet vurdering af partnerskabspuljen

Tilbage står det overordnede spørgsmål om, hvorvidt partnerskabspuljen som en politisk indsats kan siges at have opnået sit formål.

Samlet set har partnerskaberne adresseret alle syv nationale mål. Heraf har 35 (ud af 37) partnerskaber arbejdet med det overordnede mål om at reducere den sociale ulighed i sundhed, hvormed projekterne har søgt at leve op til puljens formål.

Vi finder, at alle projekter er lykkedes med at etablere konkrete aktiviteter og initiativer, hvoraf størstedelen er indsatser, som ellers ikke ville være realiseret. Selv vurderer alle partnerskaber, at de har fået mulighed for at eksperimentere med nye løsninger og aktiviteter, og cirka halvdelen af partnerskaberne har arbejdet specifikt med at udvikle nye metoder, materialer eller koncepter. Hermed vurderer vi, at puljen har levet op til formålet om en kreativ og mangefacetteret indsats, samt at partnerskaberne har opnået værdifuld erfaring og læring om både partnerskabsarbejde og de konkrete projektaktiviteter.

Man kan diskutere om det i nogle partnerskaber har knebet med at udvikle de innovative aktiviteter, som ville kunne gøre en afgørende forskel for målgruppen. Mens det er lykkedes i nogle partnerskaber, har vi mest kvalitativt materiale om mere traditionelle sundhedsaktiviteter, som kæmper med nogle af de velkendte udfordringer med rekruttering af udsatte målgrupper og motivering af målgruppen. Omvendt har partnerskaberne angivet "Sociale relationer og netværk" og "Participatorisk brugerinddragelse/empowerment" som de mest udbredte mekanismer, de har forsøgt at aktivere gennem deres aktiviteter, hvilket indikerer, at de har forsøgt at arbejde med disse temaer på nye måder.

Når vi ser på samarbejdet, finder vi, at en stor del af partnerskaberne er lykkedes med partnerskabsorganiseringen og har formået at skabe synergi i arbejdet med projektet. Generelt vurderer partnerskaberne partnerskabsmekanismerne positivt, men det er samtidig kun 30 %, som scorer højt på alle syv partnerskabsmekanismer. Vi finder således et broget billede, der viser, at en stor del af partnerskaberne har anvendt samarbejdet som ramme for innovation og udvikling, sådan som den politiske målsætning med partnerskabspuljen var tilsagt, men hvor spørgsmålet, om hvilke sundhedsmæssige aktiviteter, der har haft succes, ikke kan besvares entydigt. Kort sagt har succesgraden for de konkrete aktiviteter varieret. Samtidig fremgår det af evalueringen, at mens partnerskaberne i høj grad har været baseret på teoretisk viden og evidens fra sundhedsområdet, så har selve partnerskabsarbejdet været erfaringsbaseret, og mange partnerskaber har givet udtryk for, at det har været en stor læreproces at arbejde i partnerskab – en læreproces som i nogle partnerskaber har taget meget tid. Det er således et læringspunkt, at partnerskabsarbejde er en selvstændig faglighed, og at fremtidige partnerskaber med fordel kan baseres på den nye viden, som evalueringen har tilvejebragt, om partnerskabsmekanismer.

Det brogede billede af positive innovative processer med variation i forhold til aktivitetsdimensionen understøttes også af, at under halvdelen af partnerskaberne fortsætter samarbejdet efter projektets udløb. Nogle projekter er blevet afsluttet, fordi de ikke er lykkedes med at udvikle et koncept eller metode, som kan danne grundlag for fortsat samarbejde mellem de deltagende organisationer, mens andre har ladet aktiviteter overgå til drift i én eller flere af partnerorganisationerne, hvorved fortsat samarbejde ikke er nødvendigt. Samtidig afsluttes en del partnerskaber også af økonomiske årsager, da det har været vanskeligt for partnerskaberne at finde de nødvendige ressourcer efter puljens afslutning. Nogle partnerskaber fortsætter samarbejdet på et strategisk niveau eller med anden justering i partnerskabskonstellationen, mens kun 6 % af partnerskaberne fortsætter som hidtil.

11.6 anbefalinger og læringspunkter til partnerskabsarbejde på folkesundhedsområdet

På baggrund af evalueringens resultater har vi listet seks anbefalinger til partnerskabsarbejde på folkesundhedsområdet:

1. Brug god tid på at formulere fælles mål. Det fælles mål skal bidrage med en fælles mission, som motiverer alle partnere og er stærkt nok til at samle forskellige interesser. Samtidig skal det være konkret nok til, at partnerne har en fælles forståelse af målet.
2. Fokuser på, hvorfor hver enkelt partner er nødvendig for projektet, og anerkend alle partnernes input. Værdsæt partnernes forskellighed.
3. Sæt ord på uenigheder. Løbende forventningsafstemning, såvel som åben og konstruktiv dialog om forskellige interesser og uenigheder, styrker partnerskabet.
4. Sæt erfarne folk på opgaven. For at sikre den bedste partnerskabsdynamik skal partnerkredsen ideelt set have erfaring og beslutningskompetence, særligt i de indledende faser, når partnerskabet etableres.
5. Tag udgangspunkt i eksisterende erfaringer, når der skal udvikles nye løsninger. Social innovation kræver foruden fleksibilitet og læring, at der er et relativt veldefineret udgangspunkt at arbejde ud fra samt et velafgrænset mål at arbejde henimod.

6. Indsatser, der skal implementeres lokalt, kræver lokal tilpasning. Det er vigtigt, at indsatsen er meningsfuld i den lokale kontekst, hvori den skal implementeres, såvel som blandt den relevante målgruppe. Sæt derfor god tid og ressourcer af til lokal tilpasning og implementering.

12 Referencer

Bonevski, B., et al. (2014). Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Medical Research Methodology* 14(1): 42.

Boydell, L. R. og J. Rugkåsa (2007). Benefits of working in partnership: A model. *Critical Public Health* 17(3): 217-228.

Brogaard, L. og O. H. Petersen (2014). Offentlige-private innovationspartnerskaber (OPI). Evaluering af erfaringer med OPI på velfærdsområdet. København, KORA.

Bronfenbrenner, U. (1974). Developmental Research, Public Policy, and the Ecology of Childhood. *Child Development* 45(1): 1-5.

Corbin, J. H., et al. (2016). What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promotion International*.

Dowling, B., et al. (2004). Conceptualising successful partnerships. *Health and Social Care in the Community* 12(4): 309–317.

Flanagan, S. M. og B. Hancock (2010). 'Reaching the hard to reach' - lessons learned from the VCS (voluntary and community Sector). A qualitative study. *BMC Health Services Research* 10(1): 92.

Hawkes, C. og K. Buse (2011). Public health sector and food industry interaction: it's time to clarify the term 'partnership' and be honest about underlying interests. *The European Journal of Public Health* 21(4): 400-401.

Holt, D. H., et al. (2017). Evaluering af Sundheds- og Ældreministeriets pulje til Partnerskaber på Forebyggelsesområdet. Statusnotat 2017. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Hunter, D. og N. Perkins (2012). Partnership Working in Public Health: The Implications for Governance of a Systems Approach. *Journal of Health Services Research and Policy* 17(2_suppl): 45-52.

Højlund, H. (2014). Det værdibaserede partnerskab: Et dansk samarbejdsprojekt om lokal sundhedsfremme. *Nordisk Administrativ Tidsskrift* 91(1): 27-43.

Højlund, H., og D. H. Holt (2019). Sundhed gennem samarbejde. En kvalitativ undersøgelse af 10 partnerskaber i den lokale og regionale forebyggelse. København, Copenhagen Business School.

Jensen, H. A. R., et al. (2016). Evaluering af Sundheds- og Ældreministeriets pulje til partnerskaber på forebyggelsesområdet. Statusnotat 2016. København, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Liljas, A. E. M., et al. (2017). Strategies to improve engagement of 'hard to reach' older people in research on health promotion: a systematic review. *BMC Public Health* 17(1): 349.

Mulgan, G. (2007). Social innovation. What it is, why it matters and how it can be accelerated. London, The Young Foundation.

Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization.

Pawson, R. og N. Tilley (1997). Realistic Evaluation. Thousand Oaks, Sage.

Regeringen (2014). Sundere liv for alle. Nationale mål for danskernes sundhed de næste ti år. København, Ministeriet for sundhed og forebyggelse.

Reich, M. R., (red) (2002). Public-private partnerships for public health. Harvard Series on Population and International Health. Massachusetts, Harvard Center for Population and Development Studies.

Schjørring, M. K., et al. (2015). Partnerskaber. Litteraturstudie og evaluering. København, Statens Institut for Folkesundhed.

Smith, B. J., et al. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. Health Promotion International.

Thompson, E. R. og F. T. T. Phua (2005). Reliability among Senior Managers of the Marlowe–Crowne Short-Form Social Desirability Scale. *Journal of Business and Psychology* 19(4): 541-554.

Vestbo, J., et al. (2018). Forebyggelse af børn og unges rygning. Hvad virker? København, Vidensråd for Forebyggelse.

VicHealth (2016). The partnerships analysis tool. A resource for establishing, developing and maintaining partnerships for health promotion. Australia, Victorian Health Promotion Foundation.

Visser, P. S., et al. (2000). Survey research. *Handbook of Research Methods in Social and Personality Psychology*. H. T. Reis and C. M. Judd. United Kingdom, Cambridge University Press: 223-252.

Bilag 1

Kriterier for tildeling af midler fra partnerskabspuljen

De 37 partnerskaber har modtaget støtte fra partnerskabspuljen på baggrund af en række kriterier samt en vurdering af projekternes sundhedseffekter/gevinster, deres snitflader til den øvrige kommunale forebyggelse samt selve partnerskabskonstruktionen (jf. Oversigt over indstilling af regionale/landsdækkende og lokale ansøgninger 2014).

For at komme i betragtning til puljen, skulle partnerskaberne leve op til følgende kriterier (Regeringen, 2014):

1. Partnerskabets formål bidrager til at forbedre folkesundheden inden for et eller flere af de nationale mål.
2. Partnerskabet tilvejebringer konkrete initiativer, der kan bidrage til at understøtte de nationale mål og har et borgerrettet sigte.
3. Partnerskabet består af minimum to parter, hvoraf den ene part ikke er en offentlig institution/myndighed. Mere end to partnere foretrækkes.
4. Partnerskabet bidrager selv med ressourcer i form af eksempelvis viden, markedsføringskanaler, økonomiske midler, netværk, bygninger, medarbejdere eller andet.
5. Partnerskabet udvikler nye initiativer, videreudvikler eksisterende initiativer eller udbreder i større skala eksisterende viden eller initiativer indenfor målene.
6. Partnerskabets initiativer bygger på eksisterende viden eller bygger videre på eksisterende viden indenfor forebyggelsesområdet, herunder anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker.
7. Partnerskabet indtænker i sine initiativer, hvordan disse initiativer kan bidrage til at reducere den sociale ulighed i sundhed inden for det mål eller de mål, som partnerskabet arbejder inden for.

Bilag 2

Overblik over de 37 partnerskaber

Denne oversigt giver en kort præsentation af de 37 partnerskaber, der har modtaget støtte fra puljen. Informationen er baseret på oplysninger fra henholdsvis partnerskabernes projektbeskrivelser og deres spørgeskemabesvarelser fra 2017. Enkelte steder, hvor information har manglet, er oplysninger suppleret med information fra enten projektets hjemmeside eller afrapportering til Sundheds- og Ældreministeriet.

De nationale mål angives med tal der refererer til:

Mål 1: Den sociale ulighed i sundhed skal mindskes

Mål 2: Flere børn skal trives og have god mental sundhed

Mål 3: Flere voksne skal trives og have god mental sundhed

Mål 4: Flere skal vælge et røgfrit liv

Mål 5: Færre skal have et skadeligt alkoholforbrug og alkoholdebuten skal udskydes

Mål 6: Færre børn skal være overvægtige

Mål 7: Flere skal bevæge sig mere i dagligdagen

Vurdering af partnerskabernes målopfyldelse er baseret på indrapportering i spørgeskemaet 2017. Her har partnerskaberne listet deres målsætninger (op til 10) og vurderet på en skala fra 1-5, hvorvidt de har opnået den pågældende målsætning. På baggrund af denne selvevaluering har vi beregnet gennemsnittet for hvert partnerskab og afrundet til nærmeste hele tal med udgangspunkt i skalaen nedenfor:

Opfyldelse af målsætninger:

1: slet ikke

2: i lav grad

3: i nogen grad

4: i høj grad

5 i meget høj grad

ABC for Mental Sundhed (tidligere Partnerskabet omkring Act- Belong- Commit)	
Antal Partnere	6
Partnere	Statens Institut for Folkesundhed, Folkesundhed Kbh, Frederiksberg Kommune, Sund By Netværk, Røde Kors, Danmarks Medie og Journalisthøjskole
Målgruppe	Den samlede befolkning
Arena	I syv af landet kommuner, via DGI, DDS, DOF, Røde Kors Hovedstaden, Center for forebyggelse i praksis, Sund By Netværket, via sociale medier, radio, lokale aviser
Rækkevidde	Landsdækkende

Nationale mål	1, 2, 3
Formål	At øge danskernes mentale sundhed ved at styrke resiliens hos det enkelte individ og ved at øge sammenhængskraften i samfundet. Dette gøres gennem folkeoplysning og lokale indsatser, der styrker sociale netværk og skaber tillid og fællesskaber, samt gennem oplæring af lokale ambassadører for indsatsen.
Aktiviteter	Overordnet set er ABC for mental sundhed en forskningsbaseret forståelses- og arbejdsramme for mental sundhedsfremme i praksis. Den består af tre dele: 1) Gennem folkeoplysning opfordres folk til at være aktive og engagere sig i fællesskaber og aktiviteter. Der er tre overordnede forskningsbaserede budskaber: Gør noget aktivt, Gør noget sammen, Gør noget meningsfuldt. 2) Initiativer som fremmer mulighederne for at være en del af et fællesskab. ABC for mental sundhed indgår derfor i partnerskaber med organisationer, foreninger og kommuner for at udvikle, udbrede og/eller understøtte indsatser i tråd med ABC principperne. 3) Endelig går en del af indsatsen ud på at opkvalificere ansatte og frivillige i forhold til mental sundhedsfremme. Det sker ved at træne lokale koordinatore og ambassadører i ABC konceptet. Partnerskabet har gennemført over 300 aktiviteter i regi af partnerskabet med udgangspunkt i ovenstående aktivitetstyper.
Støtte fra puljen	5.000.000 kr.
Målopfylldelse	4
Fremtid	Partnerskabet fortsætter, men partnerskabskonstellationen justeres

Alkoholpartnerskabet - for en ansvarlig alkoholkultur	
Antal partnere	7
Partnere	Bryggeriforeningen (har sekretariatsfunktion), HORESTA, Vin og Spiritus Organisation Danmark (VSDO), Danmarks Restauranter og Caf�er, De samvirkende k�bm�end, Dansk Erhverv, samt God Alkoholkultur (GODA)
Målgruppe	Unge
Arena	Sociale medier, detailhandlen, uddannelsesinstitutioner
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 5
Formål	At skabe ansvarlig alkoholkultur og reducere misbrug og skadeligt alkoholforbrug ved at arbejde med større kampagner og afholde konferencer
Aktiviteter	To kampagner udarbejdet af eksterne bureauer: 1) Partyprinsen, en kampagne om aldersgr�nsere for salg af alkohol rettet mod henholdsvis unge og mod salgspersonale i detailhandlen. 2) Kampagne om unges natteliv baseret på web-serien Fastland, brug af ambassadører (online influencers), og en skoletour på 16 skoler (8.-10. klasse, samt 1. g). Desuden lancering af Smart ID app i samarbejde med Danske Spil. Afholdelse af to konferencer på henholdsvis Christiansborg og i Europa Parlamentet, samt international erfaringsudveksling i OECD-regi og med europæiske søsterorganisationer m.fl.
Støtte fra puljen	4.000.000 kr.
Målopfylldelse	5
Fremtid	Partnerskabet fortsætter, men aktiviteterne justeres

Baby - Sikker	
Antal partnere	2
Partnere	Børneulykkesfonden og Dansk Sygeplejeråd
Målgruppe	Unge mødre
Arena	Sundhedsplejens besøg i hjemmet
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 2, 7
Formål	At reducere den socialt betingede ulighed i forekomsten af børneulykker gennem en forebyggende indsats rettet mod unge mødre.
Aktiviteter	Udvikling og udlevering af materialeboks med gode råd og vejledning omkring sikkerhed, sundhed og trivsel samt prøveeksemplarer af særlig relevant sikkerhedsudstyr.
Støtte fra puljen	2.408.800 kr.
Målopfylldelse	5
Fremtid	Partnerskabet fortsætter, men aktiviteterne justeres

Bedre byer, mere sundhed	
Antal partnere	9
Partnere	Danmarks Idrætsforbund, Aarhus Kommune, Odense Kommune, Esbjerg Kommune, Kolding Kommune, Slagelse Kommune, Høje Taastrup Kommune, Ishøj Kommune, Aab af 1885. Desuden indgår lokale idrætsforeninger, som står for aktiviteterne.
Målgruppe	Inaktive borgere, primært børn og unge, i udsatte boligområder
Arena	Foreningsaktiviteter i udsatte boligområder
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 7
Formål	At motivere og inspirere til mere bevægelse og idræt i de udsatte boligområder ved at flytte idrætsstilbuddene helt ud til borgernes dørtrin. Herigennem rekruttere til foreningsdeltagelse på længere sigt.
Aktiviteter	Doorstep aktiviteter, der flytter idrætsstilbuddene ud til de borgere "lige udenfor døren"
Støtte fra puljen	3.000.000 kr.
Målopfylldelse	5
Fremtid	Partnerskabet fortsætter, men aktiviteterne justeres

Broen til bedre sundhed – Sammen om min vej (tidl. "Sammenhængende borgerforløb...")	
Antal partnere	9
Partnere	Region Sjælland, Nykøbing Falster Sygehus, Business Lolland Falster, Psykiatrien, Lolland Kommune, Socialpsykiatrien Lolland Kommune, Guldborgsund Kommune, Socialpsykiatrien Guldborgsund og Almen praksis
Målgruppe	Borgere med: a) En eller flere kroniske sygdomme, herunder multisygdom b) Psykisk sygdom og/eller misbrug c) Sociale udfordringer (fx uden for arbejdsmarkedet, manglende netværk) samt flere forskellige og hyppige kontakter på tværs af social- og sundhedsvæsenet
Arena	Sygehuset, psykiatrien, praktiserende læge og kommunerne

Rækkevidde	Lokalt
Nationale mål	1, 3
Formål	Bedre behandling, bedre tilfredshed og en reduktion i omkostninger til behandling for de involverede borgere
Aktiviteter	Individuelt designet støtte fra en fast forløbspartner (projektansat i partnerskabet) med udgangspunkt i borgerens behov. Udvikling af den koordinerende indsatsplan samt oplysningsskema, der deles mellem relevante aktører og borgeren
Støtte fra puljen	2.000.000 kr.
Målopfyldeelse	Ikke besvaret
Fremtid	Partnerskabet fortsætter, men partnerskabskonstellationen justeres

Bæredygtigt fokus på sundhed i yderområder - via lokale partnerskaber

Antal partnere	21
Partnere	Thisted Kommune, lokale parter; borgerforeninger, idrætsforeninger, virksomheder, patientforening, og andre organisationer i tre lokalområder (oprindeligt indgået partnerskab med Liberalt Oplysnings Forbund, Socialt værested, Motion og Badeland, Bach, Hjerteforenings Lokalkomite og Frivillig Center og Selvhjælp)
Målgruppe	Borgere i lokalområderne
Arena	Lokalområdet
Rækkevidde	Lokalt
Nationale mål	1, 3, 4, 5, 7
Formål	At sikre, at sundheden kommer ud i "yderste geografiske led" og er designet til landkommuner – og at civilsamfundet inddrages i sundhedsindsatserne for at øge det aktive medborgerskab
Aktiviteter	Etableret lokale sundhedsråd i tre lokalområder, kickoff-arrangementer i alle tre områder, afholdt kommunalt sundhedstilbud lokalt (rygestop og livsstilshold), samt understøttet lokale aktiviteter
Støtte fra puljen	2.000.000 kr.
Målopfyldeelse	3
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

De tunge drenge

Antal partnere	3
Partnere	Cyklistforbundet, Dansk Metal, Selskab for mænds sundhed
Målgruppe	Primær målgruppe er arbejdspladser, hvor motion og sund livsstil ikke spiller nogen rolle i hverdagen, og deres ansatte, primært ufaglærte og kortuddannede mænd. Den sekundære målgruppe er alle arbejdspladser, der har en lav deltagelse i Cyklistforbundets VI CYKLER TIL ARBEJDE-kampagne, og som projektet via kommunikation af sundhedsbudskaber har forsøgt at engagere i kampagnen.
Arena	Arbejdspladser
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 3, 7
Formål	At udvikle en cykelkultur på arbejdspladser, hvor der ikke er tradition for motion og sund livsstil
Aktiviteter	Projektet har arbejdet med en bred indsats (målrettet arbejdspladser over hele landet, der er i målgruppen for at deltage i Cyklistforbundets VI CYKLER TIL

	ARBEJDE) – og en smal, mere håndholdt indsats målrettet 6 arbejdspladser med hjælp fra ledelse og tillidsfolk. Samlet har de seks arbejdspladser 1600 medarbejdere, der alle har fået tilbud om deltagelse i projektets aktiviteter (lån af elcykel, kick off-arrangement/oplæg om mænds sundhed, deltagelse i VI CYKLER TIL ARBEJDE med rabat, osv.). Cirka 140 af disse har lånt en elcykel i min. 2 uger.
Støtte fra puljen	1.500.000
Målopfyldelse	4
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

Det Digitale Sundhedscenter

Antal partnere	4
Partnere	Region Syddanmark, Varde Kommune, Faaborg-Midtfyn Kommune, Kolding Kommune, Kerteminde Kommune, Svendborg Kommune, Ærø Kommune, Diabetesforeningen og Hjerteforeningen.
Målgruppe	Borgere med type 2-diabetes og hjertesygdomme
Arena	Kommunerne, online patientuddannelse
Rækkevidde	Regionalt
Nationale mål	3
Formål	Projektet har to overordnede formål: 1) At udvikle, afprøve og udbrede digitale tilbud om patientuddannelse til borgere med type 1 og type 2 diabetes og hjertekarsygdom. 2) At eksperimentere med brugen af forskellige applikationer til formidling af sundhedsfagligt og pædagogisk indhold i relation til forebyggelsestilbud i kommunale sundhedscentre
Aktiviteter	Udvikling af digital patientuddannelse med e-læring og webinar, foruden personlig kontakt til sundhedsprofessionel. Kompetenceudvikling af de sundhedsprofessionelle, afholdt workshop samt løbende koordineringsmøder ift. implementering af aktiviteterne.
Støtte fra puljen	3.000.000 kr.
Målopfyldelse	5
Fremtid	Partnerskabet fortsætter som hidtil

DropMob

Antal partnere	5
Partnere	Red Barnet, Esbjerg Kommune, Fredensborg Kommune, Herning Kommune og Landsorganisationen Skole og Forældre
Målgruppe	Skoleelever 0.-10. klassetrin
Arena	Folkeskoler, privat- og friskoler
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 2, 3
Formål	At udvikle eksemplariske forløb og et procesværktøj for udarbejdelse af antimobbestrategier til brug for den enkelte skole, skolefritidsordning og fritidsinstitution.
Aktiviteter	Der er afholdt i alt 189 introduktionskurser om DropMob for skolebestyrelser og nøglepersoner på skolerne. Skolerne har benyttet DropMobs materialer til at lave en antimobbestrategi vha. inddragende undervisningsforløb for elever på alle klassetrin, personale, ledelse, skolebestyrelse og en varierende grad forældre. Materialerne er frit tilgængeligt på Red Barnets hjemmeside samt på emu.dk

Støtte fra puljen	4.000.000 kr.
Målopfylldelse	5
Fremtid	Partnerskabet fortsætter, men partnerskabskonstellationen justeres

Et borgernært sundhedsfremmetilbud på væresteder

Antal partnere	5
Partnere	Komiteen for Sundhedsoplysning, Landsforeningen af VæreSteder, Perron 4, Akademiet og Solstrålen
Målgruppe	Væresteds-brugere
Arena	Væresteder
Rækkevidde	Regionalt
Nationale mål	1, 3, 4, 5, 7
Formål	Ved at tilpasse og målrette kurset LÆR AT TACKLE kronisk sygdom til socialt udsatte borgere, er formålet at styrke deltagernes sundhed og egenomsorg.
Aktiviteter	Workshop for at afdække evt. tilpasning af rammerne for kurset LÆR AT TACKLE kronisk sygdom. Instruktøruddannelse for væresteds-brugere og væresteds-medarbejdere, samt afholdelse af kurser for brugere af værestederne.
Støtte fra puljen	2.621.038 kr.
Målopfylldelse	4
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

Forum for mænds sundhed (Mænds mødesteder for sundhed og trivsel)

Antal partnere	35
Partnere	3F, Bayer Health Care, Danmarks Lungeforening, Dansk Metal, Dansk Optikerforening, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Psykologforening, Dansk Tandplejerforening, Falck Health Care, FIU-Ligestilling/Frispark, Folkesundhed Århus, Hedensted Kommune, Helsingør Kommune, Hjerteforeningen, Horsens Kommune, Ishøj Kommune, Kost- og Ernæringsforbundet, Mandecentrene Mariager Fjord kommune, Måltidspartnerskabet, Netdoktor Media, Pension Danmark, PROPA, Region Midt, Ringkøbing-Skjern Kommune, Rigshospitalets Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning, SCA Hygiejne, Selskab for Mænds Sundhed, Sex og Sundhed, Sorø Sundhedscenter, Sundhedsstyrelsen, Syddjurs Kommune, Tårnby Kommune, Vallensbæk Kommune, Vejle Kommune, VM - Tænk tanken Viden om mænd, og Aalborg Kommune
Målgruppe	Socialt udsatte mænd i fire boligområder i Århus, samt mænd generelt, der kan profitere af Mænds Mødesteder.
Arena	Udsatte boligområder Desuden gamle og nye Mænds Mødesteder andre steder i landet.
Rækkevidde	Landsdækkende/ lokalt
Nationale mål	1, 3
Formål	At udvikle og afprøve mødesteder for samvær og sundhed for ufaglærte, enlige og andre sårbare mænd i en række udsatte boligområder og at beskrive og formidle erfaringerne med henblik på efterfølgelse.
Aktiviteter	Etablering af mødesteder i fire socialt udfordrede boligområder i Århus.
Støtte fra puljen	3.695.000 kr.
Målopfylldelse	5
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

Fællesskab på tværs - Motions- og Sansesti	
Antal partnere	2
Partnere	Center Paletten, Amager Seniorklub
Målgruppe	Borgere med fysisk og psykisk handicap, seniorer og beboere fra lokalområdet
Arena	Nærmiljø
Rækkevidde	Lokalt
Nationale mål	1, 3, 7
Formål	At nytænke og udbygge et eksisterende aktivitetsområde med lettilgængelige muligheder for motion, træning og samvær – og skabe et mødested for alle i nærområdet, hvor alle der har lyst til at involvere sig kan tage ejerskab.
Aktiviteter	Inspirationstur til sansehave- og motionsområder, idræts- og bevægelsesarrangementer, fælles arbejdsdage, pasning og vanding af byhaver, hverdagsmotion, instruktørkurser for frivillige.
Støtte fra puljen	800.000 kr.
Målopfylde	5
Fremtid	Partnerskabet fortsætter, men aktiviteterne justeres

I form i fremtiden	
Antal partnere	8
Partnere	Erhvervsskolernes Elevorganisation, SOSU og PAU Elevernes bestyrelse, Produktionsskoleforeningen, Psykiatrifonden, FOA, PenSam, Schools On The Run Syddansk Universitet, Dansk Firmaidrætsforbund
Målgruppe	Elever og lærere på erhvervs- og produktionsskoler
Arena	Erhvervs- og produktionsskoler
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 3, 7
Formål	Igennem en helhedsorienteret indsats at: 1) øge deltagelse i, lysten til og kvaliteten af fysisk aktivitet, 2) fremme trivsel, og 3) styrke sundhedskompetencerne blandt elever på erhvervs-, produktions- og social- og sundhedsskolerne.
Aktiviteter	Opkvalificering af lærere inden for trivsel og fysisk aktivitet, opkvalificering af lærer i aktionslæring, sundhedsorganisering af ledere, sundhedsevent for elever, aktivitetsdage og events for elever, sundhedsplatform for elever.
Støtte fra puljen	5.000.000 kr.
Målopfylde	4
Fremtid	Partnerskabet fortsætter, men partnerskabskonstellationen justeres

Indflydelse på egen sundhed for psykisk udviklingshæmmede og psykiatriske patienter	
Antal partnere	6
Partnere	Morsø Kommune, LEV Landsforeningen Evnesvages Vel, SIND, Morsø Idrætsforening, DGI Nordjylland og Social Tilbud i Morsø Kommune
Målgruppe	Fysisk og psykisk udviklingshæmmede, psykiatriske borgere
Arena	Væresteder og bosteder
Rækkevidde	Lokalt

Nationale mål	1, 3, 7
Formål	At udvikle håndholdte og strukturerede fysiske aktiviteter gennem øget brugerinddragelse, samt afholde arrangementer omkring sund kost og livsstil, som ligeledes er tilpasset målgrupperne
Aktiviteter	Ansættelse af idrætskoordinator, kurser for alle medarbejdere, arrangementer og idrætsaktiviteter for forskellige borgergrupper indenfor målgruppen.
Støtte fra puljen	1.200.000 kr.
Målopfyldelse	4
Fremtid	Partnerskabet fortsætter, men både aktiviteterne og partnerskabskonstellationen justeres

Jump4Fun	
Antal partnere	3
Partnere	Nordsjællands Hospital: Børne - og Ungeafdelingen, DGI Nordsjælland, Julemærkefonden Idrætsforeninger (Ølstykke GF, Vejby GF, Espergærde GF, Farum GF, Hillerød og Helsingør Judo Klub, Rudersdal Bokseklub, Hillerød Svømmeklub og Ganløsefitness og sportsløbehjulsklub)
Målgruppe	Børn og unge med overvægtsproblematikker mellem 6-16 år, som er inaktive og ikke føler sig tilpas i det etablerede idrætsforeningsliv. Herunder også sårbare børn og unge, som har udfordringer med at finde det rette træningstilbud.
Arena	Idrætsforeninger
Rækkevidde	Regionalt → Landsdækkende
Nationale mål	1, 2, 6, 7
Formål	Jump4fun er et specialtilrettelagt bevægelsestilbud til overvægtige børn og unge. I Jump4fun arbejder vi med at udvikle bevægelsesglæde, selvværd, kropsbevidsthed, motorik, muskelstyrke og kondition. Der er støttende foranstaltninger til familier, der har behov for særlig opbakning.
Aktiviteter	Ugentligt træning i idrætsforeninger for 400 børn og unge. Fællesarrangementer som bevægelseslejr på julemærkehjem, fællestræninger og kostworkshops. Uddannelsesdage for Jump4fun-instruktører.
Støtte fra puljen	1.940.000
Målopfyldelse	4
Fremtid	Partnerskabet fortsætter som hidtil

Lige adgang til kommunale Sundhedstilbud (LAKS)	
Antal partnere	4
Partnere	Sund By Netværk, Ergoterapeutforeningen, Danske Fysioterapeuter og COWI
Målgruppe	Sundhedspersonalet (ergo-, fysioterapeuter og sygeplejersker m.fl.) på deltagende institutioner, samt borgere tilknyttet de deltagende institutioner
Arena	19 kommunale social- og sundhedsinstitutioner
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 3, 4, 5, 7
Formål	At sikre lige adgang til og lige udbytte af kommunale sundhedstilbud via en differentieret indsats overfor borgerne. Projektets fokus har været at identificere konkrete måder hvorpå ergo-, fysioterapeuter og sygeplejersker m.fl. ved at behandle borgere forskelligt kan sikre bedre adgang til, bedre udnyttelse af og bedre udbud af

	sundhedstilbud.
Aktiviteter	Afprøvning af kompetenceudvikling af medarbejderne gennem aktionslæring som redskab til at udvikle og afprøve nye social- og sundhedsfremmeindsatser.
Støtte fra puljen	3.936.000 kr.
Målopfylde	5
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

Livsstileguide i praksis

Antal partnere	24
Partnere	Region Syddanmark, Steno Center for Sundhedsfremme og 22 syddanske kommuner
Målgruppe	Voksne mennesker med psykisk sygdom Professionelle som arbejder med sundhed blandt voksne mennesker med psykisk sygdom (primært sygeplejersker, pædagoger, ergo- og fysioterapeuter, social- og sundhedsassistenter)
Arena	Lokal- og socialpsykiatri
Rækkevidde	Regionalt
Nationale mål	1, 4, 5, 6
Formål	Tværsæktoriel forebyggelse af livsstile sygdomme hos mennesker med sindslidelse via et målrettet sundhedspædagogisk uddannelseskoncept og kompetenceudvikling
Aktiviteter	Udvikling og afprøvning af sundhedspædagogisk uddannelseskoncept
Støtte fra puljen	3.000.000 kr.
Målopfylde	4
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

Læring for Sundhed

Antal partnere	10
Partnere	Sex og Samfund, Aalborg Kommune, Aarhus Kommune, Holstebro Kommune, Københavns Kommune, Danmarks Lærereforening, Danske Skoleelever, Landsorganisationen Skole og Forældre, Skolelederforeningen og Call me
Målgruppe	Elever i grundskolen, samt lærere og pædagoger, skoleledere og sundhedsplejersker i grundskolen.
Arena	Folkeskoler
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 2
Formål	Partnerskabets overordnede formål er at udvikle, styrke og fremme børns mentale sundhed og trivsel gennem kvalificerede og målrettede undervisningsindsatser om køn, krop, relationer, sundhed og seksualitet i en bred vifte af grundskolens fag og emner
Aktiviteter	Udvikling og afprøvning af undervisningsforløb inkl. materialer samt udbredelse via Sex og Samfunds underviserportal.
Støtte fra puljen	3.000.000 kr.
Målopfylde	4
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

Mad og Sundhed på Vestegnen	
Antal partnere	2
Partnere	Meyers Madhus og CPH West
Målgruppe	Gymnasieelever
Arena	Ungdomsuddannelse
Rækkevidde	Lokalt
Nationale mål	1, 4, 5, 7
Formål	At forbedre sundhedstilstanden hos de unge og dermed bryde med den sociale ulighed og understøtte bedre læring i dagligdagen
Aktiviteter	Udvikling og igangsætning af projektet "Feed Your Brain", udvælgelse af elev- og lærerambassadører, produktion af undervisningsmateriale, afholdelse af workshops, foredrag om kost og sundhed, lancering af sunde produkter i kantinen, afholdelse af folkekøkken
Støtte fra puljen	1.000.000 kr.
Målopfyldeelse	Ikke besvaret
Fremtid	Partnerskabet afsluttes

Mental sundhed gennem fællesskaber - i boligafdelingerne	
Antal partnere	4
Partnere	Furesø Kommune, Frivilligcenter Furesø, Boligafdelingerne Vesterbo og Espebo
Målgruppe	Ensomme beboere i lokale boligområder
Arena	Almene boligområder
Rækkevidde	Lokalt
Nationale mål	1, 2, 3
Formål	At bidrage positivt til trivslen blandt beboere i de almennyttige boligafdelinger ved at opbygge fællesskaber og netværk i boligområderne med udgangspunkt i beboernes ønsker og ressourcer
Aktiviteter	Fælles spisning, børneaktiviteter, familiedag, Frivilligcenter på besøg med fx malerværksted, Sundhedsdage/screening, gåture, udnyttelse af udearealer etc.
Støtte fra puljen	1.000.000 kr.
Målopfyldeelse	3
Fremtid	Partnerskabet afsluttes

Mere liv i lungerne og mere lighed i sundhed	
Antal partnere	2
Partnere	Danmarks Lungeforening og Matas A/S
Målgruppe	Borger med symptomer på lungesygdomme
Arena	Matas butikker
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 4
Formål	At forebygge lungesygdomme i Danmark
Aktiviteter	I uge 42 og 43 2014 gennemførte Danmarks Lungeforening i samarbejde med Matas A/S over 2200 lungefunktionsmålinger i 50 Matas butikker fordelt over hele landet.
Støtte fra puljen	230.000 kr.
Målopfyldeelse	Ikke besvaret

Fremtid	Ikke besvaret
----------------	---------------

Mit Gode Liv (tidl. Sundhed for kortuddannede på arbejdspladser)	
Antal partnere	6
Partnere	Hjerteforeningen, Danmarks Lungeforening, Dansk Firmaidrætsforbund, Weltklasse, Rådgivende Sociologer og Arla Food.
Målgruppe	Arla-medarbejdere, kortuddannede mænd
Arena	Arbejdspladser (Arlas friskvareterminaler fire steder i landet)
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 4, 5, 7
Formål	At udvikle en generaliserbar og bæredygtig metode til at øge sundheden for kortuddannede personer med et særligt fokus på kortuddannede mænd, der er ansat på produktionsvirksomheder
Aktiviteter	Sundhedsfremmende aktiviteter og initiativer på Arla Foods terminaler, herunder sundhedsambassadører, sundhedsledelse, sundhedstjek samt spørgeskemaundersøgelser
Støtte fra puljen	4.787.590 kr.
Målopfylldelse	4
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

Mænd i fokus i regionerne Midt og Nordjylland: netværk, deltagelse og ansvar	
Antal partnere	2
Partnere	Frivilligcenter Silkeborg og De frivilliges hus Aalborg. Desuden en række frivillige foreninger, der betragtes som leverandører og målgruppe i henholdsvis Thisted, Hadsund, Frederikshavn, Aalborg. Randers, Viborg, Struer, Herning, Ikast/Brande, Aarhus og Silkeborg kommuner.
Målgruppe	Foreninger der har mænd som målgruppe, samt offentlige sundhedstilbud med tilknytning til de deltagende frivilligcentre. Sekundær målgruppe er mænd, der har gjort brug af projektets borgernære tilbud som frivillige og/eller brugere.
Arena	Frivillige foreninger
Rækkevidde	Regionalt
Nationale mål	1, 2, 3
Formål	Partnerskabet øger muligheden for, at mænd i krise undgår en personlig og social deroute, kommer bedre gennem krisen, samt bevarer jobbet og kontakten til børnene. Indsatsen er forebyggende eller kan anvendes som efterværn efter endt offentlig behandling. Det sekundære formål er at styrke netværket og samarbejdet mellem aktører i Region Midt samt Region Nordjylland, der har tilbud til mænd i krise, for derved at udnytte hinandens kompetencer og ressourcer bedst muligt.
Aktiviteter	Netværksmøder tre gange årligt i hver region for frivillige foreninger. Afprøvet konkrete tilbud som mandecafé og parsamtaler
Støtte fra puljen	3.000.000 kr.
Målopfylldelse	4
Fremtid	Partnerskabet fortsætter, men partnerskabskonstellationen justeres

Nye veje til trivsel og bevægelse i boligområder	
Antal partnere	5 + 11
Partnere	Københavns Kommune, Steno Center for Sundhedsfremme, Køge Kommune, Roskilde Kommune, 11 boligorganisationer
Målgruppe	Borgere i udsatte boligområder
Arena	Udsatte boligområder
Rækkevidde	Regionalt
Nationale mål	1, 3, 7
Formål	Gennem lokal kapacitetsopbygning at bidrage til at øge den mentale og fysiske sundhed blandt borgere i udvalgte boligområder i Københavns, Køge og Roskilde Kommuner.
Aktiviteter	35-40 aktiviteter målrettet trivsel og/eller bevægelse udviklet for og med beboerne af kommuner og helhedsplaner. 5 workshops for professionelle af 30-40 deltagere pr. gang. 3 fyraftensmøder for professionelle.
Støtte fra puljen	5.000.000 kr.
Målopfylde	3
Fremtid	Partnerskabet afsluttes

Opsporing af og indsats for fysisk inaktive skolebørn med fokus på trivsel og overvægt	
Antal partnere	10
Partnere	Ballerup Kommune (Sundhedsstrategisk afsnit, sundhedsplejen, tandplejen, etc.), Rosenlund Volleyballklub, Tritum Svømmeklub, Måløv Idrætsforening og Ballerup Atletikforening
Målgruppe	Fysisk inaktive skolebørn
Arena	Sundhedsplejen, idrætsforeninger
Rækkevidde	Lokalt
Nationale mål	1, 2, 6, 7
Formål	At øge fysisk inaktive børns fysiske aktivitetsniveau ved deltagelse i idrætsforeningers tilbud og herved fremme deres sundhedstilstand samt indgå i sociale fællesskaber
Aktiviteter	Mulighed for samtaler med en sundhedsplejerske, familierådgiver eller klinisk diætist. Tilbud om prøvetime hos en idrætsforening
Støtte fra puljen	1.200.000 kr.
Målopfylde	5
Fremtid	Partnerskabet fortsætter, men partnerskabskonstellationen justeres

Samskabelse, Unge og Alkohol	
Antal partnere	10
Partnere	Kræftens Bekæmpelse, KL, Alkohol & Samfund, Frederiksberg Kommune, Hjørring Kommune, Københavns Kommune, Lemvig Kommune, Roskilde Kommune, Rudersdal Kommune, Aarhus Kommune
Målgruppe	Unge
Arena	Lokalt i kommunerne
Rækkevidde	Landsdækkende

Nationale mål	5
Formål	At udskyde unges alkoholdebut og nedsætte unges alkoholforbrug ved lokal samskabelse. Dette opnås ved at igangsætte lokale aktiviteter om unge og alkohol i samarbejde med frivillige og civilsamfund.
Aktiviteter	Ikke besvaret
Støtte fra puljen	3.920.000 kr.
Målopfylldelse	4
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

Social-Sundhedsskoler & Erhvervsskoler i Danmark - Sundhed, Trivsel & Fastholdelse

Antal partnere	9
Partnere	Kræftens Bekæmpelse, Danske Erhvervsskoler, Danske SOSU Skoler, Danmarks Lærerforening, Handelsskolernes Lærerforening, Uddannelsesforbundet, Landselevbestyrelsen SOSU ved FOA, Landssammenslutningen af handelsskoleelever og Center for Interventionsforskning ved SIF
Målgruppe	Erhvervsskoleelever på grundforløb, undervisere og ledelse på erhvervsskoler
Arena	Erhvervsskoler
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 3, 4, 7
Formål	At skabe sunde rammer på erhvervsskolerne og social- og sundhedsskolerne og dermed forbedre sundhedsadfærden hos eleverne nu og i fremtiden.
Aktiviteter	Der har deltaget fem skoler. Skolerne har besluttet hvilke mål og områder (risikofaktorer og uddannelser/matrikler) de ville arbejde med, og projektgruppen har arbejdet som proceskonsulenter, der har faciliteret skolernes arbejde.
Støtte fra puljen	5.000.000
Målopfylldelse	3
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

Styrkelse af de borgernære sundhedstilbud i almene boligområder

Antal partnere	5
Partnere	Komiteen for Sundhedsoplysning, Danmarks Almene Boliger, Fredericia Kommune, Aalborg Kommune og Boligforeningen 3B
Målgruppe	Mennesker i almene boligområder med angst og depression, kroniske smerter eller kronisk sygdom.
Arena	Almene boligområder
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 2, 4, 5, 7
Formål	At forbedre socialt udsatte borgeres, herunder etniske minoriteters, fysiske og psykiske sundhedstilstand og sundhedsadfærd ift. langvarig sygdom, samt at styrke netværksdannelse mellem borgerne og øge netværk og tryghed for den enkelte i nærmiljøet
Aktiviteter	42 LÆR AT TACKLE-kurser fordelt på 15 kommuner. Ca. 60 borgere og medarbejdere har deltaget på et instruktørkursus.
Støtte fra puljen	3.000.000 kr.
Målopfylldelse	4

Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter
----------------	--

Sunde Børn og unge i Sundere boligområder	
Antal partnere	4
Partnere	GAME, Danmarks Lungeforening, BL - Danmarks Almene Boliger og DS Elcobyg
Målgruppe	1) Unge i alderen 16 til ca. 25 år, der uddannes til at koordinere og udføre frivilligt drevne aktiviteter og træninger i gadeidræt i udsatte boligområder. Disse aktiviteter henvender sig til partnerskabets anden primære målgruppe: 2) Børn og unge i alderen 8-16 år i udsatte boligområder
Arena	Udsatte boligområder
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 2, 4, 6, 7
Formål	Partnerskabets formål er at mindske den sociale ulighed i sundhed, ved at øge den fysiske aktivitet og lungesundheden blandt de mere end 150.000 børn og unge i alderen 8-21 år, som bor i de almene boligområder i Danmark.
Aktiviteter	I programperioden er der årligt gennemført samarbejder omkring gadeidrætsaktiviteter i 26-34 udsatte boligområder fordelt over hele landet. Der er årligt afholdt ca. 750-1000 gadeidrætstræninger. I løbet af juni og august er der årligt blevet afholdt gadeidrætsevents i ca. 16 af områderne. Der har årligt været ca. 15.000-18.000 fremmøder til aktiviteterne. Der er årligt uddannet over 100 unge frivillige playmakere, og der blev afholdt 3 årlige uddannelses camps. Under uddannelsesweekenderne har Lungeforeningen afholdt oplæg om lungesundhed og den sunde krop. Der er opbygget en online værktøjskasse med idrætsøvelser og inspiration omkring fokus på empowerment og fokus på sundhed. Der er afholdt en fælles konference.
Støtte fra puljen	4.000.000 kr.
Målopfylldelse	5
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

Sundere erhvervsskoler - et pilotprojekt i Holstebro Kommune	
Antal partnere	6
Partnere	Hjerteforeningen, Danmarks Lungeforening, Holstebro Sundhedscenter, Arla Foods, Lantmännen Unibake, Aalborg Universitet
Målgruppe	Erhvervsskoleelever og ansatte på erhvervsskoler
Arena	Erhvervsskoler
Rækkevidde	Lokalt
Nationale mål	1
Formål	At fremme sundere livsstil blandt erhvervsskoleelever og forebygge hjertekarsygdomme (oa. sygdomme) og dermed bidrage til at reducere den sociale ulighed i sundhed, samt at udvikle en best practice model for sundhed på erhvervsskoler
Aktiviteter	Sundhedsfremmende indsats med fokus på KRAM-faktorerne; særligt fysisk aktivitet og kost
Støtte fra puljen	1.300.000 kr.
Målopfylldelse	4
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

Sundhed der bevæger	
Antal partnere	6
Partnere	Lemvig, Lemtorpskolen, Idrættens Fællesråd, Ungdomsorganisationernes Fællesråd, StartVækst Lemvig, Christinelystskolen
Målgruppe	Mindre private virksomheder i Lemvig Kommune og deres medarbejder: kortuddannede og faglærte medarbejdere, primært mænd
Arena	Arbejdspladser
Rækkevidde	Lokalt
Nationale mål	1, 3, 7
Formål	At udvikle og afprøve muligheder for at voksnes trivsel og mentale sundhed øges gennem bevægelse i dagligdagen, gennem innovative samarbejder og nytænkende aktiviteter
Aktiviteter	Sundhedstjek, undervisning i kost, motion, stress og søvn, tilbud om rygestop, vægtstop og NADA-behandling, tilpasning af individuelle arbejdspladser ift. ergonomi, pausegymnastik og motionsaktiviteter, fodboldfitness på tværs af virksomhederne, coaching/stresscoaching til medarbejderne, mentorstøtte til virksomheder, trivselsambassadøruddannelse
Støtte fra puljen	1.500.000 kr.
Målopfylldelse	4
Fremtid	Partnerskabet afsluttes

Sundhedsidræt	
Antal partnere	6
Partnere	DGI, Esbjerg Kommune, Aalborg Kommune, Jammerbugt Kommune, Hvidovre Kommune og Lolland Kommune
Målgruppe	Voksne og ældre med sundhedsudfordringer: 1) seniorer, der ønsker en aktiv hverdag, 2) Voksne med rygproblemer, 3) Voksne med kredsløbsrelaterede sygdomme og udfordringer.
Arena	Idrætsforeninger
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 7
Formål	At udvikle og implementere forskningsbaserede/kvalitetssikrede træningskoncepter til brug i idrætsforeningerne
Aktiviteter	Udvikling af tre nye træningskoncepter målrettet mennesker med forskellige skavanker. Uddannelse af 101 foreningsinstruktører, etablering af 61 foreningshold i 15 foreninger fordelt på 5 kommuner
Støtte fra puljen	5.000.000
Målopfylldelse	5
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

Sundhedskompas - sender dig på rette kurs?	
Antal partnere	6
Partnere	Pensam, FOA, Sundhedsdoktor, Syddansk Universitet – forskningsenheden for almen praksis, Arbejdsmiljø København og Tønder Kommune
Målgruppe	FOA-faggruppen

Arena	Arbejdspladser, Digital IT-plattform
Rækkevidde	Regionalt
Nationale mål	1
Formål	At udvikle, implementere og evaluere "Sundhedskompasset" – en digital sundhedsplatform, hvor medarbejderne med udgangspunkt i et spørgeskema får vurderet deres sundhedsniveau og bliver tilbudt relevante sundhedstilbud
Aktiviteter	Etablering af lokale partnerskaber med kommuner. Digitale træningsprogrammer, yderligere adgang til kommunens egen sundhedsordning, adgang til en personlig motiverende tovholder hos Pensam.
Støtte fra puljen	5.000.000 kr.
Målopfylde	4
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

Type 2- diabetes i familien. Pårørendeinddragelse, forebyggelse og tidlig opsporing (PIFT)

Antal partnere	4
Partnere	Diabetesforeningen, Steno Center for Sundhedsfremme, Region Hovedstaden og Region Syddanmark
Målgruppe	1) Familier hvor minimum én person har type 2-diabetes 2) Sundhedsprofessionelle der underviser i patientuddannelse
Arena	Kommunal og hospitalsbaseret patientuddannelse
Rækkevidde	Landsdækkende
Nationale mål	1, 3, 4, 6, 7
Formål	Projektet har tre overordnede formål: 1) At medvirke til at forebygge og opspore type 2 diabetes blandt familiemedlemmer, hvor mindst ét familiemedlem er diagnosticeret med type 2 diabetes. 2) At støtte og styrke egenomsorg og handlekompetence i familier, hvor mindst ét familiemedlem er diagnosticeret med type 2 diabetes. 3) At kompetenceudvikle sundhedsprofessionelle der underviser på patientuddannelse, så de klædes på til at inddrage familiemedlemmer
Aktiviteter	Udvikling af et sundhedspædagogisk koncept bestående af metoder, modeller og værktøjer samt et kompetenceudviklingskoncept målrettet sundhedsprofessionelle. Afprøvning af test-version af konceptet med efterfølgende tilpasning og implementering af endeligt koncept. Uddannelse af personale og gennemførelse af patientskoler med familier hvor en person har type 2-diabetes.
Støtte fra puljen	4.000.000 kr.
Målopfylde	4
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter

Ungeevent om psykisk sårbarhed

Antal partnere	3
Partnere	PsyInfo i Region Hovedstadens Psykiatri, SIND Ungdom og Landsforeningen mod spiseforstyrrelser og selvskade
Målgruppe	Unge på gymnasiale uddannelser i Region Hovedstaden
Arena	Gymnasier
Rækkevidde	Regionalt

Nationale mål	1, 2, 3
Formål	At udbrede viden og bryde tabu om psykisk sygdom samt bekæmpe stigmatisering og mindske selvstigmatisering blandt unge og deres pårørende
Aktiviteter	Udvikling og afholdelse af Break-It Festival 2015, 2016, 2017
Støtte fra puljen	600.000 kr.
Målopfylldelse	5
Fremtid	Partnerskabet fortsætter, men aktiviteterne justeres

Unge på sporet

Antal partnere	10
Partnere	Haderslev Kommune, Blå Kors Danmark, TUBA Danmark, Frivilligcenter Haderslev, Haderslev Erhvervsråd, Videncenter for Sundhedsfremme (KOSMOS), Multihus, Haderslev Andelsboligforening og Region Syddanmark. Landsforeningen SIND har trukket sig fra partnerskabet.
Målgruppe	Udsatte unge i alderen 14-35 år
Arena	Værested (efter Lov om social service, § 104)
Rækkevidde	Lokalt
Nationale mål	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Formål	At fremme trivsel og mental sundhed blandt de unge i Haderslev Kommune, At målgruppen for projekt UPS får redskaber til at leve et sundt liv – fysisk, mentalt og socialt At projektet overordnet betragtet understøtter både nationalpolitiske og lokalpolitiske målsætninger om at flere unge får en uddannelse og en basiskontakt til arbejdsmarkedet.
Aktiviteter	Ansættelse af socialfaglig mentor og medarbejder, etablering og åbning af værestedet "Sporet", etablering af ungeråd, rekruttering og uddannelse af frivillige mentorer, sociale arrangementer med fokus på mental og fysisk sundhed
Støtte fra puljen	2.400.000 kr.
Målopfylldelse	4
Fremtid	Partnerskabet fortsætter, men partnerskabskonstellationen justeres

Vi hopper fra smøgerne – et rygestop-motionshold på Bornholm

Antal partnere	6
Partnere	Bornholms Regionskommune, Sundhedscenter Bornholm, LOF's Landsorganisation, LOF Bornholm, Fysioplus Bornholm og Kræftens Bekæmpelse
Målgruppe	Socialt udsatte voksne borgere, der ryger
Arena	Aftenskolehold
Rækkevidde	Lokalt
Nationale mål	1, 3, 4, 7
Formål	At skabe de bedste forudsætninger for en røgfri tilværelse i et sundheds- og hverdagslivsperspektiv via sammenhængende rygestopkurser og motionsforløb, hvor der jævnligt er kommunikation mellem rygestop-rådgiver og fysioterapeut
Aktiviteter	Rygestop og motionstilbud
Støtte fra puljen	500.000 kr.
Målopfylldelse	1
Fremtid	Partnerskabet afsluttes, men nogle projektaktiviteter fortsætter