

STRATEGISK LEDELSE AF SAMSKABELSE – EN HÅRFIN (MAGT)BALANCE

VOL#2 Forår 2022

Publiceret: 6. april 2022

Af: Johanne Frøsig Pedersen, Kirsten Schultz Petersen og Charlotte Overgaard



INDLEDNING

Samskabelse har de seneste årtier vundet indpas i kvalitetsudvikling og effektivisering inden for sundhedsområdet. Der ses i stigende grad inddragelse af forskellige aktører i udvikling og implementering af tilbud og indsatser inden for det kommunale sundhedsområde (De Weger, Van Vooren, Drewes, Luijckx, & Baan, 2020; Haldane et al., 2019). Inden for praksisforskning er der en bred anerkendelse af, at samskabende processer er værdifulde i arbejdet med udvikling og implementering af forebyggende og sundhedsfremmende sundhedsindsatser i kommunale kontekster (Carlisle, Farmer, Taylor, Larkins, & Evans, 2018; Díez et al., 2018; Farmer & Nimegeer, 2014; Nancarrow, Johns, & Vernon, 2004).

At inddrage lokalsamfundet i udvikling og implementering af kommunale sundhedsindsatser anses som en vigtig strategi inden for sundhedsfremme (McLeroy, Norton, Kegler, Burdine, & Sumaya, 2003; Merzel & D'Afflitti, 2003). En sådan 'community health' tilgang har fokus på et kollektivt løft af samlede lokalområder og er et alternativ til mere individrettede

sundhedsstrategier (Andersen, H. M. & Holm, 2020). Således inviteres borgere, civilsamfundsaktører og hele lokalsamfund i stigende grad til at bidrage i udformningen af sundhedsindsatser og politikker igennem samskabende processer (De Weger et al., 2020). En sådan bottom-up tilgang står dog i et modsætningsforhold til, at lokalsamfundsinddragende sundhedsindsatser i stigende grad anvendes strategisk som led i kommuners indsats for at indfri overordnede, nationale mål om sundhedsfremme (Sørensen & Torfing, 2018). Modsattede interesser og perspektiver på samskabelse kan forventes at udløse konflikter og utilsigtede negative konsekvenser som kan påvirke dialogen blandt de involverede aktører (Tortzen, 2018). Disse udfordringer kan udspringe af det skisma, der ligger mellem 'strategisk ledelse' og 'samskabelse'. Den samskabelsestypologi, som er beskrevet af Jens Ulrich (2016), skitserer dette skisma med afsæt i graden af styring af de samskabende processer samt de involverede aktørers rolle.

SÅLEDES POSITIONERER KOMMUNEN SIG I EN MERE ELLER MINDRE STRATEGISK IGANGSÆTTENDE, DEFINERENDE OG STYRENDE ROLLE, SOM HAR IMPLIKATIONER FOR SAMSKABELSESPROCESSERNE I FORM AF BORGERNES MULIGHED FOR INDFLYDELSE PÅ BESLUTNINGSPROCESSER.

Dermed stilles de kommunale projektledere over for en række udfordringer i forbindelse med de lokalsamfundsinddragende aktiviteter, da de rent organisatorisk positioneres et sted mellem strategisk ledelse og samskabelse. Strategisk ledelse kan defineres ved processer, hvorigennem relevante aktører inviteres til, i fællesskab med den formelle ledelse, at træffe beslutninger, prioritere, revidere og justere mål og strategier (Klausen, 2020). Strategisk ledelse kan dermed udgøre et koncept til samskabelse, der modsvarer politiske beslutninger og lokalsamfundets interesser (Sørensen & Torfing, 2018).

Der kan imidlertid anlægges forskellige strategier for ledelse og samskabelse ift. forskellige projekter og lokalsamfund, som afhænger af de sociokulturelle karakteristika for målgruppen, tilgængelige ressourcer inden for organisationen samt målet for sundhedsindsatsen (Montesanti, Abelson, Lavis, & Dunn, 2016). Trods ønsker om øget lokalsamfundsinddragelse mangler der imidlertid fortsat empirisk funderet viden om, hvordan strategisk ledelse i kommuner konkret praktiseres som et koncept til samskabelse, hvordan de lokalsamfundsinddragende processer organiseres, ledes og faciliteres på tværs af forskellige

kommunale sundhedsindsatser, samt hvilke styrker og svagheder de konkrete praksisser har for udvikling og implementering af lokalsamfundsinddragende sundhedsindsatser. Med afsæt i analyse af interviews, deltagerobservationer og dokumenter stiler dette projekt imod at skabe ny læring på tværs af forskellige typer af lokalsamfundsinddragende sundhedsindsatser med fokus på to forskningsspørgsmål:

(i) Hvilke strategiske overvejelser ses i forhold til projektledernes rolle i ledelse og facilitering af samskabende processer på tværs af tre store kommunale sundhedsindsatser?

(ii) Hvordan kommer disse strategier til udtryk i den konkrete, daglige ledelse, og hvilke implikationer har de for udviklingen og implementeringen af lokalsamfundsinddragende sundhedsindsatser?

TEORETISK POSITION

Samskabelse rummer potentialet til at fungere som styringsparadigme, hvor tværgående samarbejde i netværk og partnerskaber ses som et middel til at skabe offentlig værdi (Sørensen & Torfing, 2018). Antagelsen er, at samskabelse kan ansues som et koncept til strategisk ledelse. Denne strategiske ledelsesform indebærer en kontinuerlig, processuel tilgang til ledelse med fokus på kollektive inddragelsesprocesser med deltagelse af forskellige relevante aktører (Klausen, 2020). Samskabelsesbegrebet tager afsæt i Voorberg, Bekkers & Tummers (2015) og Ulrichs (2016) forståelse af samskabelse som aktiv inddragelse af forskellige aktører fra såvel kommunale myndigheder som grupper af civile aktører i udviklingen og implementeringen af kommunale sundhedsindsatser. Idealet inden for strategisk ledelse er det strategiske interesse- og ledelsesfællesskab. Dette kommer til udtryk ved, at den strategiske ledelse udmønter sig både horisontalt og vertikalt i organisationen, hvormed topledere, ledere og mellemledere praktiserer strategisk ledelse på hvert sit organisatoriske niveau. På baggrund heraf funderes, udvikles og påvirkes den givne strategi med afsæt i flere perspektiver og magten decentraliseres (Klausen, 2020). Dette studier belyser, hvordan en sådan praktisering af samskabelse som et strategisk styringskoncept kan se ud i ledelsen af kommunale sundhedsindsatser. Som et strategisk styringskoncept bliver samskabelse et middel til samarbejde og til skabelse af fælles ansvar blandt de involverede aktører i bestræbelserne på at udvikle virkningsfulde sundhedsindsatser. Hermed kan

samskabelse anses som et strategisk styringskoncept og et redskab til at skabe vækst og velfærd (Sørensen & Torfing, 2018).

Som et modstykke til samskabelse som middel til vækst og velfærd, kan samskabelse anskues som et mål i sig selv, der understøtter processer, som kan lede til empowerment, demokrati og lighed (Agger & Tortzen, 2015; Branom, 2012). Disse værdier repræsenterer dermed modsætningen til værdier som effektivisering og optimering (Agger & Tortzen, 2015). Således kan 'strategisk ledelse' og 'samskabelse' betragtes som modsatrettede strømninger inden for offentlige administrative regimer. Modsattetheden ligger i formålet med inddragelsen af forskellige aktører samt den rolle, de inddragede aktører tilskrives ift. mulighed for indflydelse på beslutningsprocesser (International Association for, Public Participation, 2014; Pedersen, Egilstrød, Overgaard, & Petersen, 2021; Pestoff, 2018; Ulrich, 2016). Sidstnævnte lægger op til forskellige grader af magtafgivelse til de involverede aktører (Tortzen, 2019). Magtfordelingen blandt partnere i samskabelsesprocesser er i dette studie et centralt element i forståelsen og analysen af strategierne for den konkrete, daglige ledelse i udviklingen og implementeringen af kommunale sundhedsindsatser.



DESIGN OG METODE

Studiets design var et komparativt teorifortolkende casestudie (Antoft & Salomonsen, 2007; Yin, 2014) af tre kommunale sundhedsindsatser, hvor teorier om strategisk ledelse anvendes til at fokusere på sammenhængen mellem organisatoriske, ledelsesmæssige strategier og praksisnære tilgange til lokalsamfundsinddragende og samskabende processer. Tre store, igangværende kommunale sundhedsindsatser målrettet både landdistrikter og urbane geografiske områder blev udvalgt som typiske cases. Alle var store projekter, der var designet

ud fra en super-setting tilgang (Andersen, T. B., Reinbach, & Bloch, 2020). De tre projekter var initieret inden for det seneste år, med lokalsamfundsinddragelse og samskabelse som en integreret del af det overordnede formål med sundhedsindsatserne (se tabel 1). Indsats A og B var i planlægnings- og udviklingsfasen, mens sundhedsindsats C befandt sig i udviklings- og implementeringsfasen.

Sundheds-indsats	Indsats A	Indsats B	Indsats C
Projekt-udvikler	Indsatsen overordnet udviklet af nationalt center og udmøntes i flere kommuner,	Indsatsen overordnet udviklet nationalt og udmøntes i flere kommuner	Indsatsen udviklet af kommunen og implementeret i en række områder
Indsatsens formål	At styrke eksisterende indsatser samt at udvikle og afprøve nye indsatser, der fremmer, at forældre, kommunale aktører og lokalsamfund sammen gør en positiv forskel for, at flere børn trives, spiser sundere og er fysisk aktive.	At flere unge lever et frit ungdomsliv, hvor både forældre og lokalsamfund aktivt bidrager til at rammerne omkring de unge opmuntrer til et reduceret alkoholforbrug og beskytter mod brug af tobak og andre rusmidler.	At forbedre sundhed og sundhedsvaner hos borgere i lokalområder ved at flytte kommunale sundhedsfremmende og forebyggende tilbud og indsatser tættere på borgerne - og sammen med lokale aktører opbygge rammer, der kan støtte borgerne i en sundere hverdag.
Udvælgelse af indsatsområder	· Datadrevet	· Datadrevet	· Datadrevet · Erfaringsbaseret

Geografisk repræsentation	· Urban · Landdistrikt	· Urban · Landdistrikt	· Urban · Landdistrikt
Målgruppe	· Børn i aldersgruppen 0-10 år · Forældre	· Unge i aldersgruppen 12-18 år · Forældre	· Voksne
Inddragede aktører (hidtil i processen)	· Fagprofessionelle fra sundhedspleje, dagtilbud, skole og SFO	· Fagprofessionelle fra skole, SSP, Ungdomsteam, Fritidscentre · Forældre · Unge	· Lokale aktører fra fritids- og foreningslivet

Tabel 1: deskriptive karakteristika for de tre kommunale sundhedsindsatser

Data blev indsamlet fra august 2020 til juli 2021 fra multiple kilder (Yin, 1992): ni interviews, dokumentanalyse og deltagerobservation med det formål, at undersøge strategier for organisering, ledelse og facilitering af lokalsamfundsinddragende og samskabende processer. Interview med projektledere, ledere af sundhedspleje, dagtilbud, skole, fritid og repræsentanter fra lokale foreninger (se tabel 2) baseret på en semi-struktureret interviewguide, omhandlende definition af lokalsamfundsinddragelse og samskabelse, informanternes perspektiv på deres rolle samt barrierer for succesfuld lokalsamfundsinddragende og samskabende processer.

Alias	Baggrund	Indsats
H	Projektleder	Indsats A
Y	Lokalsamfundsaktør, institutionsleder	Indsats A

J	Lokalsamfundsaktør, ledende sundhedsplejerske	Indsats A
K	Lokalsamfundsaktør, skoleleder	Indsats A
E	Projektleder	Indsats B
F	Lokalsamfundsaktør, ungdomsteamleder	Indsats B
A	Projektleder	Indsats C
B	Lokalsamfundsaktør, foreningsrepræsentant	Indsats C
C	Lokalsamfundsaktør, foreningsrepræsentant	Indsats C

Tabel 2: oversigt over interviewdeltagere opdelt ift. baggrund og tilknytning til indsats

Offentligt tilgængelige og interne dokumenter tilknyttet de respektive sundhedsindsatser indgik i dokumentanalysen for at identificere formelle strategier for organisering, ledelse og facilitering. Dokumenterne omfattede projektbeskrivelser, programteorier, information fra kommunens hjemmeside samt materiale fra oplæg og udviklingsworkshops. Deltagerobservationer bidrog med viden om konteksten, deltagere, aktiviteter og interaktioner (Merriam & Tisdell, 2015), hvori de lokalsamfundsinddragende og samskabende aktiviteter og processer udspillede sig og bestod af i alt 17 udviklingsworkshops, netværksmøder, temadage og gruppemøder samt uformelle samtaler med deltagende aktører.

Teorier om strategisk ledelse med fokus på sammenhængen mellem organisatoriske, ledelsesmæssige strategier og praksisnære tilgange til lokalsamfundsinddragende og samskabende processer, udgjorde fundamentet for en teoretisk og tematisk analysestrategi,

hvormed der blev mulighed for en righoldig, overordnet analyse på tværs af hele datasættet (Braun & Clarke, 2006). Vores analyse fokuserede på ligheder og forskelle i relation til ledelsesmæssige strategier på tværs af de tre cases.

Skriftligt og mundtlig informeret samtykke herunder mulighed for at trække sig, fortrolighed og anonymitet blev sikret jfr. gældende etiske retningslinjer (Uddannelses og forskningsministeriet, 2014; World Medical Association, 2013) og data blev håndteret efter forskrifterne (Datatilsynet, 2018).

ANALYSE

Resultaterne viste, at især fire centrale temaer eksisterede på tværs af de tre cases: strategisk organisering af de samskabende processer, rollefordeling, processuelle barrierer for lokalsamfundsinddragelse og samskabelse samt implikationer af de forskellige strategier for samskabende udviklingsprocesser. De tre indsats blev alle udviklet i specifikke lokalområder, men formålet med at gennemføre de lokalsamfundsinddragende og samskabende processer var forskelligt og spændte bredt fra udvikling af delindsatser, kompetenceudvikling af de fagprofessionelle og implementeringsunderstøttelse (indsats A), over informationsformidling og indsatsudvikling (indsats B) til kapacitetsopbygning i lokalsamfundene (indsats C) (se tabel 3). Endvidere varierede både de lokale aktørers grad af medindflydelse på indholdet i indsatserne, og den grad af beslutningsmagt, der blev afgivet til aktører, ligesom også projektlederrollen og rollefordelingen mellem de involverede aktører i de tre cases var forskellig.

Sundheds-indsats	Indsats A	Indsats B	Indsats C
Formål med inddragelsen	· Udvikling af delindsatser · Kompetenceudvikling af de fagprofessionelle	· Formidling af viden om beskyttende faktorer og	· Formidling af viden om sundhed

	· Implementerings-understøttelse	resultater fra den lokale monitorering · At gøre en forskel for de unges trivsel og sammen udvikle indsatser med fokus på at fremme beskyttende faktorer omkring de unge	· Kapacitetsopbygning i lokalområderne
Metode(r) til inddragelse	· Workshops · Temadage · Lokale netværksmøder	· Oplæg til forældremøder · Lokale gruppemøder	· Lokale gruppemøder
Styringsform	Top-down*	Top-down*	Top-down* Bottom-up
Projekt- lederens rolle	· At understøtte en bæredygtig implementering	· Formidling af data	· At formidle viden om sundhedsindsatser · At understøtte implementering af sundhedsindsatser · Initiering af lokale aktiviteter · At lytte og facilitere · At understøtte lokalsamfundsinitierede initiativer
Inddragede aktørers rolle	· Medvirker i udvikling af indsatser · At generere idéer · Klæder frontpersonale og lokalsamfund på	· Leverer input til indsatsen ("skal vi gå til højre eller venstre") · Agerer gatekeeper til målgruppen	· Stiller lokaler til rådighed til afholdelse af diverse aktiviteter · Medvirker til målsætning for projektet

	· Sparringspartner på beslutningsprocesser	· Medvirker til at indsatsen bliver levedygtig	· Gatekeeper til lokalsamfundet
Processuelle barrierer for samskabelse	· Manglende tidlig inddragelse af alle · At deltagerne oplever at få en tvungen opgave tildelt · At leve op til korte tidsfrister	· At deltagerne føler sig utilpasse i deres rolle · Utydelig definition af målet for samskabelsen · At målgruppen ikke kan genkende problemet · Manglende deltagelse i møder	· Tids- og ressourcekrævede at deltage · Deltagerne kan være tøvende · Det er de samme deltagere der siger noget · Det er en udvalgt gruppe af borgere der deltager · Projektlederen kan befinde sig i et krydsfelt i internt organisatoriske forhold
Implikationer af de samskabende processer	· Videnskabsmæssig kapacitetsopbygning · Relationel kapacitetsopbygning	· Videnskabsmæssig kapacitetsopbygning · Relationel kapacitetsopbygning	· Videnskabsmæssig kapacitetsopbygning · Relationel kapacitetsopbygning · Udbudsmæssig kapacitetsopbygning

* Som defineret af Bak, Andersen & Andersen (2020)

Tabel 3: analytisk karakteristik af den strategiske organisering af lokalsamfundsinddragende og samskabende processer

TEMA 1: STRATEGISK ORGANISERING AF DE SAMSKABENDE PROCESSER

Den dialogbaserede organiseringsstrategi

Indsats A er initieret og designet i et centralt, nationalt center og udmøntes i forskellige kommuner. Indsats A fokuserer på samskabelse igennem inddragelse af fagprofessionelle aktører i specifikke, kommunalt udpegede lokalområder. De samskabende metoder er prædefineret til at bestå af workshops og temadage, som er rammesat i samarbejde på tværs af de deltagende kommuner, igennem en proces, som er overordnet faciliteret af det nationale center. Den kommunale projektleder står for at afholde lokale netværksmøder og for at invitere fagprofessionelle i de udpegede lokalområder med til at indgå i de samskabende aktiviteter. Ved nogle af de centrale udviklingsworkshops indgår også de lederne fra det nationale center. Organiseringsstrategien er i høj grad dialogbaseret, både ift. workshops, temadage og netværksmøder med fokus på netværksdannelse mellem de inddragede aktører (de fagprofessionelle og lokale institutioner i de udpegede områder) og har fokus på at sikre udveksling af ideer, synspunkter og perspektiver, som kan bidrage ind i en fælles beslutningstagning vedrørende en konkret aktivitet eller delindsats. Flertallet af lokalsamfundsaktørerne i Indsats A beskriver eksempelvis dialogen mellem projektledelsen og de deltagende aktører således:

”Vi er blevet inddraget fra dag ét, ift. hvordan kunne det nu lige give mening i vores kommune og ude i vores små lokalområder. Det gør virkelig at der er ild i det, og at den ild den ligesom også kan komme ud at brænde helt ude ved fagfolkene” (lokalsamfundsaktør J)

Her understreger lokalsamfundsaktøren betydningen af inddragelsen af dennes faggruppe, og hvordan den tidlige dialogiske inddragelsestilgang opleves som positiv og effektiv ift. at skabe engagement og ejerskab til projektet i de lokale institutioner og blandt de enkelte medarbejdere.

Den informationsformidlende og konsulterende organiseringsstrategi

Indsats B er også en nationalt designet indsats, som kommunen har tilsluttet sig, men denne indsats er baseret på inddragelse af en anden aktørgruppe, nemlig borgere (forældre) og de udvalgte, kommunale lokalområders andre lokale aktører (fritids-, forenings- og erhvervsliv). Inddragelsen sker igennem informationsformidlende oplæg til forældremøder i de udvalgte lokalområder. Det centrale ved denne måde at organisere de samskabende processer er at tilgangen er datadrevet og stiler imod at sikre lokalsamfundsaktørernes forståelse af et udvalgt

sundhedsmæssige problem for en bestemt gruppe eller område igennem fakta og information. De lokalsamfundsinddragende og samskabende processer centrerer desuden omkring en trinvis struktureret proces, som omhandler en indledningsvis udvælgelse og identificering af centrale aktører i lokalområderne efterfulgt af konsultering af de unge vedrørende deres input til adressering af sundhedsproblematikken. De centrale aktører forelægges og drøfter de unges input afslutningsvist. Projektlederen af Indsats B beskriver her vigtigheden af inddragelsesprocesserne:

”Jeg synes det er enormt vigtigt, at vi fra starten af får delagtiggjort dem og givet dem noget ejerskab og får klædt dem ordentligt på til at kunne fortsætte samarbejdet, den dag hvor jeg ikke er der til at være tovholder på det” (projektleder, Indsats B)

Citatet illustrerer en tilgang, hvor tidlig inddragelse opfattes som et middel til at sikre ejerskabet og herigennem indsatsens forankring og bæredygtighed på længere sigt. Midlet til at opnå dette består i ’at klæde dem ordentligt på’. Dette kan forstås som, at projektlederen arbejder strategisk ved hjælp af at ”uddanne” de deltagende aktører og derigennem skabe forudsætningerne for at de kan fortsætte samarbejdet om indsatsen i lokalområdet, når projektperioden udløber.

Den tosporede, kapacitetsopbyggende organiseringsstrategi

Indsats C er udviklet af kommunen selv. Lokalområderne er udvalgt med afsæt i data, der har identificeret lokalområder med overrepræsentation af borgere med kost, rygning, alkohol og motions (KRAM) relateret risikoadfærd. De inddragede lokale aktører udgøres af repræsentanter for samråd, borgerforeninger, idrætsforeninger mv. Indsatsen er organiseret omkring to spor: (1) ’den strategiske indsats’ og (2) ’indsatser på baggrund af ønsker’. Det strategiske spor er i lighed med indsats B baseret på en datadrevet tilgang til forebyggelse med sigte på at løfte folkesundheden og styrke lokalsamfundets kapacitet ved hjælp af at øge lokalsamfundets viden om sundhed og lokale forebyggende tilbud. Det andet spor, som er baseret på lokalsamfundets ønsker, sigter mod at indlede samarbejder omkring fx fællesskabsorienterede aktiviteter og initiativer, der kan styrke lokalsamfundets sundhed. Metoderne til at indfri dette formål er ikke definerede på forhånd. Imidlertid fordrer denne tosporede strategi en bred vifte af måder at lede de samskabende processer på, for at indfri

indsatsens målsætninger. De bærende elementer i denne organiseringsform varierer og omhandler således både informationsformidling, konsultering, involvering og samarbejde (se tabel 3). Projektlederen fra Indsats C beskriver dele af den strategiske organisering således:

”Så det jeg beder om her, det er deres hjælp til at få det formidlet ud til borgerne. Altså som nu i den her folder hvor de husstandsomdeler i hele området, og beder om hjælp til at låne lokaler” (projektleder, Indsats C)

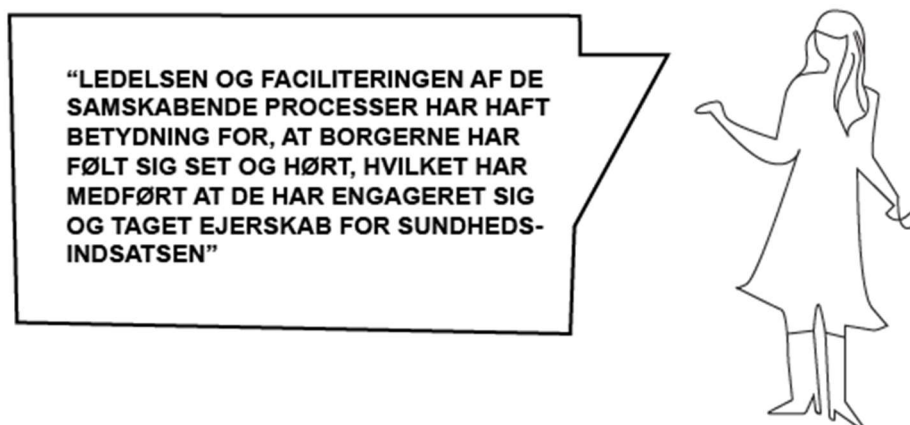
Og videre:

”Ja. Altså det jeg jo tænker, det er, jeg vil jo rigtig gerne gøre dem så, hvad kan man sige... Altså får opbygget en kapacitet, så de faktisk selv kan lave sundhedsfremme” (projektleder, Indsats C)

Projektlederens beskrivelser suppleres yderligere af en lokalsamfundsaktør:

”Hun (projektlederen) fungerer som en slags tovholder og facilitator, og fastholder i virkeligheden også, at det fortsætter på den lange bane” (lokalsamfundsaktør B)

Det kommer her frem, at de lokale aktører spiller en central rolle i den strategiske organisering af de lokalsamfundsinddragende processer. Formålet med at inddrage de lokale aktører på denne måde, er at lade dem være en del af implementeringen af sundhedsindsatsen –her i form af hjælp med husstandsomdeling af informationsmateriale samt at stille lokaler til rådighed. Denne strategiske ledelsesstrategi medfører lokal forankring og en bæredygtig sundhedsindsats. Den lokale forankring kan tilskrives inddragelse af lokalsamfundsaktørerne i både udviklings- og implementeringsfaserne. Derudover har ledelsen og faciliteringen af de samskabende processer haft betydning for, at borgerne har følt sig set og hørt, hvilket har medført at de har engageret sig og taget ejerskab for sundhedsindsatsen. Denne tilgang er i tråd med, at bæredygtighed afhænger af, at der med udgangspunkt i et ligeværdigt og tillidsfuldt samarbejde arbejdes mod fælles mål over tid Andersen et al. (2020).



TEMA 2: ROLLEFORDELING

I forhold til samskabelse som et strategisk ledelseskoncept bliver det i dette studie tydeligt på tværs af de tre cases, at rollefordelingen blandt de deltagende aktører er et centralt element i organiseringen af de samskabende processer.

Projektlederrollen

På tværs af tre cases trådte den kommunale projektleder frem som en central figur med en styrende rolle i ledelse og facilitering af de lokalsamfundsinddragende og samskabende processer. Overordnet sås en tæt sammenhæng mellem indsatsernes formål og strategiske organisering af de samskabende processer men også med rollefordelingen mellem aktørerne og især projektlederens rolle. Dette fund står i skarp modsætning til, at projektlederens rolle ikke var eksplicit beskrevet i projektbeskrivelserne og de inkluderede skriftlige dokumenter omkring de tre lokalsamfundsindsatser. Dette betød, at alle tre projektledere selv i høj grad var overladt til at definere deres egen rolle og strategi for inddragelsesprocesserne - samtidig med at de arbejdede på at indfri de mål, der var tydeligt prædefineret for sundhedsindsatsen fra den centrale ledelse af indsatsen (Indsats A og Indsats B) eller kommunalt (Indsats C).

Når projektlederne blev spurgt ind til, hvordan de selv definerede deres rolle som projektleder, beskrev de den alle i vid udstrækning som styrende og strategisk, om end denne styring kom til udtryk på forskellige måde. I indsats A ligger der en forventning til den kommunale projektleder om, at denne strukturerer de samskabende processer på en måde, der

understøtter bæredygtighed og forankring, så indsatsen vil vare ved efter projektperioden udløber, som projektlederen eksempelvis forklarer således:

”Jeg tænker ikke vi har sådan en fast strategi, omvendt så er vores mål jo, at det er noget, de (lokalsamfundsaktørerne) selv løfter. Og når jeg ikke er her som projektleder, så skal det jo kunne drive sig selv, stort set. Så det er da det overordnede mål og plan for mit virke om områderne” (projektleder, Indsats A)

Der er fire lokalsamfund inddraget i indsats A, og data viser, at projektlederen er nødt til at kunne mestre en meget fleksibel strategi, da behovet for en understøttende og forankrende projektleder varierer afhængigt af lokalsamfundenes beskaffenhed og aktørernes behov:

”Men den er meget forskellig og i nogle områder er min rolle meget lille, fordi de netop er vant til at tale rigtig meget sammen, og vejen mellem de forskellige kommunale aktører og civilsamfund og erhvervsliv er rigtig kort. De er vant til at arbejde sammen i forvejen” (projektleder, Indsats A)

Det ser ud til, at projektlederens rolle og strategiske overvejelser ift. samskabelsesprocesser i høj grad betinges af, hvorvidt de enkelte lokalsamfundsaktører allerede har en samarbejdsrelation. Hvis aktørerne i forvejen er erfarne med samarbejde på tværs, kan projektlederen indtage en mere tilbagetrukket og faciliterende rolle som en tovholder, der samler trådene og initierer kontakten mellem aktører, som en lokal aktør eksempelvis beskriver således:

”Og så [navn på projektlederen], som sidder på toppen lige og samler trådene, og støtter op om at få skabt nogle kontakter, som også er sindssygt vigtige, altså” (lokalsamfundsaktør Y)

EN CENTRAL POINTE I ANALYSEN ER, AT DET IKKE ER DEN OVERORDNEDE ORGANISERING AF SUNDHEDSINDSATSEN, DER AFGØR PROJEKTLEDERENS ROLLE, MEN DERIMOD LOKALSAMFUNDETS BESKAFFENHED.

På tværs af lokale aktører fra de tre kommunale sundhedsindsatser italesættes projektledernes rolle på flere måder: tovholder, ordstyrer og primusmotor. Disse betegnelser og aktørernes fortællinger indeholder dog en generel forventning om projektlederen som værende den styrende part. Lokalsamfundsaktørerne oplever generelt styring fra projektlederen som tryghedsskabende for de deltagende aktører:

"Jamen, det efterlader mig med en ro.... Jeg synes jo også at det er vigtigt, at der er nogen der tager en beslutning, og at der er nogen der ligesom sidder over os, og så siger 'jamen, nu det den her vej vi går, venner. Nu skal vi ikke blive ved med at slingre mere. Nu er det den her vej'" (lokalsamfundsaktør Y)

Det virker generelt positivt på lokalsamfundsaktørerne, at projektlederen i sin fremtoning og ledelse viser vejen for dem. Projektlederens rolle kan altså også forstås som værende den ansvarshavende, hvilket bevirker at de deltagende aktører overlader dele af beslutningsmagten over indsatsen til projektlederen.

I indsats B, som baserer sig på en konsulerende strategi til lokalsamfundsinddragelse, ses der i både data fra det skriftlige materiale og interviewene den højeste grad af styring af inddragelsesprocessen og magtafgivelse fra aktørerne. Projektlederens styring er i høj grad bundet op på den overordnede strategi for indsatsen, som er udviklet nationalt og udmøntes i flere kommuner. Eksempelvis beskriver projektlederen selv:

"Det andet jeg tænker, det er, at jeg er sat i verdenen for at indfri de målsætninger, der ligger i ... (indsats B). Der ligger der også en opgave i at holde fokus på bolden, sådan at vi ikke kommer for langt ud af en sidevej i forhold til at det stadig skal drive hen imod og løfte de unges sundhed" (projektleder, indsats B)

Senere i interviewet reflekterer projektlederen videre over sin rolle og forklarer uddybende:

"Jamen jeg har jo været den faciliterende. Jeg har haft majoriteten af beslutningsmagten. Men stadigvæk har jeg åbenlyst inviteret dem ind for at være med til at pege på, om vi skal gå til højre eller venstre" (projektleder, Indsats B)

Med afsæt i denne uddybende refleksion ses det, at projektlederen bliver klar over, at vedkommende har besiddet størstedelen af beslutningsmagten i forbindelse de samskabende processer. I denne mere styrede form for lokalsamfundsinddragelse ses desuden, at en anden vigtig del af projektlederens strategiske organisering er rettet mod at sikre alle de deltagende aktører en stemme i samskabelsen, så der er ligestilling og nogle stemmer ikke bliver højere end andre – at "sikre, at deres stemmer er ligestillede". Et sådant fokus på den ligestillede deltagelse blandt de deltagende aktører, kan være et udtryk for et fokus på at understøtte et demokratisk ideal (Branom, 2012).

Selvom også projektlederen i indsats C viser sig at indtage en hybridrolle med kombinerede strategier, så ses der væsentlige forskelle ift. til de strategiske overvejelser om samskabelsesprocesserne i case B og C. Forskelligheden består i graden af den frihed og beslutningsmagt de deltagende lokalsamfundsaktører ud fra de beskrevne formål med de to sundhedsindsatser får i relation til at påvirke beslutningsprocesserne. I indsats B følger det af den konsulterende strategi for samskabelse, der er anlagt i det centrale koncept for indsatsen, at aktørerne har en relativt begrænset mulighed for medindflydelse, idet de skal træffe et valg mellem de 'A og B'. Det særligt interessante er, at selvom den kommunalt udviklede indsats C har en to-delt strategi, hvor projektlederen har til opgave at sikre implementeringen af bestemte forebyggende aktiviteter fra sundhedscenteret som fx rygestopkurser i de mindre lokalsamfund og landområder i kommunen, så giver de lokale aktører i høj grad udtryk for at: *'at de selv bestemmer'*.

Denne forskel i aktørernes oplevelse af spillerum i samskabelsen fremstår som relateret til, at indsats C har et dobbelt formål som projektlederen igennem sit arbejde over flere år har raffineret til en to-sporet strategi for samskabelsesprocesser, som denne forklarer således:

"... så har jeg de her to spor, fordi jeg skal lige sikre mig, at den kasket der hedder top-down, med de ting jeg skal, at de kommer til at ske. Og så resten, ja, der ser jeg mig jo meget som stående, sådan lidt stående ved siden af bordet, eller, som facilitator. Og som primært lyttende og sådan faciliterende" (projektleder, Indsats C)

Det fremkommer af interviewet, at projektlederen ved sin strategi om at *'stå ved siden af bordet'* søger en strategisk position som lyttende og faciliterende, der bevidst står i modsætning til en position som *'siddende for bordenden'*, som typisk bærer karakter af at være mere styrende og som havende den endelige beslutningsmagt. Denne strategi rummer en villighed til, i en vis udstrækning, at afgive beslutningsmagt til de lokale aktører, der deltager i de samskabende processer, der betyder, at strategien skal kunne bære en vis grad af uforudsigelighed: ***"Altså jeg kan ikke på forhånd sige hvor vi ender henne"*** (projektleder, Indsats C).

Lokalsamfundsaktørerne lægger dog ikke kun vægt på muligheden for medbestemmelse i deres perspektiver på samskabelsesprocessen, men fremhæver også værdien af projektlederens rolle som opsøgende, initiativtagende, understøttende og af og til også styrende:

”Det her med at man har støtten og hjælpen fra kommunal side, det synes jeg virkelig er guld værd. Jeg tror faktisk det ville løbe lidt ud i sandet, hvis ikke hun var der til at styre slagets gang. Jeg synes jo hun styrer slagets gang, og så alligevel lader os bestemme” (lokalsamfundsaktør B)

Indsats C er i høj grad rettet imod lokalsamfund i mindre byer og lokalområder, hvilket kan have betydning for at også den aktive rolle fra projektlederen ift. implementeringen af forebyggelsesaktiviteter generelt fortolkes positivt som at 'der vises interesse fra oven'. Generelt betyder indsatsen og den anlagte strategi for samskabelse, at borgerne i de mindre samfund føler sig set og imødekommet:

”... det her med at man har støtten og hjælpen fra kommunal side, det synes jeg virkelig er guld værd” (lokalsamfundsaktør B)

Den anlagte, to-strengede strategi for samskabelsesprocessen i indsats C sikrer, at der både er rum til topledets styring samtidigt med, at de deltagende aktører får medindflydelse på beslutningsprocesserne. Denne hybrid mellem top-down og bottom-up tilgangene er af Laverack & Labonte betegnet som 'Parallel tracking' (2000) og har til formål at realisere centralt definerede mål med en given sundhedsindsats og samtidig understøtte kapacitetsopbygning i lokalsamfundet (Bak et al., 2020).

Lokalsamfundsaktørernes rolle

I lokalsamfundsindsatser spiller lokalsamfundsaktører en rolle, som i både litteraturen (Pestoff, 2018) og af projektlederne beskrives som *”afgørende”*. I princippet ville samskabelsen kunne overlades til de forskellige lokalsamfundsaktører alene, men informanterne peger enstemmigt på et varierende, men generelt meget stort behov for og udbytte af, at en medarbejder fra kommunen (her projektlederne) understøtter samskabelsesprocesserne.

På tværs af de tre cases identificeredes en række forskellige roller, som de deltagende aktører kan have. Disse roller udspillede sig forskelligt i de tre indsatser og spænder fra 'implementerings-agenter' og 'gatekeepers' til at levere input til beslutningsprocesser, 'vidensdeler' og egentlig 'influencer' på beslutningsprocesser. En af de deltagende lokalsamfundsaktører fra Indsats A beskriver sin rolle således:

”Så ser jeg jo mig selv lidt som en, der klæder mit personale og mit lokalsamfund på ind i det. Og samtidig, så er jeg også én, der kan give den som tager beslutninger, sparring på deres beslutninger. Eller give nogle tilkendegivelser, eller nogle meninger eller nogle holdninger, som de så har med i deres beslutninger” (lokalsamfundsaktør Y)

Citatet illustrer den faciliterende, multifunktionelle og helt centrale rolle, som nogle af lokalsamfundsaktørerne (her en institutionsleder) indtager, og deres afgørende betydning for sundhedsindsatsen og den måde, lokalsamfundet ender med at støtte op om denne på. I dette tilfælde fungerer lokalsamfundsaktøren også som sparringspartner for de højere ledelsesmæssige strukturer. Lokalsamfundsaktørerne inviteres således til at give sine perspektiver på en given sag, som sidenhen bliver bragt videre til de beslutningsdygtige enheder.

Således bliver magtfordelingen blandt lokalsamfundsaktørerne, projektlederne og de beslutningstagende (magt)strukturer også implicit antydnet. Altså, at rollefordelingen er præget af ulige indflydelse på beslutningsprocesser vedrørende udvikling af de kommunale sundhedsindsatser, hvor de beslutningsdygtige enheder tilskrives mere beslutningsmagt end de andre deltagende aktører. Denne ulige fordeling af indflydelse på beslutningsprocesser kan med afsæt i Ulrichs samskabelsestypologi (2016) anskues som en strategisk ledelsesform, hvor den kommunale projektleder positioneres i en rolle som definerende og styrende i relation til samskabelsesprocessen. Dette afføder en positionering af de deltagende aktører som passive (Pestoff, 2018; Ulrich, 2016). Således synes den strategiske samskabelse at resultere i en relativ smal tilgang til fænomenet, hvor samskabelsen anvendes som et middel til vækst og velfærd.



TEMA 3: PROCESSUELLE BARRIERER FOR LOKALSAMFUNDSDRAGELSE OG SAMSKABELSE

På tværs af de tre cases ses en række forskellige processuelle barrierer for lokalsamfundsinddragende og samskabende aktiviteter.

I indsats A og C udgør tid en potentiel barriere ift. at de samskabende processer er tidskrævende. Endvidere kan det være udfordrende for de deltagende aktører at leve op til korte tidsfrister for at løse en given opgave. Begge disse tidsrelaterede elementer kan være en udfordring og central barriere for ledelsen af de lokalsamfundsinddragende og samskabende aktiviteter.

Særligt i indsats B er der indikationer på, at lokalsamfundsaktørerne kan føle sig utilpas i deres nye rolle som deltagere i udviklingen af en kommunal sundhedsindsats og ift. de forventninger, som de oplever. Projektlederen oplever, at samskabelsesprocessen og dét, at det ikke på forhånd er klart, hvad aktørerne skal samarbejde omkring og hvordan, kan betyde, at nogle er svære at fastholde i udviklingsprocessen:

”Det er måske lidt noget andet vi gerne vil have dem til her i starten, altså at have en lidt anden rolle end de traditionelt set er vant til. Det kan jeg godt opleve som en udfordring... Det kan være en udfordring at få dem til at fastholde sig. Det kan godt føles angstprovokerende, eller hvad man skal definere det som, hos de nogle af de her personer. Det kan være svært at være i den her rolle” (projektleder, Indsats B)

Projektlederens refleksioner antyder, at det har været udfordrende at engagere lokalsamfundsaktørerne i sundhedsindsatsen med de professionelles mål som præmis for udviklingen og implementeringen af sundhedsindsatsen. Hvis centrale aktører trækker sig fra de samskabende processer og der ikke etableres ejerskab til indsatsen lokalt skabes en helt grundlæggende udfordring for samskabelse som styringskoncept for lokalsamfundsindsatser.

UDFORDRINGEN IFT. AT SKABE ENGAGEMENT OG EJERSKAB LOKALT KAN DOG OGSÅ I ET VIST OMFANG VÆRE RELATERET TIL DEN SPECIFIKT DATADREVNE TILGANG TIL INDSATSEN, HVOR IKKE HELE MÅLGRUPPEN ANSER DET AF KOMMUNEN IDENTIFICEREDE 'PROBLEM' SOM CENTRALT.

'Problemet' (grundlaget for overhovedet at udvikle den pågældende, nye kommunale sundhedsindsats) er i alle tre cases identificeret på baggrund af sundhedsdata. Men særligt i Indsats B kan nogle af forældrene opleve manglende genkendelse af og ejerskab ift. de udvalgte fokusområder for indsatsen:

"Altså, jeg har helt klart oplevet nogle forældre der sidder og måske har haft lidt manglende forståelse for det vi sidder med. Det kan jo også være, at dem der også kommer, det også er dem, der ikke har nogle udfordringer" (lokalsamfundsaktør F)

Alle tre sundhedsindsatser benytter sig af en datadrevet tilgang til identifikation af de problemer i lokalsamfundene, som indsatserne skal intervenere imod. Som det ses af de ovenstående citater og andre data, kan en stærk top-down og datadrevet tilgang til identifikation af problemet dog afstedkomme vigtige udfordringer for samskabelse som strategisk ledelse, hvis målgruppen ikke anerkender præmissen for sundhedsindsatsen. Dette ser ud til at blive forstærket, hvor spillerummet for lokalsamfundsaktørernes indflydelse i samskabelsesprocesserne desuden er begrænset ift. at finde løsninger på problemet. Divergensen mellem den datadrevne forebyggelsesstrategi og manglende anerkendelse fra målgruppen kan positionere projektlederen i et ledelsesmæssigt krydsfelt mellem to forskellige interesser.

TEMA 4: IMPLIKATIONER AF DE FORSKELLIGE STRATEGIER FOR SAMSKABENDE UDVIKLINGSPROCESSER

Formidling af viden mellem de forskellige lokalsamfundsaktører var en af de centrale implikationer af forskellige strategier for samskabelse. Data viste, at der i praksis foregår en vidensudveksling fra de lokale aktører op til de øverste beslutningstagende strukturer. Denne vidensudveksling foregår således ved en 'push-up' bevægelse. Der sker ligeledes en formidling af viden fra de øverste beslutningstagende strukturer som via 'push-down' formidles nedad til lokalsamfundsaktører (Bak et al., 2020). Sideløbende med disse push-down og push-up bevægelser, ses der i data også en tværgående videns- og erfaringsudveksling de lokale aktører imellem, som er illustreret i figur 1.



Figur 1: illustration af forskellige bevægelser i vidensudvekslingen blandt de deltagende aktører i samskabende udviklingsprocesser

Disse forskellige bevægelser i vidensudvekslingen er desuden relateret til tre forskellige typer af kapacitetsopbygning i forhold til de deltagende aktørerne, nemlig: *Vidensmæssig kapacitetsopbygning*, *Udbudsmæssig kapacitetsopbygning* og *Relationel kapacitetsopbygning*.

Den vidensmæssige kapacitetsopbygning beskrives eksempelvis således i data:

”Det kan gøre, at processerne måske ikke bliver så lange, fordi man kan hente noget viden eller trække på noget erfaring, som så gør, at det arbejde, vi så står med lokalt, det kan få lidt flere ben at gå på” (lokalsamfundsaktør Y)

Her ses det, at lokalsamfundsaktøren oplever at kunne indhente viden fra et fagligt netværk, der er opstået som led i de samskabende processer i Indsats A. Denne viden er værdifuld, fordi den kan inspirere de inddragede aktører ift. at finde nye måder at håndtere nogle af de udfordringer, de møder i deres daglige virke. Denne vidensudveksling bidrager altså til en faglig kvalificering af de fagprofessionelles arbejde. Det er dog ikke kun på blandt de lokale aktører, der sker en vidensudveksling. Denne udveksling af perspektiver på en given sag kan også foregå fra de lokale aktører og til de højere beslutningstagende enheder. Den samme lokalsamfundsaktør forklarer, hvordan vedkommende oplever denne push-up bevægelse:

Og samtidig, så er jeg også én, der kan give den, som tager beslutninger sparring på deres beslutninger. Eller give nogle tilkendegivelser, eller nogle meninger eller nogle holdninger, som de så har med i deres beslutninger. Altså, så de, på den måde bliver klædt på til også at sige 'okay, jamen når vi gør det, så bliver der også sagt det. Og dem der, de sagde sådan, og'. Du ved; altså, så vi klæder dem på ind i det” (lokalsamfundsaktør Y)

Dette vidner om, at de højere beslutningstagende enheder (fx den kommunale forvaltning) også opnår en vidensmæssig kapacitetsopbygning igennem samskabelsesprocessen. Denne viden, som de beslutningstagende enheder præsenteres for, stammer fra de lokale aktørers hverdagslivsperspektiver, som giver et nuanceret indblik i, hvilke ting der er på spil for eksempelvis de fagprofessionelle, når de skal implementere en sundhedsindsats i praksis. Den vidensmæssige kapacitetsopbygning blandt både de lokale aktører og de højere beslutningstagende enheder kan derfor anses som en afledt virkning af den strategiske samskabelse.

Den udbudsmæssige kapacitetsopbygning fremkommer ved, at lokalsamfundene på baggrund af de samskabende processer oplever et bredere udbud af sundhedsindsatser.

”Vi vil kunne tiltrække aktiviteter som vi som enlig forening ikke vil kunne tiltrække. Vi har ikke borgere nok, det kræver, at vi er flere landsbyer sammen om det” (lokalsamfundsaktør C)

Denne udtalelse er i tråd med en projektleders perspektiv:

”[...] så de får jo egentlig flere varer på hylden, hvis man kan sige det sådan. Der bliver opbygget noget kapacitet i forhold til, at de kommer til at spænde videre” (projektleder, Indsats C)

Den udbudsmæssige kapacitet er altså afhængig af lokalsamfundets beskaftenhed i form af antallet af borgere. De strategisk samskabende processer medvirker til, at der skabes et fællesskab og et gensidigt kendskab mellem aktører i forskellige mindre lokalsamfund. Denne tværgående sammenhæng mellem de mindre lokalsamfund har altså betydning for, hvor mange og hvilke og hvor mange sundhedsindsatser borgerne kan tilbydes. Den strategiske samskabelse påvirker hermed borgernes sundhed.

Den relationelle kapacitetsopbygning består i, at der på baggrund af de samskabende processer opstår nye relationer mellem de inddragede aktører. Således kan de samskabende processer medvirke til, at der dannes nye værdifulde fællesskaber i lokalsamfundene. Relationerne udspiller sig monofagligt såvel som tværfagligt samt lokale foreninger og borgere imellem. En af aktørerne formulerer det således:

”Det her med at man står sammen, det er rigtig, rigtig stærkt” (lokalsamfundsaktør F)

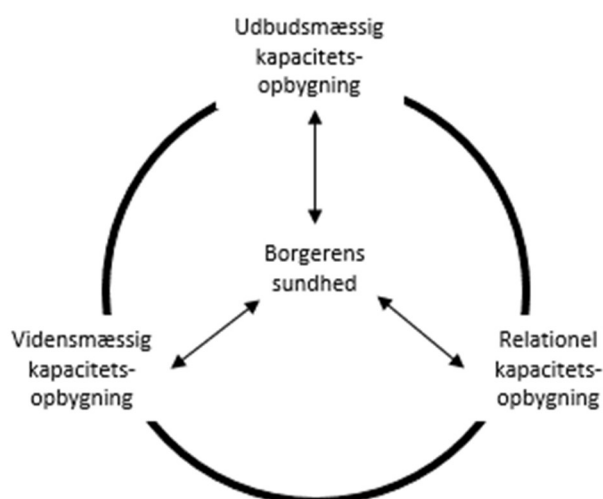
Dette udsagn understøttes af en anden lokalsamfundsaktør fra en anden indsats:

”Dét, jeg kunne se efter de møder, som vi har haft, det er, at der er en mulighed for at vi kan få et bedre samarbejde mellem de forskellige samråd. Samråd og borgerforeninger i de landsbyer, som vi er en naturlig del af. Det er der, jeg synes, at det giver noget. Det er et rigtig godt initiativ, fordi det har haltet noget. Vi har ikke været så gode til at samordne. Vi er jo små alle sammen og det vil være meget bedre hvis vi kunne mødes i fællesskab og i disse fællesskaber, skabe nogen aktiviteter. Dét, synes jeg, er rigtig godt” (lokalsamfundsaktør C, Indsats C)

Disse udsagn illustrerer, at lokalsamfundsaktørerne oplever, at de samskabende processer har medført muligheden for et bedre samarbejde mellem foreninger og organisationer i lokalområdets landsbyer. På denne måde understøttes sammenhængskraften mellem landsbyerne, hvilket opleves positivt og som medvirkende årsag til at landsbyerne bliver bedre til at 'samordne' og mødes i fællesskab om udviklingen af aktiviteter.

DET KAN HERAF UDLEDES, AT SAMSKABELSE SOM ET STYRINGSREDSKAB KAN MEDVIRKE TIL AT UNDERSTØTTE DANNELSEN AF MENINGSFULDE FÆLLESSKABER.

Data indikerer, at disse tre typer af kapacitetsopbygning interagerer med og forstærker hinanden med en mulig positiv påvirkning af borgernes sundhed til følge (se figur 2).



Figur 2: illustration af interaktionen mellem de tre typer af kapacitetsopbygning og disses påvirkning på borgerens sundhed

DISKUSSION

Resultaterne af det komparative casestudie viste, at især fire temaer inden for strategiske overvejelser i relation til samskabende processer og den daglige ledelse heraf samt de affødte virkninger, var dominerende. Den strategiske organisering så forskellig ud blandt de tre kommunale sundhedsindsatser og rummede tre forskellige organiseringsformer. Disse organiseringsformer kan anses som forskellige måder, hvorpå tværgående samarbejder overordnet set struktureres med sigte på at skabe mere offentlig værdi i form af vækst og velfærd, som ifølge Sørensen & Torfing (2018) netop er målet med at anvende samskabelse i et styringsparadigmatisk perspektiv.

Samskabelse som et styringsredskab ser ud til at virke gennem skabelse af lokalt ejerskab og engagement blandt de deltagende lokalsamfundsaktører. Hvis dette ikke lykkes og de deltagende aktører måske endda helt trækker sig fra de samskabende processer, kan der opstå en grundlæggende udfordring for samskabelsen som et styringsredskab. Resultaterne af det komparative casestudie peger på, at rollefordelingen i sundhedsindsatser, hvor problemidentificeringen sker "oppefra", kan medføre, at de lokale aktører ikke oplever det identificerede 'problem' som værende en problematik, der vedrører dem. Dette empiriske fund er i tråd en grundlæggende antagelse om samskabelse som styringskoncept er tæt knyttet til samarbejdet mellem de forskellige deltagende aktører og deres evne til i fællesskab at beskrive og definere problemerne (Sørensen & Torfing, 2018). Fundet indikerer, at datadrevet forebyggelse, hvor problemerne i kommunale sundhedsindsatser ofte defineres via sundhedsdata, potentielt udgør en udfordring for samskabelsen som styringskoncept og middel til at opnå offentlig værdi i form af vækst og velfærd. I forskningslitteratur om lokalsamfundsinddragelse er det kendt, at flere faktorer spiller ind ift. at opnå lokalt engagement og ejerskab (De Weger et al., 2020; Kegler, Rigler, & Honeycutt, 2011). Disse faktorer omhandler bl.a. indflydelse på beslutninger, identificering af problemer og tidlig inddragelse (International Association for, Public Participation, 2014; Nancarrow et al., 2004; Seim & Slettebø, 2011; Valaitis et al., 2019). Disse faktorer kan relateres til, hvorvidt de centrale beslutningstagende enheder er villige til at afgive beslutningsmagt. De centrale beslutningstagende enheders villighed til at afgive denne beslutningsmagt afspejler sig typisk i den valgte strategiske organiseringsform, som påvirker projektledernes mulighedsbetingelser for at bruge samskabelse som et styringskoncept. Dette kommer til udtryk ved de roller som de deltagende aktører tilskrives med sigtet om at indfri sundhedsindsatsens målsætninger.

Indlejret i de roller som lokalsamfundsaktørerne tilskrives, ligger de givne muligheder for medindflydelse på beslutningsprocesser.

Magt er ifølge Fogsgaard et al. (2018) et grundlæggende vilkår i organisationer og skal i denne sammenhæng forstås som potentialet for at opnå indflydelse på beslutningsprocesser. Ifølge Pestoff (2018) kan rollefordelingen have betydning for de deltagende aktørers mulighed for indflydelse på beslutningsprocesser. I indeværende studie fremkommer det, at rollefordelingen på tværs af de tre sundhedsindsatser er præget af ulige muligheder for indflydelse på beslutningsprocesser vedrørende udvikling af de kommunale sundhedsindsatser, hvor de beslutningsdygtige enheder tilskrives mere beslutningsmagt end de andre deltagende aktører. Der er dog ikke tale om et sort-hvidt billede.

INDEVÆRENDE STUDIES RESULTATER VISER, AT DET AT PROJEKTLEDERNE 'SIDDER PÅ TOPPEN OG SAMLER TRÅDENE' KAN OPFATTES YDERST POSITIVT, LIGESOM DET KAN GIVE RO OG TRYGHED BLANDT DE LOKALE AKTØRER, AT ANDRE TAGER DEN ENDELIGE BESLUTNING.

Den relativt tilbagetrukne position som lokalsamfundsaktørerne således indtager, efterlader projektlederne i en rolle med beføjelser til at træffe beslutninger på vegne af lokalsamfundsaktørerne. Projektlederen overtager dermed en del af lokalsamfundsaktørernes beslutningsmagt og herved udfordres den oprindelige organiseringsstrategi, hvor der i højere grad var fokus på ligeværdig indflydelse på beslutninger. Afgørende bliver her projektlederens facilitering af samskabelsesprocessen og evne til at få deltagerne til at føle sig set og hørt og dermed uddelegerer beslutningsmagten.



Samskabelse som strategisk styringskoncept kan anses som et middel til øget offentlig værdi (Sørensen & Torfing, 2018). Inddragelsen af og samskabelsen med lokale aktører kan på den anden side også begrundes med et 'capacity building' argument. Capacity building defineres af Jensen & Krogstrup (2020) som *"enhver handling, der medvirker til at forbedre individers, organisationers eller systemers evner til at nå egne mål"*. Med udgangspunkt i denne definition, kan kapacitetsopbygning være en afledt virkning af den strategiske samskabelse. Vores fund vedrørende 'vidensmæssig kapacitetsopbygning' ligger på linje med rationalet bag Krogstrups videns-/nytteargument, som er, at når der tages udgangspunkt i en dialogbaseret vidensudveksling, som bidrager ind i kvalificeringen af vidensgrundlaget som sundhedsindsatserne bygges på, så øges præcisionen af sundhedsindsatsen. Omdrejningspunktet er således, at de lokale aktørers viden kan bidrage til læring og kvalificering af praksis (Krogstrup, 2020) – i dette tilfælde kvalificering af de kommunale sundhedsindsatser, så de i højere grad bliver kontekstuel forankret og dermed mere bæredygtige og derved øges den organisatoriske kapacitetsopbygning (Krogstrup, 2020). Vores fund viser dog også, at de lokale aktører – både som individer, men også som en gruppe – får gavn af at deltage i de samskabende processer, hvorved de opnår ny viden samt styrkede mono- og tværfaglige netværk. Det kan medføre øget empowerment blandt de lokale aktører og bidrage til at indfri de strategiske ambitioner, som er indeholdt i mange lokalsamfundsindsatser, om at de lokale aktører selv skal blive i stand til at generere sundhedsfremme. På denne måde kan der opstå en synergieffekt, så både den kommunale myndighed og de lokale aktører opnår mere sammen end de ville hver for sig. De kompetencer som både kommune og de lokale aktører opnår, kan også anskues som empowerment, hvor samskabelsen kan bidrage til at skabe robusthed blandt de lokale aktører, hvilket gør dem i stand til i højere grad at udnytte deres og lokalsamfundets ressourcer og evner (Krogstrup, 2020). Spørgsmålet er, hvorvidt strategisk samskabelse udelukkende bør anses som et middel, der bidrager til udvikling af mere offentlig værdi. Alternativt vil samskabelse i forbindelse med udvikling og implementering af kommunale sundhedsindsatser også kunne anses som et mål i sig selv, da det tilsyneladende fører til flere positive virkninger, eksempelvis i form af empowerment på lokalsamfundsniveau.

KONKLUSION

Dette komparative studie har med afsæt i tre kommunale sundhedsindsatser undersøgt de strategiske overvejelser for samskabende processer og den daglige ledelse heraf samt de affødte virkninger. Studiets resultater er organiseret omkring fire centrale temaer i de empiriske data: *strategisk organisering af de samskabende processer, rollefordeling, processuelle barrierer for lokalsamfundsinddragelse og samskabelse samt implikationer af de forskellige strategier for samskabende udviklingsprocesser*. Organiseringen af den strategiske samskabelse synes at være relateret til rollefordelingen blandt de deltagende aktører. I tråd med forskningslitteraturen viser resultaterne, at der i rollefordeling blandt de deltagende parter kan opstå udfordringer i form af uddelegering af beslutningskompetencer samt udeblivende engagement og ejerskab hos de deltagende lokalsamfundsaktører, især hvis de lokale aktører ikke får mulighed for at deltage i identificeringen af sundhedsproblematikken eller gøre deres perspektiv gældende. Når deltagende aktører trækker sig fra de samskabende processer og der ikke etableres ejerskab og lokal forankring ift. sundhedsindsatserne, opstår der en grundlæggende udfordring for den strategiske samskabelse. Netop ejerskab og lokal forankring er eksempler på forhold, som er af afgørende karakter i implementeringen af kommunale sundhedsindsatser. På den anden side viste studiet også, at lokalsamfundsaktørerne generelt oplevede det som positivt, når projektlederne aktivt understøttede processen og indtog roller som tovholdere og beslutningstagere omend det også betød, at projektlederne overtog forvaltningen af beslutningsmagten. Projektledernes facilitering af samskabelsesprocessen og lydhørhed over for aktørerne er afgørende for at kunne opnå kapacitetsopbygning. Studiet viser, at strategisk samskabelse kan fungere som et middel til at opnå nye kompetencer blandt både lokale aktører og centrale beslutningstagende enheder, men at det også er vigtigt at være opmærksom på at uddelegere beslutningskompetencen. Samskabelse kan udgøre et værdifuldt mål i sig selv, da samskabelse, ud over at skabe offentlig merværdi, kan medvirke til empowerment og øget sammenhængskraft i lokalsamfundene, nye mono- og tværfaglige netværk samt empowerment af lokale aktører.

**"SAMSKABELSE KAN UDGØRE ET VÆRDI-
FULDT MÅL I SIG SELV, DA SAMSKABELSE,
UD OVER AT SKABE OFFENTLIG MERVÆRDI,
KAN MEDVIRKE TIL EMPOWERMENT OG
ØGET SAMMENHÆNGSKRAFT I LOKALSAM-
FUNDENE, NYE MONO- OG TVÆRFAGLIGE
NETVÆRK SAMT EMPOWERMENT AF
LOKALE AKTØRER"**



LITTERATUR

Agger, A., & Tortzen, A. (2015). Forsknings review om samskabelse. University Collage Lillebælt

Andersen, H. M., & Holm, J. (2020). Community health -et alternativ til individrettede sundhedsstrategier. In P. T. Andersen, C. B. Lau & H. M. Andersen (Eds.), Sundhedsfremme i kommuner og lokalsamfund. mellem forskning, planlægning og praksis (1st ed., pp. 77-98). København: Hans Reitzels Forlag.

Andersen, T. B., Reinbach, H. C., & Bloch, P. (2020). Super-setting tilgangen til integreret sundhedsfremme i lokalsamfundet. In P. T. Andersen, C. B. Lau & H. M. Andersen (Eds.), Sundhedsfremme i kommuner og lokalsamfund. mellem forskning, planlægning og praksis (pp. 51-72). København: Hans Reitzels Forlag.

Antoft, R. H., & Salomonsen, H. (2007). Det kvalitative casestudium: Introduktion til en forskningsstrategi. Håndværk og horisonter: Tradition og nytænkning i kvalitativ metode (pp. 29-58). Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Bak, K. K., Andersen, P. T., & Andersen, H. M. (2020). Planlægningsmodeller til sundhedsfremme i lokalsamfund. In P. T. Andersen, C. B. Lau & H. M. Andersen (Eds.), Sundhedsfremme i kommuner og lokalsamfund. mellem forskning, planlægning og praksis (pp. 25-46). København: Hans Reitzels Forlag.

Branom, C. (2012). Community-based participatory research as a social work research and intervention approach. Journal of Community Practice, 20(3), 260-273.
doi:10.1080/10705422.2012.699871

Carlisle, K., Farmer, J., Taylor, J., Larkins, S., & Evans, R. (2018). Evaluating community participation: A comparison of participatory approaches in the planning and implementation of new primary health-care services in northern australia. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(3), 704-722. doi:10.1002/hpm.2523

Datatilsynet. (2018). Lov om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (databeskyttelsesloven). Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2018/502>

De Weger, E., Van Vooren, N., Drewes, H. W., Luijkx, K. G., & Baan, C. A. (2020). Searching for new community engagement approaches in the Netherlands: A realist qualitative study. *BMC Public Health*, 20(1), 1-13.

Díez, J., Gullón, P., Sandín Vázquez, M., Álvarez, B., Martín, M., Del Prado, Urtasun, M., . . . Franco, M. (2018). A community-driven approach to generate urban policy recommendations for obesity prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 1-15. doi:10.3390/ijerph15040635

Farmer, J., & Nimegeer, A. (2014). Community participation to design rural primary healthcare services. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-10. doi:10.1186/1472-6963-14-130

Fogsgaard, M. K., Elmholt, C., & Bebe, A. K. (2018). Magt, ledelse og samskabelse i den offentlige sektor. In M. K. Fogsgaard, & M. De Jongh (Eds.), *Ledelse og samskabelse i den offentlige sektor* (pp. 92-131) Dansk Psykologisk Forlag.

Haldane, V., Chuah, F. L. H., Srivastava, A., Singh, S. R., Koh, G. C. H., Seng, C. K., & Legido-Quigley, H. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PloS One*, 14(5), 1-25. doi:10.1371/journal.pone.0216112

International Association for, Public Participation. (2014). Public participation spectrum. Retrieved from https://www.iap2.org.au/wp-content/uploads/2019/07/IAP2_Public_Participation_Spectrum.pdf [https://www.iap2.org.au/wp-](https://www.iap2.org.au/wp-content/uploads/2019/07/IAP2_Public_Participation_Spectrum.pdf)

[content/uploads/2019/07/IAP2_Public_Participation_Spectrum.pdf](https://www.iap2.org.au/wp-content/uploads/2019/07/IAP2_Public_Participation_Spectrum.pdf) https://www.iap2.org.au/wp-content/uploads/2019/07/IAP2_Public_Participation_Spectrum.pdf

Kegler, M. C., Rigler, J., & Honeycutt, S. (2011). The role of community context in planning and implementing community-based health promotion projects. *Evaluation and Program Planning*, 34(3), 246-253. doi:10.1016/j.evalprogplan.2011.03.004

Klausen, K. K. (2020). Strategisk ledelse -de mange arenaer. Strategisk ledelse på de mange arenaer -i virksomheder, offentlige og frivillige organisationer (3rd ed., pp. 53-78). Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Krogstrup, H. K. (2020). Formål med brugerinvolvering i evaluering og forskning. In H. K. Krogstrup (Ed.), *Brugerinvolvering i evaluering og forskning -metoder og formål* (pp. 31-48). København: Hans Reitzels Forlag.

Laverack, G., & Labonte, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning; Health Policy Plan*, 15(3), 255-262. doi:10.1093/heapol/15.3.255

McLeroy, K. R., Norton, B. L., Kegler, M. C., Burdine, J. N., & Sumaya, C. V. (2003). Community-based interventions. *American Journal of Public Health*, 93(4), 529-533.

Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2015). *Qualitative research: A guide to design and implementation* (4th ed.). Newark: Wiley.

Merzel, C., & D'Afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: Promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*, 93(4), 557-574.

Montesanti, S. R., Abelson, J., Lavis, J. N., & Dunn, J. R. (2016). Enabling the participation of marginalized populations: Case studies from a health service organization in ontario, canada. *Health Promotion International*, 32, 636-649. doi:10.1093/heapro/dav118

Nancarrow, S., Johns, A., & Vernon, W. (2004). 'The squeaky wheel gets the grease': A case study of service user engagement in service development. *Journal of Integrated Care*, 12(4), 14-21.

Pedersen, J. F., Egilstrød, B., Overgaard, C., & Petersen, K. S. (2021). Public involvement in the planning, development and implementation of community health services: A scoping review

of public involvement methods. Health & Social Care in the Community,
doi:10.1111/hsc.13528

Pestoff, V. (2018). Co-production at the crossroads of public administration regimes. In T. Brandsen, B. Verschuere & T. Steen (Eds.), Co-production and co-creation: Engaging citizens in public services (1st ed.,). Milton: Taylor & Francis.

Seim, S., & Slettebø, T. (2011). Collective participation in child protection services: Partnership or tokenism? European Journal of Social Work, 14(4), 497-512.
doi:10.1080/13691457.2010.500477

Sørensen, E., & Torfing, J. (2018). Den offentlige sektor som en arena for samskabelse. In M. K. Fogsgaard, & M. De Jongh (Eds.), Ledelse og samskabelse i den offentlige sektor (1st ed., pp. 30-62). Danmark: Dansk Psykologisk Forlag.

Tortzen, A. (2018). At lede samskabelse -fra ambition til praksis. In K. M. Fogsgaard, & M. De Jongh (Eds.), Ledelse og samskabelse i den offentlige sektor (pp. 162-189) Dansk Psykologisk Forlag.

Tortzen, A. (2019). Samskabelse af velfærd: Muligheder og faldgruber (1st ed.). Kbh: Hans Reitzel.

Uddannelses og forskningsministeriet. (2014). The danish code of conduct for research integrity. Retrieved from <https://ufm.dk/publikationer/2014/filer-2014/the-danish-code-of-conduct-for-research-integrity.pdf>

Ulrich, J. (2016). Samskabelse -en typologi. Clou Skriftsserie, 1, 1-15.

Valaitis, R., Longaphy, J., Ploeg, J., Agarwal, G., Oliver, D., Nair, K., Dolovich, L. (2019). Health TAPESTRY: Co-designing interprofessional primary care programs for older adults using the persona-scenario method. BMC Family Practice; BMC Fam Pract, 20(1), 122.
doi:10.1186/s12875-019-1013-9

Voorberg, W. H., Bekkers, V. J. J. M., & Tummers, L. G. (2015). A systematic review of co-creation and co-production: Embarking on the social innovation journey. Public Management Review, 17(9), 1333-1357. doi:10.1080/14719037.2014.930505

World Medical Association. (2013). World medical association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, 310(20), 2191-2194.
doi:10.1001/jama.2013.281053

Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods*. Los Angeles: SAGE.