

Christina Holm-Petersen og Martin Sandberg Buch

Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet



Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet kan hentes fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

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

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7509-745-6

Projekt: 10656

September 2014

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

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



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

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Dette notat stiller skarpt på, hvordan sundhedsvæsenets ledere kan bidrage til at skabe mere sammenhæng og koordination på tværs af hospitaler og kommuner.

Sundhedsvæsenets udvikling stiller stadigt større krav til, at der samarbejdes og koordineres på tværs af hospitaler og kommuner for at sikre kvalitet og hensigtsmæssig ressourceanvendelse i de tværgående patientforløb. I de seneste år er der også kommet fokus på, at udviklingen af et tættere samarbejde og nye løsninger til fordel for de fælles borgere forudsætter aktiv ledelsesinvolvering på mange niveauer.

Til trods for dette er ledelsesopgavens konkrete indhold samt de metoder og kompetencer, der kan understøtte god tværsektoriel ledelse, i høj grad et ubeskrevet blad. Det er baggrunden for, at Væksthus for Ledelse har bedt KORA om at undersøge eksisterende viden og erfaringer med ledelse af tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet. Undersøgelsen skal bidrage med viden om og forståelse af, hvordan ledelse af overgange – på tværs af sektorer – kan praktiseres med succes. Fokus er særligt på chefniveauets rolle (ledere af ledere), men samspillet mellem de forskellige ledelseslag indgår som et vigtigt element i undersøgelsen.

Dette notat formidler første del af undersøgelsens resultater – i form af en gennemgang af, hvad den danske og internationale litteratur har at byde på, når vi taler om ledelse på tværs af sektorer. Fokus er på sundhedsvæsenet, men relevant viden fra andre sektorer er også medtaget. Notatet beskriver de aktuelle udviklinger og udfordringer for tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet samt litteraturens bud på indhold og løsninger i forhold til de nye ledelsesopgaver. I efteråret 2014 følger en publikation, der er baseret på konkrete danske erfaringer med tværsektoriel ledelse. Afsættet er erfaringer fra fire steder i det danske sundhedsvæsen, hvor det gennem et ledelsesmæssigt fokus er lykkedes at integrere samarbejdet på tværs af hospitaler og kommuner på nye måder.

KORA ønsker sammen med styregruppen for projektet i Væksthus for Ledelse at sige tak til projektets forsker- og praktikerfølgegruppe for indsigtfulde kommentarer til et tidligere udkast til dette notat.

Indhold

1	Indledning: En lang vej	5
1.1	Brolagt med 1000 barrierer	5
1.2	Der har manglet ledelsesstyring og -fokus	9
1.3	Ledelsessystemet har været for dekoblet	12
1.4	Rolleændringer som led i statslig styring	13
1.5	Mere fart på	14
2	Litteratur om chefers rolle i tværsektorielt samarbejde og samordning	17
2.1	Et understuderet område	17
2.2	Netværksledelse	18
2.3	Chefers rolle i netværksledelse	18
2.4	Danske perspektiver på netværksledelse i sundhedsvæsenet	21
2.5	Nordiske perspektiver på netværksledelse i sundhedsvæsenet	22
2.6	Partnerskaber og joint working i det engelske sundhedsvæsen	23
2.7	Samarbejde (co-operation) i det hollandske sundhedsvæsen	24
2.8	Collaboration og boundary spanners (brobyggere)	25
2.9	Relationel koordinering og ledelse	27
3	Lederens kompetencer	29
3.1	Særlige evner og fokus forudsættes	29
3.2	Relationelle kompetencer	29
3.3	Sans for politiske processer	30
3.4	Konflikthåndtering	30
3.5	Forhandling	30
3.6	Forandringsleder	30
3.7	Sans for at skabe rammer for fælles læring	30
3.8	Opsummerende perspektivering om kompetencer	31
4	Kort opsamling og perspektivering	32
4.1	Perspektivering: Store forventninger	32
	Litteraturliste	34
Bilag 1	Litteratursøgningsstrategi	42

1 Indledning: En lang vej

For mange borgere oplever i dag behandlingsforløb, der ikke hænger godt nok sammen. Dårlig kommunikation og manglende samarbejde på tværs af sektorer kan let skabe utryghed og usikkerhed. Det kan også forlænge og forværre den enkeltes sygdom. Det kan betyde flere indlæggelser, som kunne have været undgået. Det er uholdbart. Både for den enkelte og for samfundsøkonomien. (Regeringen 2013)

Det er ofte blevet påpeget, at sundhedsvæsenet er præget af en høj grad af differentiering mellem professionelle, enheder, organisationer og sektorer og kun en lav grad af integration (Glouberman & Mintzberg 2001a; van Wijngaarden, de Bont & Huijsman 2006). Det har givet en række specialiseringsfordele men har også bidraget til væsentlige udfordringer med at skabe koordination og sammenhæng i ydelserne.

Vi er kommet et stykke vej siden publikationer som *Mellem to stole* (Sundhedsministeriet 1994), *Borgeren mellem kommune og sygehus* (Socialstyrelsen 1988), *Samarbejde mellem amt og kommune – om genoptræning af ældre* (Socialstyrelsen 2003), *Sammenhæng i søgelyset* (Amtrådsforeningen & Sundhedsfagligt Forum 2004) og Sygesikringslovens kapitel 6a, der i 1994 pålagde amter og kommuner at samordne deres indsats på sundhedsområdet.

Mange vil dog sige, udviklingen er gået langsomt. Særlig set i forhold til det billede, der tidligere er blevet tegnet af det tværsektorielle samarbejde inden for sundhedsvæsenet som værende præget af uoverensstemmelser, fordomme og sammenstød (Socialstyrelsen 1988; Alban, Hansen & Christensen 1988; Seemann 1999). Også i relationen mellem sygehuse og almen praksis peges der på manglende eller utilstrækkelig kommunikation med frustrationer, ineffektiv arbejdstilrettelæggelse og potentiel sundhedsrisiko for patienterne som konsekvens (Mainz, Christensen & Kristensen 1997; Mainz 1996). Janne Seemann beskriver i 1999, at den tværsektorielle samordning (på tværs af hospitaler, praktiserende læger og kommuner) er præget af, at de involverede parter har forskellige mål, (del)opgaver, behandlingsteknologier, arbejdsformer og kulturer (Seemann 1999). Tilstanden bliver på dette tidspunkt betegnet som havende negative samfundsøkonomiske konsekvenser såsom suboptimering, dårlig kvalitet i forløbene, der går på tværs, og patienter, der tabes på gulvet mellem to stole, samt uløste opgaver.

1.1 Brolagt med 1000 barrierer

Det er naivt at tro, at vi for alvor kan flytte noget ved at appellere til værdier, som ikke ligger i kernen af to centrale styringsparadigmer: En sundhedsvidenskabelig logik og en driftsøkonomisk logik. (Vinge & Mogensen 2012)

Der er over årene blevet peget på mange barrierer for at skabe sammenhæng på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet. Barriererne har forskellige former men handler eksempelvis om systemkompleksitet, en tradition for silotænkning, kultur- og fagkonflikter samt modstridende økonomiske, professionelle og politiske interesser. Barriererne for tværsektorielt

samarbejde er faktisk langt bedre beskrevet end, hvordan ledelse kan fremme et bedre tværsektorielt samarbejde. I de følgende afsnit vil vi kort gennemgå de centrale barrierer for bedre tværsektorielt samarbejde og koordination i sundhedssektoren, som litteraturen peger på.

1.1.1 Organisatorisk kompleksitet

Interorganisatoriske netværks komplekse og sammenhængende karakter indebærer (uundgåeligt) overlappende arbejdsdeling, uklare ansvarsforhold, gensidig afhængighed, modstridende beslutninger og uløste opgaver. (Seemann 1999)

En væsentlig udfordring er, at kompleksiteten er stor. Arbejdsdeling og specialisering skaber uundgåeligt en række brudflader, der skal koordineres omkring. Fragmentering er ikke kun en udfordring mellem organisationer i sundhedsvæsenet men også inden for de selvstændige organisationer (Peck & Dickinson 2008). Mængden af samarbejdskonstellationer og relationer er således i dag enorm (Vinge & Mogensen 2012).

I kontekst af det danske sundhedsvæsen er desuden det kommunale selvstyre og almen praksis som selvstændige erhvervsdrivende blevet nævnt som udgørende barrierer for at skabe et mere forpligtende samarbejde på tværs (Buch, Holm-Petersen & Hansen 2013; Holm-Petersen & Buch 2012). Bare det at øge samordningen på tværs af de kommunale forvaltninger og institutioner kræver nye samordningsstrukturer (Højlund 2011). En udfordring i tillæg hertil er, at selv forsøget på at skabe mere sammenhæng i "den multikoblede offentlige sektor" kan føre til nye sammenhængsproblematikker, idet sammenhængsarbejde også kan have ikke-intenderede effekter (Højlund & Knudsen 2008). Paradoksalt nok kan samarbejde på tværs være med til at øge kompleksitet og flertydighed og dermed skabe forvirring og manglende gennemsigtighed (Audit Commission 2005). Det komplekse forandringspres, der ligger på sundhedsvæsenet er – sammen med en høj grad af medarbejdergennemstrømning – også blevet påpeget som en barriere (Jones, Thomas & Rud 2004).

1.1.2 Bureaukrati og administrative grænser

En ofte nævnt barriere er den måde, bureaukratiske organisationer er opbygget på og fungerer på i sig selv. Dette er ofte en generisk betragtning, men der peges også herpå i relation til sundhedsvæsenet (Axelsson & Axelsson 2009). Barrieren handler ikke kun om hierarkisk struktur og autoritetsrelationer men også eksempelvis om forskelle i planlægnings- og budgetcyklusser (Peck & Dickinson 2008). Budgetter og andre administrative forhold kan således udgøre en barriere (Axelsson & Axelsson 2009).

1.1.3 Modstridende mål og interesser

En indbygget barriere for tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet er ifølge litteraturen modstridende interesser og modstridende mål (Peck & Dickinson 2008; Thomson & Perry 2006; Dinesen, Seemann & Gustafsson 2011; Williams 2012; Newman 2000; Hardy et al. 1999; Jones & Thomas 2007). Det drejer sig eksempelvis om faggruppeinteresser, afdelingsinteresser, økonomiske interesser og forskellige organisatoriske mål og overlevel-

sesstrategier. Dårlig kommunikation, fragmenteret koordination, mangelfulde data og overblik, mangel på kapacitet og ustabilitet i relationer nævnes også (Williams 2012). Der er en potentiel modstilling mellem intern legitimitet og ekstern legitimitet, egeninteresser i forhold til fælles interesser samt den potentielle modsætning mellem stabilitet og fleksibilitet (Provan & Kenis 2007).

1.1.4 Økonomiske incitament

Der er alt for få incitament i de respektive styringssystemer, som belønner tværgående adfærd. (Seemann 1999)

Det er reglerne, der kan kritiseres, hvis kasseøkonomiske og samfundsøkonomiske hensyn trækker i hver sin retning. (Socialstyrelsen 1988)

En kendt udfordring ved ledelse af tværgående processer er, at der ikke er en ledelses- eller incitamentsstruktur, der understøtter ledelse af tværsektorielle opgaver (Holm-Petersen & Buch 2012). De respektive styringssystemer, som de forskellige sektorer er underlagt, belønner således ikke tværgående samarbejde, men har derimod en tendens til at gøre samarbejde uattraktivt (Maddock 2000), eksempelvis når samarbejde går imod kasseøkonomiske hensyn (Socialstyrelsen 1988; Peck & Dickinson 2008; van Raak, Paulus & Mur-Veeman 2005). Det kan være et problem at "afgive" sine patienter til en anden sektor, når dette medfører en nedgang i indtjening (Buch, Holm-Petersen & Hansen 2013).

Der er også modstillingen mellem det umiddelbare effektivitetsfokus og fokus på at opbygge langsigtede relationer (Provan & Kenis 2007; Maddock 2000). At tværgående samarbejde ofte er afhængigt af kortsigtede centrale puljemidler nævnes også som en barriere for at skabe mere langsigtede ændringer (Mitchell & Shortell 2000).

1.1.5 Silotænkning og afdelingsfokus

Centralistisk styring, silotænkning og afdelingsfokus anses for at være en helt central barriere for at skabe samarbejde på tværs (Peck & Dickinson 2008; Jones & Thomas 2007; Maddock 2000; Seemann, Rasmussen & Ærthøj 2012; Harpur 2012). Janne Seemann har kaldt fænomenet *enhedsegoisme* (Seemann 1996). Man kan også tale om en traditionel ulyst til at blande sig i andres anliggender på tværs af sektorer (Socialstyrelsen 1988). Der er ifølge megen litteratur om hospitaler heller ikke tradition for at hjælpe hinanden på tværs af afdelinger. I stedet opstår der ifølge en undersøgelse gennemført af Deloitte nemt konflikter med nære samarbejdspartnere (Deloitte 2010). Ifølge Seemann er en konsekvens heraf, at samarbejde nemt drukner i bureaukrati fremfor effektive møder med en klar målsætning.

En ofte gentaget argumentation for at undvige at samarbejde er, at samarbejde på tværs af forskellige specialer og funktioner både i sygehuset og ikke mindst på tværs af sygehus og primær sektor drukner i "ørkesløst bureaukrati" og "palaverdemokratisk møderi". (Seemann 1999)

På det mere psykologiske plan er der også blevet peget på menneskers behov for at skabe håndterbare grænser (Obholzer & Roberts 2003; Ernst & Chrobot-Mason 2011) og ansatte i

sundhedssektorens kultur med at have et *ude af øje, ude af sind*-perspektiv på patienter (Skogstad 2000).

1.1.6 Kultur- og fagkonflikter

Vi skal have opbygget en stærkere samarbejdskultur med gensidig respekt for de forskellige faglige kompetencer, der er i de enkelte dele af sundhedsvæsenet. (Regeringen 2013)

Udfordringen bliver ud over et spørgsmål om økonomisk fedtspil, silotænkning og komplekse relationer også beskrevet som et spørgsmål om, at flere kulturer mødes (Socialstyrelsen 1988; Seemann 1999; Axelsson & Axelsson 2009; Dinesen, Seemann & Gustafsson 2011; Ernst & Chrobot-Mason 2011; Kodner & Spreuwenberg 2002; Axelsson & Axelsson 2006; Evans & Killoran 2000; Clarke 2005; Seemann 2008; Seemann & Antoft 2002).

Det er en svær opgave: To forskellige organisationer – to forskellige kulturer. De sygehusansatte fokuserer især på behandling. Denne indsats rummer diagnostisering, behandling, pleje og træning, så den ældre kan genvinde mest mulig funktionsevne. Medarbejdere i den kommunale ældrepleje har fokus på at støtte ældre i deres hverdagsliv med træning, pleje og praktisk bistand, så de kan klare sig så selvstændigt som muligt. Når samarbejdet tilrettelægges, er det vigtigt at bygge bro mellem de to kulturer. (Socialstyrelsen 2003).

De mange forskellige parter, som er involveret i tværgående patientforløb, repræsenterer adskilte funktioner og forskellige organisations- og fagkulturer. Det vanskeliggør kommunikation, koordination og samordning. De udviklede kulturer med hver deres sæt af værdier og normer er knyttet til forskellige faglige forankringer, lokalt tilholdssted og interesse- og skæbnefællesskaber. Ofte rækker solidariteten ikke ud over egne grænser, fordi der i social- og sundhedsvæsenernes adskilte funktioner udvikles specielle forståelseshorisonter og forpligtelser. De hæmmer evnen til helhedstænkning og til at forstå og tolke information på en hensigtsmæssig måde i relation til samlede opgaveløsninger. (Seemann 2008)

Mødet mellem kulturer, der skaber forskellige værdier og arbejdsidentiteter, beskrives som en helt central barriere, og det beskrives som uomtvisteligt, at forskellige billeder af Os og Dem vil komme i spil (Ernst & Chrobot-Mason 2011). Relateret hertil vil der fx også være uenigheder om domæner og behandlingsteknologier i spil (Seemann 1996; Gustafsson & Seemann 1985; Alter & Hage 1993). Ud over kulturer i forskellige organisationer beskrives mødet mellem forskellige professioner og deres fagkulturer også som en udfordring – fx i form af bekymring for at miste tilhørsforholdet til sin moderorganisation og anderkendelsen af de specialistkompetencer, der er knyttet til ens funktion (Kihlström & Wikström 2008). Fagprofessioner kan have forskellige måder at kommunikere på, forskellige værdier og forskellige mål (Peck & Dickinson 2008). Der kan være konflikterende professionelle holdninger til brugerinteresser og roller (Peck & Dickinson 2008). Professionernes potentielle oplevelse af, at der kan være tale om en trussel mod deres jobsikkerhed nævnes også som en barriere (Peck & Dickinson 2008).

Mødet mellem forskellige organisationer og fagkulturer kan således ses som en forhandling om verdensbilleder, form og indhold, der potentielt både kan udvide og begrænse deltagerens handlefrihed (Johansson 1997). Det pointeres i tråd hermed, at det er vigtigt, at et øget samarbejde indebærer et reelt potentiale for at øge kvaliteten i udkommet eller forbedre ressourceanvendelsen (Agranoff 2011; Wikström 2001).

1.1.7 Lovgivning

Lovgivning nævnes i litteraturen også som en barriere for tværsektorielt samarbejde (Axelsson & Axelsson 2009; van Raak, Paulus & Mur-Veeman 2005; Kodner & Spreuwenberg 2002; Axelsson & Axelsson 2006). Lovgivningsmæssige barrierer kan eksempelvis dreje sig om bestemmelser om frit sygehusvalg, der kan føre til øget konkurrence frem for samarbejde, udbudsregler, persondataloven, der hindrer deling af patientdata, rammeaftalesystemet på socialområdet samt barrierer relateret til forskelle i henholdsvis sundheds- og sociallovgivningen.

1.1.8 Belønningssystemer

Endnu en barriere er de belønningssystemer, der er i offentlige organisationer, som ikke understøtter tværgående indsats eller innovation men derimod straffer mislykkede forsøg herpå (Borins 2002). Den måde ledere evalueres på kan således konflikte med en mere altruistisk og visionær ledelsesstil (Axelsson & Axelsson 2009). Samtidig forbindes en altruistisk ledelsesstil generelt med succesrig tværgående ledelse (Getha-Taylor 2008).

Samlet set kan vi konkludere, at barriererne er velbeskrevet i eksisterende undersøgelser. I de senere år er der så også kommet øget fokus på, at ledelse og chefers rolle har været en manglende ingrediens i forsøget på at skabe et succesfuldt tværsektorielt samarbejde. Hvor stor en betydning barriererne får ses altså blandt andet som et udtryk for konkrete magtmønstre og involverede ledelsesressourcer (Jones & Thomas 2007).

1.2 Der har manglet ledelsesstyring og -fokus

*Tværgående tænkning sikres ikke tilstrækkelig ledelsesmæssig opbakning.
(Seemann 1999)*

En udfordring i forhold til litteraturen er, at det er relativt nyt, at der er kommet fokus på ledelse og lederes rolle i forhold til at skabe tværgående samarbejde mellem sektorer. Der er i forhold til, hvor længe vi har talt om tværsektorielt samarbejde i høj grad tale om et underudforsket område (se afsnit 2.1). I litteraturen findes der således en række eksempler på, at processen med at udvikle en organisering af samarbejde på tværs er ubeskrevet (Lindberg 2002) eller forudsætter eksistensen af en usynlig hånd (Kickert, Klijn & Koppenjan 1997). På det konkrete niveau er der også mange af de tværsektorielle tiltag, hvor der ikke er en tydelig ledelsesdeltagelse. I stedet for at anvende ledelsesressourcer er der fx udpeget netværkskoordinatorer eller projektledere til at forestå det praktiske arbejde med at skabe sammenhæng (Peck & Dickinson 2008).

Der har således i høj grad manglet fokus på ledelsens og chefernes rolle i forhold til at skabe de nødvendige ændringer i de respektive systemer, samt at sikre at de rigtige mennesker rekrutteres og belønnes for deres samarbejdsindsats (Maddock 2000). Også selvom nogle peger på, at ledelse er helt central for at lykkes med tværgående samarbejde (Goldsmith & Eggers 2004; Wise 2006). Mangel på understøttende styring og ledelse er således blevet udpeget som en sandsynlig årsag til manglende resultater (Mitchell & Shortell 2000; Child & Faulkner 2005). I en gennemgang af litteraturen om tværsektorielt samarbejde i psykiatrien konkluderede forfatterne i tråd hermed, at der fremtidigt bør sættes mere fokus på kultur og ledelse (Johansen, Larsen & Nielsen 2012).

Else Marie Damsgaard og Hans Peder Graversen pegede i 2005 på, at ledelse i sundhedsvæsenet i for høj grad var præget af vertikal ydelsesorienteret ledelse og i alt for lav grad af forløbsorienteret ledelse på tværs af sektorer (Damsgaard & Graversen 2005).

Ifølge Sidsel Vinge og Torben Mogensen er de seneste års mange sporadiske forsøg på at lappe systemet med diverse sammenhængsmedarbejdere uden beføjelser efter deres mening i bedste fald velment men i værste fald en grov forsømmelse af det ledelsesmæssige ansvar (Vinge & Mogensen 2012). Vinge og Mogensen argumenterer for, at der i høj grad er brug for et langt mere forpligtende og rettighedshavende lederskab på tværs af sektorer. I samme antologi opfordres til, at sundhedsvæsenet tager de tværgående ledelsesudfordringer op og skaber rum for en ledelse, der går på tværs af sundhedsvæsenets mange professioner, organisationer, sektorer og politiske niveauer (Seemann, Rasmussen & Ært-høj 2012).

1.2.1 Barrierer for chefers rolle i det tværsektorielle samarbejde

Der peges i litteraturen på en del udfordringer for chefers rolle i at skabe et bedre tværsektorielt samarbejde. Barrierene er til dels sammenfaldende med de generelle barrierer. Derudover peges der på, at chefer ikke har nok fokus på relationer og viden om, hvordan man skaber samarbejdsrelationer, samt at chefer sidder for langt væk fra det arbejde, der udføres i frontlinjen (Maddock 2000). Der peges også på, at ledernes pressede kalendere er en udfordring for at deltage i fx tværsektorielle møder (Harpur 2012).

Autonomi og rollekonflikter

En central udfordring for ledere er ifølge litteraturen, at der kan være indbyggede rollekonflikter (Williams 2012; Seemann 1996; O'Leary & Bingham 2009) eller dilemmaer (Kickert, Klijn & Koppenjan 1997; Goldsmith & Eggers 2004; Agranoff & McGuire 2001; McGuire 2003; Herranz 2007; O'Toole 1997; Milward & Provan 2000; Roberts 2003) i både at være leder i egen organisation og for et netværk. Det udgør fx en udfordring for involverede ledere, at det kan være svært at træffe beslutninger, der går imod egen jurisdiktion og beslutningsrum i eget hierarkiske system (O'Toole 2007; Bardach 1998). Newman mener, at partnerskabsværdier såsom lighed, fælles værdier og fælles målsætninger nødvendigvis vil give en udfordring, fordi de vil *clash* med politiske realiteter og modstridende mål og interesser (Newman 2000). Nogle peger i tråd hermed på, at ledere derfor kan komme til at optræde på en måde, der influerer negativt på tværsektorielt samarbejde (Armistead, Pettigrew & Aves 2007).

En af forklaringerne på, at fokus på chefernes rolle hidtidigt har været relativt underrepræsenteret er altså måske, at de barrierer, der ligger i hierarkisk struktur kontra det ikke-hierarkiske netværk, kan overføres direkte til cheferne. Det kan således ses som liggende i chefrollen, at chefer har et territorie eller revir at passe (Axelsson & Axelsson 2009; Bardach 1998; Axelsson & Axelsson 2007). Cheferne har jo typisk tydelige roller netop i forhold til det hierarki, de er en del af i deres respektive organisationer – eksempelvis som ledere af konkrete afdelinger. Derfor kan det også for cheferne udgøre en udfordring at bevæge sig på tværs – med mindre, der er stærkt fokus på nødvendigheden heraf – og med mindre, det opfattes som en måde at sikre legitimitet på (Glouberman & Mintzberg 2001b; Meyer & Rowan 1977). Igennem længere tid er det således blevet synliggjort, at det politiske niveau forventer, at ingen borgere falder mellem to stole (Regeringen 2013). Et andet pres består ifølge litteraturen af, at der som led i den generelle samfundsudvikling skabes stadig øgede behov for at håndtere netværkssamarbejde gennem den gensidige afhængighed, der eksempelvis opstår gennem øget specialisering (Klijn & Koppenjan 2004). Den politiserede arena (Strauss 1982), som hospitaler, kommuner og også praktiserende læger er en del af, har på denne vis nogle forventninger om, at der arbejdes for at skabe mere samarbejde og koordination.

Professionsudvikling

I sundhedssektoren er cheferne ofte repræsentanter for fagprofessionelle i deres organisationer. Jo mere magtfuld en profession er, jo flere chefstillinger har professionen historisk set haft. Det er i litteraturen blevet påpeget, at dette kan modvirke ikke bare tværfagligt samarbejde men også intersektorielt samarbejde og samordning, fordi cheferne også har revirer som repræsentanter for fagprofessioner at passe (Seemann 1996; Axelsson & Axelsson 2007; Abbott 1988; Fosse 2007). Professionaliseringsstrategier kan ses som stående i modsætning til at udvikle samarbejde og samordning, fordi professionerne i deres arbejde med at sikre eller udvide deres jurisdiktion er optaget af at vise deres særlige bidrag i relation til brugerne. I intersektorielt samarbejde er det derimod synergien, der er i fokus, hvormed den enkelte parts bidrag er mere usynligt (Fosse 2007).

Usikkerhed, forhandling og kompleksitet

Det udfordrer ifølge litteraturen også deres rolle, at der er forskellige kilder til usikkerhed om information og viden, usikkerhed om strategier og mål samt usikkerheder forbundet med komplekse institutionelle set-up og forskellige kulturer i spil (Klijn & Koppenjan 2004). Spørgsmål som: hvilke strategier har de andre deltagere i netværket? I hvor høj grad er det muligt at stole på dem? er således spørgsmål, der kan være en kilde til iboende usikkerhed. Her skal det dog bemærkes, at andre undersøgelser netop har påpeget, at flertydighed netop har den samarbejdsfordel, at det rent faktisk bliver muligt at rumme forskelligheder i værdier og mål (Clarke 2005). Der peges også på, at det er en udfordring, at chefer ofte ikke forstår deres rolle, at de eksempelvis kun tror, den består i at formulere visioner (Maddock 2000).

1.3 Ledelsessystemet har været for dekoblet

Det beskrives således som et problem, at chefer ofte har holdt sig i baggrunden, samt relateret hertil, at der ikke er sket tilstrækkelige ændringer i de respektive sektorer i forhold til at inkorporere nye samarbejdsstrukturer.

Visionary leaders support innovative people personally, but then fail to change the management practices in order to endorse the new practices, leaving old management systems intact and innovators drained. (Maddock 2000)

Konkrete tiltag til samarbejde har derfor i al for høj grad været præget af ildsjæle. Det har den indbyggede svaghed, at samarbejdet risikerer at fordampe i takt med at ildsjælene brænder op eller søger væk. Eller som Su Maddock beskriver det: *In reality partnerships will only survive as long as committed individuals continue to struggle on* (Maddock 2000).

Samtidig er der måske også tale om en udvikling, hvor der nu i højere grad kommer fokus på ledelse. I litteraturen om tværsektorielt samarbejde skelnes der mellem begreberne samarbejde og samordning (Fosse 2007; Rogers & Whetten 1982) som illustreret i nedenstående tabel:

Tabel 1.1 Samarbejde vs. samordning

	Samarbejde	Samordning
Formaliseringsgrad	Få formelle regler	Formaliseret samarbejde
Målprioritering	Mål og aktiviteter er knyttet til de respektive organisationer	Prioriterer fælles mål og aktiviteter
Forpligtelser	Ingen formelle forpligtelser	Vertikale og horisontale forpligtelser
Personaleressourcer	Få der er involverede, mest medarbejdere fra gulvet	Flere involverede, også chefer
Autonomi	Beholder autonomi	Udfordrer organisationernes autonomi

Det følger af tabellen, at samarbejde kan være drevet af ildsjæle alene, da den primære koordination er baseret på frivillighed og i udgangspunktet ikke medfører ændringer i opgavedeling og ressourceallokering mellem de involverede organisationer. Heroverfor indebærer samordning en mere forpligtende struktur, hvor der ofte vil indgå et overordnet niveau, der pålægger underliggende organisationer at koordinere deres virksomhed.

Forfatterens pointe er dog, at udvikling af reelt tværsektorielt samarbejde kræver både en frivillig og en tvingende koordinering. I den forbindelse efterlyser forfatterne for det første, at der rekrutteres offentlige ledere og medarbejdere på baggrund af kompetencer til helhedstækning og vilje til at indgå i frivillige samarbejder. For det andet efterlyses, at politikere, der traditionelt er adskilt fra forvaltningen, som overordnet niveau i højere grad stiller krav om samordning mellem sektorer og organisationer med sammenhængende opgaveløsning.

1.4 Rolleændringer som led i statslig styring

Regeringens mål er, at alle borgere møder et sundhedsvæsen, der hænger sammen, og hvor sundhedspersonale på tværs af sektorer og faggrupper arbejder sammen om og sammen med borgeren. (Regeringen 2013)

Et af formålene med *New Public Management* reformerne har været at ændre fagprofessionernes fokus til i højere grad at tænke i managementbaner (Peck & Dickinson 2008; Sehested 2008; Sehested 2003; Jespersen 1996; Jespersen 2005; Holm-Petersen 2007). Et af midlerne hertil har været øget fokus på generalistkompetencer hos ledere og udvikling af regionale og universitetsbaserede lederudviklingsuddannelser.

I dag beskriver litteraturen, at bestræbelserne har ført til ændringer af fagprofessionerne som ledere. At lederne eksempelvis er gået fra et mere autonomt professionsfokus til en højere grad af interaktiv styring, hvor lederne integrerer nye værdier som fx effektivitet og demokrati og åbner sig mod samarbejde og netværksdannelse (Sehested 2003). Ledelse er i dag blevet en central parameter i styringsreformer. Styring og ledelse i dag handler derfor i mindre grad om repræsentation, myndighed og hierarki og i højere grad om selvrefererende, selvorganiserende og flydende enheder i en polycentrisk struktur (Pedersen 2008).

Den internationale forskning i hospitalsvæsenets reformer peger på, at det er kendetegnende, at staten som aktør spiller en stadig større rolle i forhold til at definere eksempelvis kvalitet, brugerbehov, mål og resultater samt behovet for øget tværgående koordination og netværksdannelse (Byrkjeflot & Guldbrandsøy 2013).

Det er i tråd hermed kendetegnende, at når øget koordination og ledelse af tværgående forløb i sundhedsvæsenet løbende har været efterspurgt – så har det ud over af forskere og ildsjæle inden for området netop været fra nationalt hold. Et eksempel er Socialstyrelsens rapport fra 2003. I rapporten peges der på, at ansvaret for den praktiske gennemførelse af samarbejdet ligger hos afdelingsledelsen på sygehuset og ledende medarbejdere i kommunen. Socialstyrelsen sætter også ord på, hvad ledelsens rolle kunne bestå i (Socialstyrelsen 2003):

- *Ledelsen skal give de ansvarlige medarbejdere kompetence til at træffe afgørelser og den fornødne tid til at samarbejde.*
- *Det er frugtbart, hvis samarbejdet bæres af ildsjæle. Der skal gives plads til, at disse ildsjæle kan udfolde sig. Det er ledelsens opgave at støtte dem. Da opgaver nemt forsvømmes, hvis ildsjælene er væk, skal ledelsen også sikre, at samarbejdet kan fortsætte med andre kræfter.*
- *Der skal fastsættes standarder for samarbejdet om udskrivning og informationsmateriale. Disse standarder skal ikke blot være nedskrevet og kendte af medarbejderne, medarbejderne skal være med til at udarbejde dem. Kun derved får de et medejerskab.*

For at fremme samarbejdet kan ledelsen medvirke til, at der:

- arrangeres fælles kurser og temadage
- holdes fælles møder
- bliver lavet praktiske skemaer og fundet et fælles sprog.

Socialstyrelsen peger i erkendelse af, at der er tale om et samarbejde mellem myndigheder, som på nogle punkter har modstridende interesser, på, at det er naturligt, at der undertiden opstår konflikter. Det er derfor vigtigt, at ledelser håndterer konflikterne. Derfor skal ledelsen forudse, at konflikter vil opstå og – endnu vigtigere – medvirke til en konstruktiv løsning (Socialstyrelsen 2003).

Socialstyrelsen lægger således op til en mere aktiv ledelsesrolle i forhold til det tværsektorielle samarbejde. Samme tendenser peges der på i Norge (Byrkjeflot & Gulbrandsøy 2013) og i Sverige (Lindberg 2002).

1.5 Mere fart på

Meget tyder på, at der er efter kommunalreformen er kommet mere fart på udviklingen af det tværsektorielle samarbejde og til dels også ledernes/chefernes involvering i dette. Udviklingen, der i høj grad er drevet fra centralpolitisk hold, er bl.a. forankret i tiltag som sundhedsaftaler, forløbsprogrammer og tværgående IT-projekter, der skal muliggøre standardiseret kommunikation om fælles patienter. Udviklingen er højt prioriteret – og i relativt stort omfang styret af det statslige politiske og administrative niveau, mens kommuner og regioners opgave består i at udfylde de udmeldte rammer.

1.5.1 Sundhedsaftaler og forløbsprogrammer

Ovenstående udvikling startede for alvor med kommunalreformen og Sundhedsloven fra 2007. Her blev det for første gang obligatorisk for kommuner og regioner at indgå forpligtende aftaler for samarbejdet om sundhedsområdet. Samtidig blev kommunerne tildelt et væsentligt større ansvar for de dele af sundhedsområdet, der omhandler sundhedsfremme, forebyggelse og genoptræning.

Med sundhedsloven fulgte en vejledning og en bekendtgørelse for sundhedsaftaler,¹ som beskriver, hvordan regionsråd og kommunalbestyrelser for en række obligatoriske indsatsområder² skal beskrive, hvordan patientforløb på tværs af sektorgrænserne organiseres og koordineres. Vejledningen er detaljeret og indeholder bl.a. konkrete skabeloner for organisering og løbende opfølgning på implementering og samarbejde om sundhedsaftalerne. Logikken bag vejledningen er, at når sundhedsvæsenets sammenhængsproblemer kan henføres til uklarhed om ansvarsfordelinger, så er løsningen standardiserede aftaler og beskrivelser af ansvars og opgavefordelinger på tværs af de regionale-kommunale snitflader (Nielsen 2011).

Den rationelle planlægningslogik er efterfølgende søgt ført endnu tættere på det kliniske niveau via nationale satsninger på forløbsprogrammer for de største kroniske diagnoser. Rationalet er også her, at man ved at udarbejde en samlet beskrivelse af *best practice* for

¹ Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (Sundhedsstyrelsen 2006) og bekendtgørelse nr. 414 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006).

² Indsatsområderne er: 1. Indlæggelses og udskrivningsforløb, 2. Træningsområdet, 3. Behandlingsredskaber og hjælpemidler, 4. Forebyggelse og sundhedsfremme, 5. Indsatsen for mennesker med sindslidelser, og 6. Utilsigtede hændelser (siden 2010).

organisering, behandling og arbejdsdeling kan opnå en tidligere, bedre og mere sammenhængende behandling.

Arbejdet med sundhedsaftaler, forløbsprogrammer etc. betyder, at der i dag er opbygget et vidtforgrenet aftalekompleks med tilhørende beslutnings- og ledelsesfora. Den generelle vurdering er, at sundhedsaftalerne og organisationen omkring disse har haft positiv betydning for det tværsektorielle samarbejde. I de evalueringer, der er gennemført af sundhedsaftaler (Holm-Petersen & Buch 2012; Implement Consulting Group 2011; Implement Consulting Group 2010; Sundhedsstyrelsen 2011) og forløbsprogrammer (Buch, Holm-Petersen & Hansen 2013; Buch 2012), fremhæver deltagerne i de mange oprettede samarbejdsfora og projekter bl.a. mere entydige regler for samarbejdet og opbygning af leder-/beslutningsnetværk med fælles viden, tillid og fleksibilitet som positive resultater. Samtidig er der indikationer på, at de centrale aftaleparter i sundhedsaftalesamarbejdet bevæger sig i retning af større konsensus om problemer og løsninger i det tværsektorielle samarbejde – (jf. Danske Regioner 2012; Kommunernes Landsforening 2012; Toft 2013).

På den anden side står det også klart, at sundhedsaftaler og forløbsprogrammer – og de spirende eksempler på lokal netværksstyring – ikke ændrer afgørende på de gammelkendte økonomiske, administrative, politiske og kulturelle barrierer, der står i vejen for et sammenhængende sundhedsvæsen (se fx Vinge & Mogensen 2012; Seemann, Rasmussen & Ærthøj 2012; Vinge & Kjellberg 2009; Vinge & Strandberg-Larsen 2010; Seemann, Gustafsson & Dinesen 2011). Dette afspejles også i de gennemførte evalueringer, hvor uhensigtsmæssig lokal variation, mangelfuld implementering og ledelse af det tværsektorielle samarbejde og ikke mindst manglende IT-understøttelse står i vejen for aftalernes vej til klinisk praksis.

Disse udfordringer afspejles også i udmeldingerne fra det politiske niveau, hvor Regeringen i sit seneste udspil (Regeringen 2013) vil:

- nytænke og styrke almen praksis i et sammenhængende sundhedsvæsen, så de praktiserende læger i højere grad samarbejder med det øvrige sundhedsvæsen
- styrke sundhedsaftalerne, så der bliver fem sundhedsaftaler – én i hver region – med nye obligatoriske indsatsområder og konkrete målsætninger
- sikre bedre incitamentter til at styrke samarbejdet mellem kommuner og regioner om integrerede og fælles sundhedsløsninger
- styrke fagligheden i den kommunale sygepleje gennem et tættere samarbejde på tværs af sygehuse, praktiserende læger og kommuner.

Øget netværksstyring kan således både forstås som øget decentralt samarbejde og som øget statslig styring af og pres for samordning. For at få tiltagene ud i dagligdagen, så de ikke bare ender som politiske ønskelister (Byrkjeflot & Guldbrandsø 2013) eller *window dressing* (Seemann et al. 2011), kræver det, at lokale aktører og chefer involverer sig heri.

1.5.2 Opsummerende

Hvis udviklingen skal opsummeres kort, så har bedre samarbejde og koordination mellem sektorerne i sundhedsvæsenet længe været sat på den politiske dagsorden. Det står dog

også klart, at der er væsentlige barrierer for at indfri målsætningerne. Barriererne handler fx om organisatorisk kompleksitet, bureaukratiske og administrative opbygninger, modstridende mål og interesser, herunder fagpolitiske, økonomiske incitament, belønningssystemer, lovgivning, silotænkning, afdelingsfokus samt kultur. Derudover har det været en væsentlig barriere, at der har manglet tilstrækkelig fokus på ledelse som en afgørende styringsfaktor.

2 Litteratur om chefers rolle i tværsektorielt samarbejde og samordning

Vi vil nu vende blikket mod, hvad litteraturen siger om lederens rolle i forhold til at etablere et velfungerende samarbejde på tværs mellem primær og sekundær sektor i sundhedsvæsenet. Da det har vist sig at være begrænset, hvor megen litteratur, der snævert set adresserer dette spørgsmål, bygger kapitlet også perspektiverende på litteratur, der ikke nødvendigvis bygger på empirisk case-materiale fra sundhedsvæsenet.

Kapitlet præsenterer to til dels sammenhængende teoretiske tilgange til at tænke i chefers rolle i det tværsektorielle samarbejde: Netværksledelse og *collaboration/boundary spanners* - herunder relationel koordination.

2.1 Et understuderet område

The research question that is the 800 lb gorilla in the room remains largely un-addressed: What is leadership in multi-actor settings? (Silvia & McGuire 2010)

I forhold til at forstå litteraturen på området er det indledningsvist nødvendigt at sige, at der er tale om et efterhånden stort litteraturområde, der på forskellig vis beskæftiger sig med tværgående samarbejde og koordination. Der er ikke synderlig konsistens i måden, forskellige begreber såsom netværk, *collaboration*, partnerskaber, alliancer og interorganisatoriske relationer anvendes i litteraturen (Silvia & McGuire 2010). Andre igen taler om *governance* (Thomson & Perry 2006; Sørensen & Torfing 2005) eller om integration (Axelsson & Axelsson 2007; Sørensen & Torfing 2005). Der er altså tale om et begrebsmæssigt rod (Page 2010), og der er set med teoretiske briller tale om et noget forvirrende og ret eklektisk landskab (Sørensen & Torfing 2005).

Men værst af alt set i forhold til vores ærinde, så er der meget lidt vægt på ledelse og chefers rolle i den eksisterende litteratur (Williams 2012; Huxham & Vangen 2000; Sullivan, Williams & Jeffares 2012). En del af litteraturen er eksempelvis politologisk drevet og beskæftiger sig i højere grad med metastyring, statens rolle og demokratihensyn. En anden del af litteraturen er mere optaget af *bottom-up*-processer. Hvad ledelse i tværsektoriel eller interorganisatorisk sammenhæng vil sige, eller hvad der karakteriserer disse ledere, og hvordan deres ledelse i denne sammenhæng adskiller sig fra ledelse i deres respektive organisationer, er i høj grad et understuderet område (Silvia & McGuire 2010). Og når forskere forholder sig hertil, er det ofte i en generisk udgave. Der mangler altså forståelsesrammer, der er rettet mod at forstå ikke kun ledelse men også samarbejde og samordning i sig selv i partikulære kontekster (Jones, Thomas & Rud 2004; Jones & Thomas 2007).

Derfor kan litteraturen ikke byde på sektor- eller kontekstspecifikke bud på chefers rolle i forhold til at skabe samarbejde og samordning på tværs af hospitaler og kommuner.

2.2 Netværksledelse

Organisationerne skal lære at koordinere i forhold til andre organisationer. Organisationerne kan ikke længere tænke i egen intern logik.[...] interorganisatoriske netværk, der kobler viden på en konstruktiv måde, er derfor blevet uhyre væsentlige, specielt i tilfælde hvor opgaverne er komplicerede som i sundhedsvæsenet. (Seemann 1999)

Netværkstankegangen anses i stigende grad for at være central i produktionen af offentlig service og velfærd. Netværk er strukturer af indbyrdes forbundethed, der forbinder organisationer eller dele af organisationer, og hvor der ikke er en hierarkisk relation mellem parterne (O'Toole 1997). For at man kan tale om et netværk, skal der være mindst tre forskellige aktører repræsenteret (Haugland 1996). Netværksstyring er et højaktuelt ord i den igangværende diskussion om at skabe nye organisations- og styreformere i sundhedsvæsenet for at muliggøre offentlig innovation, afhierarkisering og selvstyrende horisontale processer. Offentlige organisationer inden for sundhedsvæsenet har således igennem et stykke tid oplevet, at de i stigende grad deltager i netværk (Vrangbæk 2003). Det er en grundantagelse i netværksperspektivet, at tværgående netværk skabes, fordi der er en forbundethed i forhold til at opnå fælles mål. Udvikling af samarbejde sker i netværket som en læreproces, hvor nye muligheder afprøves (Klijn & Koppenjan 2004). Siden slutningen af 1900-tallet har flere samfundsforskere hævdet, at der er en gradvis ændring af offentlig styring i gang fra hierarki mod netværk. Siden da er der blandt andet på basis af empiriske studier af sundhedssektoren blevet argumenteret for, at der ikke er tale om, at netværk afløser hierarki, men at de to styringsformer i højere grad sameksisterer (Byrkjeflot & Guldbrand-søe 2013). Hierarkiske styringsformer er således stadig betydningsfulde – også i netværks-sammenhænge (Pierre & Peters 2005; Pierre & Peters 2000).

Ideen om netværksledelse findes såvel i dansk som i international litteratur. I England ses netværkstankegangen blandt andet som en konsekvens af *New Public Management* reformerne og deres forsøg på at "virksomhedsgøre" sundhedsvæsenet (Peck & Dickinson 2008). En del af litteraturen handler om statens rolle og forskelle på *government* og *governance*, en del er mere empirisk orienteret men handler om offentlig-privat samarbejde frem for samarbejde mellem forskellige sektorer inden for det offentlige. Hvad dette betyder for overførbare til samarbejde mellem fx kommuner og offentlige hospitaler er ikke klart. Det er nemlig en svaghed ved teorier om netværksledelse, at de generelt har en tendens til at undervurdere væsentlige sektorforskelle (Herranz 2007). Det samme gør sig gældende ved teorier om *collaboration*, der typisk heller ikke beskæftiger sig med kontekst (Clarke 2005).

2.3 Chefers rolle i netværksledelse

Der er forskellige teoretiske perspektiver på chefers rolle i netværksledelse rangerende fra en primært passiv og støttende rolle til mere proaktive roller (Herranz 2007). Samtidig er det karakteristisk for meget teori og litteratur om netværk, at styring og ledelse af netværk kun i mindre grad har været på forskningsdagsordenen (Provan & Kenis 2007). Det betyder ifølge Provan & Kenis, at der kun i mindre omfang har været fokus på chefers vigtige rolle i

forhold til at sikre samstemt handling, ressourceallokering og konfliktløsning (Provan & Kenis 2007). Eller som Seemann, Gustafson og Dinesen formulerer det:

Netværk er spinkle broer mellem hierarkierne uden særlig ledelsesmæssig opmærksomhed og støtte. (Seemann et al. 2011)

Det har været karakteristisk, at man i stedet for at tale om ledelse i forbindelse med partnernes tværgående relationer i netværk har talt om samarbejde, samordning og konkurrence (Gustafsson 2009; Gustafsson 2007). En af årsagerne er sandsynligvis, at mange netværk rummer konfliktende interesser og mål, samtidig med at de ofte har et fremtidsfokus, fremfor et nutidsfokus. I en sådan kontekst er der eksempler på, at ledernes primære strategiske rolle består i at holde kommunikationen på et så overordnet niveau, at interesseforskelle og konflikter ikke træder i karakter. Fordelen ved denne 'reproduktive' kommunikation er, at visionen om netværket kan bibeholdes – hvorved de forskellige deltagere på sigt kan se en mulighed for at fremme egne interesser. Ulempen er til gengæld, at ledelsen opleves som usikker, og at formålet med netværket bliver uklart for deltagerne. Endvidere bliver det vanskeligt at tage/følge op på beslutninger, ligesom deltagerne i realiteten fortsætter med at arbejde hver for sig (Wikström 2001).

Alternativt taler man om ledelse som noget, der udføres af projektledere. Netværkstankegangen er altså ikke født med et tydeligt fokus på chefers rolle i forhold til at skabe sammenhæng. Fokus på chefers rolle er derimod kommet senere – måske som en konsekvens af erfaringerne med, at netværkssamarbejde er en udfordring at implementere. Ifølge Klijn og Koppenjan har der typisk været alt for lidt organisatorisk støtte til at kunne håndtere det faktum, at koordination på tværs i netværk ikke sker automatisk. Klijn og Koppenjan påpeger, at netværksledelse er arbejdskrævende og består i at mediere og stimulere til samarbejde (Klijn & Koppenjan 2004), men de forholder sig ikke til, hvordan dette passer ind i en hierarkisk ledelsesstruktur. I stedet beskæftiger de sig med centrale processer i netværksledelse som fx det at skabe optøning og tillid parterne imellem som et led i en fælles proces med at definere problemer og løsninger, samt med det at opstille fælles spilleregler som et led i processen. I deres perspektiv består ledelse af netværk i projektledelse og projektstøtte (Klijn & Koppenjan 2004). De tænker således mest på ledelse af netværk som noget, der skal foregå i et neutralt rum og udføres af aktører, der ikke er ophængt i forskellige organisationers interesser og kulturer.

Denne tankegang er i tråd med den del af litteraturen, der tænker samarbejde på tværs som et udpræget spørgsmål om konflikthåndtering og -løsning (Brown 1983). Ifølge Brown kan ledere indplaceret i de respektive organisationers ledeshierarki have den fordel, at de har legitim adgang til at deltage i konfliktløsningen samt beslutningskompetencer, men samtidig den ulempe, at de ikke har tilstrækkelig adgang til information om, hvad der foregår (Brown 1983). Huxham peger på, at ledernes rolle er vigtig, fordi det tager for lang tid at finde løsninger, og der går for meget energi ud af samarbejdet, hvis der ikke er tilstrækkelig beslutningskraft tilstede. Samtidig siger han, at den tid der anvendes på tværorientatorisk arbejde ofte bliver undervurderet og ikke er tilstrækkelig prioriteret. Han har derudover en pointe med, at det, at aktørerne i det daglige er fysisk adskilte, besværliggør det at finde hurtige løsninger (Huxham 1996). Haugland argumenterer for, at netværkssamarbejde fungerer bedst, når samarbejdet ikke er for komplekst. Ledelse ser han som spillende

en væsentlig rolle i forhold til løbende at håndtere ændringer samt at balancere hensyn til egne interesser på den ene side og gensidig åbenhed på den anden (Haugland 1996).

Ifølge Jeppe Gustafsson er en af de væsentligste årsager til, at forventningerne til netværk ofte ikke indfrier forventningerne, at de inter-organisatoriske processer er "undermanaged". Han argumenterer derfor for, at hvis forventningerne i højere grad skal indfries, så skal ledere udvikle deres viden om inter-organisatoriske netværk og netværksledelse. Interaktion, dialog og forhandling er her ifølge Gustafsson centrale elementer. Gustafsson argumenterer for, at lederens rolle er at understøtte udvikling af tillid, håndtere krydspres, afklare ambitionsniveau & understøtte informationsflow. Lederens rolle er også at udvikle en fælles netværkskultur og netværksidentitet samt at identificere og afgrænse eget ledelsesfelt. Jeppe Gustafsson identificerer flere mulige roller som netværksledere rangerende fra førerhunde til grænsevogtere (Gustafsson 2009; Gustafsson 2007). Roine Johansson peger i tråd hermed på, at det er vigtigt med opmærksomhed på, at brobyggende medarbejdere og ledere befinder sig i et krydspres mellem de forhandlende organisationers forskellige interesser og behov for løsninger. Heraf følger også et behov for at kontrollere og standardisere de løsninger, som brobyggende medarbejdere og ledere forhandler frem (Johansson 1997).

Ifølge Jacob Torfing og Eva Sørensen må netværksledere engagere sig i komplekse og parallelle udviklingsprocesser (Sørensen & Torfing 2005). Ifølge Peter Bogason er det netværksledernes rolle at sætte rammer for nye initiativer, definere grænser, allokere ressourcer og styre processerne, samt sammensætte relevante hold og løse konflikter (Bogason 2008).

John Bryson og Barbara Crosby argumenterer også for, at ledere spiller en vigtig rolle i forhold til at sikre, at de rigtige ressourcer er afsat og tilstede, samt at der er tænkt i implementering (Bryson & Crosby 1992).

Robert Agranoff peger på, at offentlige ledere qua de centrale positioner, de besidder, kan spille vigtige roller som allianceledere i forhold til at skabe netværk og partnerskaber. Han peger også på, at topledelse spiller en vigtig rolle i forhold til at understøtte tværgående offentligt netværkssamarbejde. Hvis cheferne ikke får tilstrækkelig støtte og signaler fra topledelsen, vurderer han, at innovationen i samarbejdet risikerer at sande til i bureaukratiets indbyggede modstand og reviradfærd (Agranoff 2011). Eugene Bardach har en lignende argumentation om faren for reviradfærd og bureaukratisk indbygget modstand og peger på, at innovativ ledelse er helt essentiel, samt at såvel topledere, ledere af ledere og frontlinjeledere har en vigtig rolle i forhold til at overbevise og forhandle (Bardach 1998).

Ifølge Sandford Borins er en stor del af den innovation, der finder sted i den offentlige sektor, initieret af mellemledere (Borins 2002). Han peger derudover på, at topledere spiller en vigtig rolle i forhold til at belønne og efterspørge innovation. Ifølge Borins er der et mønster i, at politikere ofte initierer innovation som respons på en umiddelbar krise, at topledere ofte initierer innovation, når de er nyudnævnte og eksempelvis i gang med en *turnaround*, mens mellemledere og medarbejdere ofte initierer innovation som svar på interne problemer eller muligheder, der opstår gennem brugen af ny teknologi (Borins 2002).

Goldsmith og Eggers peger på 11 opgavetyper, der er centrale for netværksledere (Goldsmith & Eggers 2004):

- Big picture thinking
- Coaching
- Mediation
- Negotiation
- Risk analysis
- Contract management
- Ability to tackle unconventional problems
- Strategic thinking
- Interpersonal communications
- Project and business management
- Team building.

De foretager derudover en opdeling af, hvilke typer af opgaver, de ser som mest centrale for ledere på forskellige hierarkiske niveauer i relation til henholdsvis hierarkisk ledelse og netværksledelse.

Table 2.1 Centrale lederopgaver i relation til hierarkisk ledelse og netværksledelse

	Hierarkisk struktur	Netværk
Topleder	Allokere ressourcer Oplyse eksterne interessenter Kommunikere vision internt og eksternt	Maksimere offentlig værdi Identificere kærneværdier og talenter Kommunikere vision internt og eksternt
Chef	Beskytte topleder Begrænse fejl og styre fortrolighed nedefter	Udvikle og lede relationer og strategier Forstå kundebehov
Frontlinjeleder	Håndhæve regler Monitorere output	Lede teams Lede projekter og <i>outcomes</i>

Kilde: Kilde: Goldsmith & Eggers, 2004.

Det er ifølge litteraturen med andre ord en kompleks rolle, chefer begiver sig ind i – og det i en inter-organisatorisk verden, der ofte er præget af forhandlinger om magt og positioner (Clarke 2005; Seemann & Antoft 2002).

2.4 Danske perspektiver på netværksledelse i sundhedsvæsenet

I Danmark er det i høj grad Janne Seemann, der har oversat netværksledelsestankgangen til sundhedsvæsenet. Nogle af disse analyser har ledelse som en central parameter, i andre behandles ledelse mere perifert. Analysen af distriktskykiatrien viser således, at ledere som eksempelvis administrerende overlæger nemt kommer i et krydspres i samarbejdsrelationen (Seemann 1996). Analysen af *shared care* viser, at samarbejdet i høj grad præges af

uformelt forhandlede organisatoriske grænser relateret til skrevne og uskrevne normer og værdier, hvorimod formelle procedure-, aftale-, planlægnings- og styresystemer ikke i sig selv er tilstrækkelige i arbejdet med at opnå ønskede ændringer. Det konkluderes, at denne lokalt producerede orden reducerer ledelsers og styregruppers muligheder for at skabe ændrede grænsedragninger i sundhedsvæsenet (Seemann & Antoft 2002).

I 2011 udkom Janne Seeman, Jeppe Gustafsson & Birthe Dinesens Inter-organisatoriske ledelsesudfordringer: Afsæt i erfaringer fra Telekat. Ifølge forfatterne er lederens rolle i netværket at håndtere dilemmaer fx omhandlende egne faglige standarder/åbne sig for andres perspektiver. Egen bundlinje og egen organisation/de andres ditto. Det er også lederens rolle at skabe læring, at skabe afklaring af egen rolle i netværket, samt at koble drift og udvikling. Fokus i artiklen er dog i højere grad på, at manglende involvering af chefer vil hindre netværkets udvikling, frem for på det særlige proaktive indhold, som chefer kan bidrage med (Seemann, Gustafsson & Dinesen 2011).

Lederen skal kunne arbejde samtidigt med flere perspektiver og flere hensyn. Lederen er som sin organisations "gate-keeper" placeret i et spændingsfelt eller i en grænserollefunktion, idet der skal balanceres på grænsen mellem egen organisation og samarbejdspartnerne. (Seemann 1999)

2.5 Nordiske perspektiver på netværksledelse i sundhedsvæsenet

I Norge har de siden 2012 indført en *samhandlingsreform*, der blandt andet blev begrundet med, at hospitalerne var blevet for stærke i forhold til kommunerne. Reformens formål er derfor at styrke samarbejdet samt fremme det forebyggende arbejde (Byrkjeflot & Guldbrandsøy 2013). Reformen kan ses som en opfølgning på *sykehusreformen*, der blev indført 10 år tidligere. Et vigtigt led i *sykehusreformen* var at udvikle ansvarlige og mere strategisk tænkende ledere på alle niveauer, fordi god ledelse ifølge det norske sundhedsministerium er "kritisk vigtig for at lykkes med reformen" (Byrkjeflot & Guldbrandsøy 2013).

Elisabeth Fosse har studeret et tværfagligt og tværsektorielt statsligt folkesundhedsprogram målrettet børns sundhed i Norge (Fosse 2007). Evalueringen viste, at de fleste involverede var medarbejdere uden lederkompetence, og at samarbejdet primært var baseret på frivilligt samarbejde (jf. tabel 1.1). De involverede medarbejdere oplevede derfor, at der manglede organisations- og ledelsesopbakning til samarbejdet. Evalueringen viste, at de ansvarlige ledere og de bagvedliggende administrative organisationers fokus var på de vejledninger, de fik fra deres departementer. Dette gav et meget monosektorielt fokus, som i mange tilfælde førte til konflikter og domænekampe, hvor de øvrige aktører blev set som konkurrenter fremfor samarbejdspartner i arbejdet med børns sundhed. Evalueringen viste dog også, at der i løbet af den fireårige projektperiode skete en udvikling i retning af et mindre konfliktfyldt og mere helhedsorienteret og forpligtende samspil mellem de involverede organisationer.

I Sverige har Birgitta Brännström Forss studeret et tværsektorielt samarbejdsprojekt om sundhedsfremme for ældre borgere (Forss 2007). Hun fandt, at det var vigtigt for projektets legitimitet, at der var ledere, der deltog i projektets styregruppe. Da ledelserne trak

sig ud, påvirkede det legitimiteten i negativ retning. Derudover påvirkede det resultaterne i negativ retning, at der var tale om et tidsbegrænset projekt, og at deltagerne oplevede, at der ikke var ressourcer nok i projektet. Et af de forhold, som trak ledelsesfokus ud af projektet, var organisationsændringer, der fandt sted i perioden.

Carina Löfström har studeret de svenske reformer, der i 1992 placerede det samlede ansvar for ældreplejen i kommunalt regi (Löfström 2007). Fokus var på reformens betydning for samordning imellem de organisationer, der tilsammen er ansvarlige for ældreområdet. Analysen handler udelukkende om professionernes forskellige fagligheder, som giver forskellige værdier og indgange til det borgerrettede arbejde og derved barrierer for den samordning, der var målet med reformen. Löfström diskuterer også to lokale forsøg på at samordne rehabilitering for svækkede ældre patienter, og hun konkluderer i den forbindelse, at ledelsens opbakning, samt at der er ressourcer (i form af tid) til at deltage, er vigtige elementer i succesfuld udvikling.

Kajsa Lindberg har i Sverige studeret processen i at udvikle samordning omkring ældre patienters forløb på tværs af kommune og hospital ved indlæggelse og udskrivning. I analysen er det projektlederen og ikke lederne i de respektive organisationer, der spiller en central rolle. Ledernes handlinger er hovedsagelig en *black box* i analysen, men det fremgår, at der var forskellige perspektiver på, hvor betydningsfulde lederne er for samordningen blandt deltagerne. Det fremgår også, at der i projektgruppen var en bekymring for, om folk der er placeret langt væk fra den daglige produktion har tilstrækkelig indsigt i, hvad der foregår (Lindberg 2002).

2.6 Partnerskaber og joint working i det engelske sundhedsvæsen

I det engelske sundhedsvæsen har de siden 1974 fra statens side sat fokus på behovet for at koordinere og samarbejde i sundheds- og socialvæsenet. I slutningen af 1980'erne blev det konstateret, at de ønskede ændringer ikke var indtruffet. Dette førte i 1990 blandt andet til *NHS and Community Care Act* (Hardy et al. 1999). I 1997 blev partnerskaber mellem social- og sundhedssektorer sat på den politiske dagsorden, og det er siden blevet undersøgt, hvad disse har medført. I en engelsk litteraturgennemgang af, hvad der kendetegner succesfulde partnerskaber, konkluderer de, at det i litteraturen mest er processen omkring det at skabe partnerskaber, og hvor godt de samarbejder, der er beskrevet, frem for hvilke konkrete ændringer partnerskabet har medført for borgerne og patienterne, der modtager ydelserne (Dowling, Powell & Glendinning 2004). Litteraturgennemgangen viser, at følgende forhold forbindes med succesfulde partnerskaber:

1. Engagement og *commitment* blandt deltagerne
2. Enighed om formålet med partnerskabet
3. Tillid og gensidig respekt
4. Omverdens faktorer i form af øvrigt samarbejde, incitamentsstrukturer og juridiske forhold
5. Løbende fokus på fremdrift og målopfyldelse
6. **Ledelse af partnerskabet.**

Forfatterne peger på fire ud af 36 undersøgelser, der var inkluderet i litteraturstudiet, der beskæftiger sig med punkt nr. 6, ledelse af partnerskabet. En af de fire er Evans og Killoran, der har studeret partnerskaber i forbindelse med et Health Education Authority-program, der adresserede ulighed i sundhed. De konkluderede, at det gennemførte projekt i Nottingham havde en klar fordel i, at topledere deltog i styregruppen og forestod ledelsen af projektet. I Sandwell var projektlederskabet mere uklart. Her fungerede en af driftslederne som projektleder, men hun havde ingen ledelsesbeføjelser i relation til de andre deltagende enheder, og det var ikke alle enheder, hvis ledere var repræsenteret i styregruppen. Dette mindskede graden af samordnethed og fælles læring markant (Evans & Killoran 2000). De konkluderer, at ledelsesrepræsentanterne spillede en vigtig rolle som "sponsorer" for projektet, hvilket medførte strategiske markeringer, allokering af tid og ressourcer (Evans & Killoran 2000).

Asthana et al. har studeret partnerskaber i Cornwall, Isles of Scilly og Plymouth Health action zones (HAZ) (Asthana, Richardson & Halliday 2002). De peger på den udfordring, der ligger i, at det på det normative policy niveau anses for at være en god ting med partnerskaber, uden at der findes nogen egentlig viden om eller evidens for, hvordan de ønskede organisatoriske ændringer frembringes. Det er således både uklart, hvad partnerskaber er, og hvordan effektivt fungerende partnerskaber kan skabes (Asthana, Richardson & Halliday 2002). Der er samtidig en tendens til, at partnerskaber blomstrer op, der hvor der ligger en krukke penge, eller hvor de øvre ledelser er presset af nationale incitamentsstrukturer. Forfatterne peger på, at det er vigtigt, at de involverede ledelsesrepræsentanter er på et højt nok niveau til at have tilstrækkelig med beslutningskraft. De peger også på, at god ledelse er en relationel snarere end en individuel handling (Asthana, Richardson & Halliday 2002).

Peck et al. har studeret partnerskaber mellem behandlings- og socialpsykiatrien. De finder, at tværsektorielle bestyrelser mest af alt har en symbolsk betydning, og at det ikke er her, at innovation finder sted (Peck, Gulliver & Towell 2002).

Den kritiske faktor for partnerskaber er ifølge Maddock evnen til at få lokale ledere til at samarbejde på tværs. Men frem for at være den ingrediens, der får ting til at ske, beskrives ledelsespraksis som en barriere for at samarbejde på tværs (Maddock 2000). Det er svært at samle lederne på de rigtige niveauer og skabe fælles strategier og svært at balancere kortsigtede og mere langsigtede mål (Maddock 2000).

2.7 Samarbejde (co-operation) i det hollandske sundhedsvæsen

Van Raak et al. har undersøgt samarbejde i forhold til at frembringe *integrated care*. De konkluderer, at nationale programmer ofte ikke anses for at være særlig succesfulde i at frembringe de ønskede ændringer (van Raak, Paulus & Mur-Veeman 2005). Samtidig peger de på, at deltagerne ofte finder samarbejdet meget ressourcekrævende, og at deltagerne er bekymrede for, om det er muligt at forbedre kvaliteten inden for de eksisterende økonomiske rammer. En surveyundersøgelse blandt involverede ledere viser, at lederne oplever, at de selv må fungere som drivkræfter for at få ting til at ske, og at mange oplever, at samarbejdet er en byrde i relation til tidsanvendelse og økonomi. Af årsager til at gå ind i samarbejdsrelationer nævner lederne, ud over udsigten til at forbedre samarbejdet, mulig-

heden for at få projektmidler og forbedre deres magtposition (van Raak, Paulus & Mur-Veeman 2005).

Hardy et al. konkluderede i tråd hermed, at netværksledelse i det hollandske sundhedsvæsen er tidskrævende at udvikle, at det involverer en masse forhandling, at det tager lang tid, før der kan ses effekter på patientniveau, samt at der er en række indbyggede økonomiske barrierer relateret til afregning af ydelser (Hardy et al. 1999).

2.8 Collaboration og boundary spanners (brobyggere)

Hierarchies are too crude and markets are too crass to deal with the complexities of health care and disease cure. In our opinion, the solutions will have to be found in the collaborative relationships and other institutional arrangements that lie between, and beyond, markets and hierarchies. (Glouberman & Mintzberg 2001a; Glouberman & Mintzberg 2001a)

Litteraturen om *collaboration* og *boundary spanners* er fortrinsvis international, hvorfor vi ikke har et egentligt dansk begreb herfor. Et forsøg på oversættelse af *boundary spanners* kunne være brobyggere. Der er tale om en generisk tilgang til ledelse af grænser, og tilgangen er derfor ikke målrettet sundhedsvæsenet som kontekst. Nogle ser *collaboration* som en skrøbelig proces (Sørensen & Torfing 2005) eller sagt mere farverigt: *Collaboration is like cottage cheese. It occasionally smells bad and seperates easily* (Thomson & Perry 2006). Thomson og Perry anbefaler, at man kun kaster sig ud i *collaboration*, hvis man er villig til at lære, hvad der skal til for at lykkes – såsom at skabe samarbejds- og ledelsesstrukturer, realistiske mål og gensidig tillid, at ballancere interesser og indbygge gensidige fordele. *Collaboration* er alt for kompleks og tids- og ressourcekrævende til, at man skal gøre det *bare for at gøre det* (Thomson & Perry 2006).

Boundary spanners kan ses som udgørende positioner, der sammenkæder to eller flere systemer, hvis mål og forventninger er mindst delvis konflikterende (Peck & Dickinson 2008). Der kan argumenteres for, at de adskiller sig fra projektledere ved at være mere direkte involverede i driften (Peck & Dickinson 2008). I det følgende vil vi gennemgå eksempler på publikationer om *boundary spanners* eller *boundary spanning*, og hvad forfatterne ser som ingredienserne i succesfuld *collaboration*.

I 2012 udkom Paul Williams bog ***Collaboration in public policy and practice: Perspectives on boundary spanners*** (Williams 2012). Bogen handler om de aktører (forstået som *boundary spanners*), der skal få *boundary spanning* til at fungere i dagligdagen. Paul Williams peger på, at der både er strukturelle og personlighedsmæssige barrierer for at fungere som *boundary spanners*. Kapitel syv i bogen handler om lederes rolle som *boundary spanners*. Williams mener, at ledere er i gang med at udvikle dobbelte ledelsesroller – det vil sige, at de ud over den traditionelle rolle også er i gang med at udvikle en *collaborative management* rolle eller fungerer som *boundary spanner* i det *collaborative* rum. Han vurderer, at en pæn del af offentlige lederes tid anvendes herpå. Han peger derudover på, at det er underbelyst, hvad denne *collaborative* ledelsesrolle består i.

I 2011 udkom Chris Ernst & Donna Chrobot-Masons bog ***Boundary Spanning Leadership***. *Boundary Spanning Leadership* definerer de som evnen til at skabe retning, *alignment* og

commitment på tværs af grænser med en højere vision eller mål for øje (Ernst & Chrobot-Mason 2011). I bogen argumenterer de for, at mennesker skaber grænser for at skabe en fornemmelse for sikkerhed. Det at skabe sikkerhed gennem grænser benævner de **buffering**, hvormed identitet samtidig skabes. Det vil fx sige, at en gruppe definerer sig som noget, de er og ikke er. For at skabe samarbejde på tværs af grænser argumenterer de for nødvendigheden af at skabe *intergroup safety*. **Creating trust and connecting**. Link people and bridge divided groups.

Samme tilgang til lederens rolle med at skabe sammenhæng og samarbejde over grænseflader findes i **IHIs High-Impact Leadership Framework** (Swensen et al. 2013), hvor grænseoverskridende lederskab indgår som én af seks ledelsesdimensioner, der understøtter *triple aim*³-resultater. IHI ser to komplementerende dimensioner i det grænseoverskridende lederskab: For det første, at lederen aktivt opsøger og går forrest for at adoptere ny viden i deres praksis og deler viden over organisatoriske grænser. For det andet, at lederen udviser vilje (og handling) for at arbejde forløbsorienteret på tværs af traditionelle grænseflader i forfølgelsen af *triple aim*-resultater. IHI råder lederne til at udvise grænseoverskridende lederskab ved at:

- Stille åbne spørgsmål
- Besøge kvalitetsteams, udførende teams og medarbejdere i organisationer, der samarbejdes med
- Opsøge ideer og viden fra andre ledere i egen, såvel som andre organisationer
- Skabe fælles mål og win-win-løsninger med afsæt i samarbejde på tværs af grænseflader (faglige såvel som organisatoriske)
- Være generøse i forhold til at opbygge og vedligeholde personlige netværk
- Dele ressourcer fremfor at tænke snævert på eget system
- Udnytte en forløbstækning som ramme for at definere problemer og løsninger for de medarbejdere, der ledes.

2.8.1 Collaboration i sundhedsvæsenet

Denis et al. beskæftiger sig med *collaboration* i sundhedsvæsenet. De ser collaborationstiltag som en del af et ideologisk skifte fra et udbyrderdrevet system til et populationsdrevet system (Denis et al. 1999). Et sundhedsvæsen, der med fokus på patienternes forløb bevæger sig fra løst koblede autonome enheder til et mere integreret system. De kommer ikke med bud på, hvori ledernes rolle består, men har den pointe, at den øverste ledelse på hospitaler traditionelt har været svag vis-a-vis de dominerende fagprofessioner. De mener således, at der ikke nødvendigvis er tale om, at den ene systemarketype erstatter den anden, men at de ofte vil sameksistere. Dette fordi de mest magtfulde fagprofessioner særligt på de store universitetshospitaler vil se en interesse i at kunne fortsætte deres hidtidige arbejde og beholde deres magtpositioner (Denis et al. 1999).

³ Triple aim-målene er: 1) Improving the patient experience of care (including quality and satisfaction), 2) improving the health of populations, 3) reducing the per capita cost of health care.

Jones, Thomas & Rudd har beskæftiget sig med *inter-agency collaboration* eller *networked collaboration* relateret til psykiatrien i Wales (Jones, Thomas & Rud 2004). De finder, at fysisk nærhed mellem de involverede parter – herunder deres ledere – samt kommunikation er af særlig afgørende betydning. Pointen om vigtigheden af *face-to-face* kontakt samt personlige relationer underbygges af andre undersøgelser relateret til sundhedsvæsenet (Buch, Holm-Petersen & Hansen 2013; Holm-Petersen & Buch 2012; Carnwell & Buchanan 2005) samt undersøgelser fra andre sektorer (Haugland 1996). Da vigtigheden af personlig ansigt-til-ansigt-kontakt ofte vil udgøre et praktisk problem i et komplekst sundhedsvæsen, advokerer Jones & Thomas for, at denne udfordring løses elektronisk (Jones & Thomas 2007).

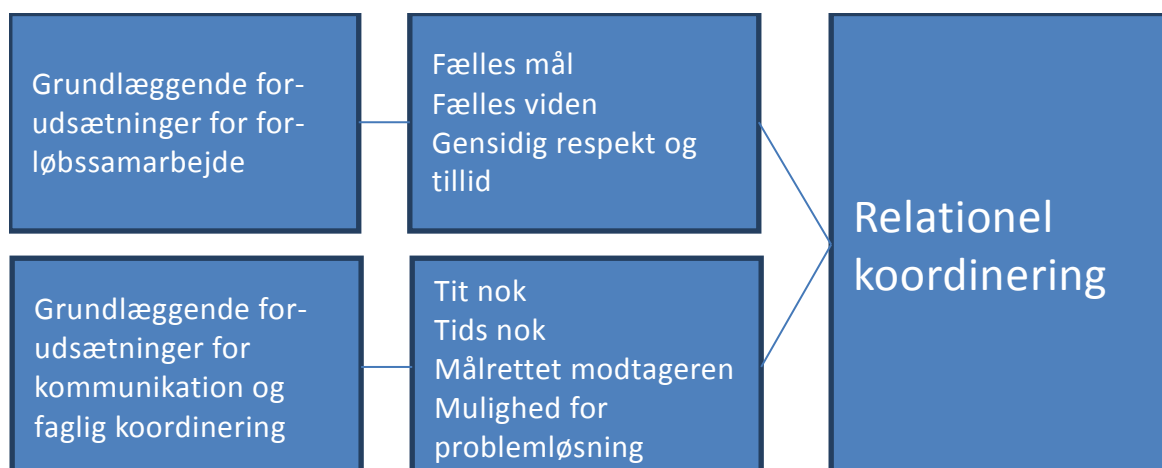
Weiss et al. peger på, at ledelse er helt central for at udvikle effektiv *collaboration* i det amerikanske sundhedsvæsen. Effektiv ledelse forbinder de med det at formå at tage ansvar for partnerskabet, inspirere og motivere partnere, *empower* partnere, arbejde med at udvikle et fælles sprog, fremme respekt og tillid, skabe inkluderende adfærd og åbenhed samt kreativitet i opgaveløsningen (Weiss, Anderson & Lasker 2002).

2.9 Relationel koordinering og ledelse

I de seneste år er der i det danske sundhedsvæsen kommet fokus på Jody Hoffer Gittells arbejde med relationel koordinering og ledelse – jf. projekterne under Videntcenter for Velfærdsledelse (Videntcenter for Velfærdsledelse 2014). Afsættet er, at stadig flere af sundhedsvæsenets opgaver kræver et integreret samarbejde på tværs af fagligheder og organisatoriske grænser, hvilket øger vigtigheden af, at der er gode menneskelige relationer, fælles viden og ansvarsfølelse for det forløb, de sundhedsfaglige er en del af. Med dette udgangspunkt har Gittell gennemført evidensbaseret forskning, som viser en positiv sammenhæng mellem graden af relationel koordinering, øget behandlingskvalitet, kortere indlæggelsestid og øget medarbejder- og patienttilfredshed.

Kernen i Gittells (Gittell 2009) arbejde med velfungerende relationel koordinering er for det første, at de sundhedsfaglige, som samarbejder om et givent forløb, har en tilstrækkelig grad af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt for hinandens indsats. For det andet, at der er systematiske rammer og rutiner, som sikrer, at skriftlig kommunikation om patientforløbet er korrekt timet og målrettet modtagerens behov. For det tredje, at der skal være mulighed for dialog, når der er behov for kompleks problemløsning i patientforløb, ligesom nøglemedarbejdere og ledere skal have mulighed for at drøfte og løse organisatoriske problemstillinger, som angivet i nedenstående figur.

Figur 2.1 Målsætninger for udvikling af kapacitet til relationel koordinering



Af ovenstående optik følger en lang række specifikke ledelsesopgaver i forhold til tværsektorielt samarbejde, fx proaktiv konfliktløsning, udvikling af fælles informationssystemer, fælles standarder og procedurer og investering i *boundary spanners* med særligt ansvar for at skabe integration i det tværsektorielle samarbejde. *Boundary spanners* inkluderer i denne kontekst både frontlinjeledere og nøglemedarbejdere i samarbejdet om udskrivning o.l. tværgående opgaver.

En af lederens vigtigste overordnede opgaver, bliver dog ifølge Gittell at kunne inspirere andre til at ville det tværgående samarbejde. Det kan fx ske ved at identificere og ansvarliggøre de ledere og medarbejdere, som er villige til at kæmpe for et velfungerende samarbejde. En vigtig pointe er i den forbindelse, at ledelsesopgaven ikke handler om at etablere uformelle og personafhængige relationer som basis for tværsektorielt samarbejde. Målet er i stedet at understøtte en samarbejdskultur, hvor alle relevante medarbejdere og ledere har mulighed for – og interesse i – at tage et bredere ansvar for det forløb, de er en del af.

2.9.1 Opsummerende

Opsummerende må vi konkludere, at der er en stigende interesse for lederes roller i det tværsektorielle arbejde i sundhedsvæsenet, men at der mangler både empirisk viden og teoretiske forståelsesrammer, der skal gøre os klogere på, hvordan ledere på forskellige niveauer reelt kan bidrage til at overkomme de mange barrierer for et succesfuldt samarbejde. Der er en række mere generiske bud på, hvordan ledelse kan gøre en positiv forskel i forhold til fx at løse konflikter, skabe gensidig tillid og italesætte meningen med samarbejdet. Men herudover er feltet i høj grad præget dels af meget teoretisk litteratur, dels af overfladiske kagebogsanvisninger fremfor egentlig viden om, hvordan medarbejdere og ledere bedst kan tackle tværsektorielt samarbejde og partnerskaber i den virkelige verden (Peck & Dickinson 2008). Der mangler eksempelvis viden om, hvordan udfordringer, relateret til dybe interesser og strukturer, kan overkommes (Jones & Thomas 2007).

3 Lederens kompetencer

Vi vil nu vende os mod spørgsmålet om, hvad der ifølge litteraturen kendetegner en god netværksleder eller *boundary spanner*. Hvilke særlige kompetencer har vedkommende? Generelt er dette – som nævnt i kapitlets indledning – et understuderet område, som er præget af få empiriske undersøgelser (Silvia & McGuire 2010). Samtidig er det et spørgsmål, der har optaget den del af litteraturen, der har beskæftiget sig med ledelse.

3.1 Særlige evner og fokus forudsættes

Generelt peges der i litteraturen på, at det kræver særlige – og store – evner at være en god netværksleder eller *boundary spanner*; at det eksempelvis kræver andre personlige kompetencer at bevæge sig fra hierarki til netværksstyring (Agranoff 2011; Goldsmith & Eggers 2004; Klijn & Koppenjan 2004; Videntcenter for Velfærdsledelse 2014; Sørensen 2008; Van Wart 2011). Gustafsson peger på, at "netværksbriller" bør udvikles (Gustafsson 2009; Gustafsson 2007). Samtidig findes synspunktet også, at der ikke er brug for anderledes færdigheder, men at lederen bare har brug for flere af samme evner – det vil sige, det anses for en større udfordring at være en god netværksleder end at være en "almindelig" leder i en hierarkisk struktur (McGuire 2003). En amerikansk undersøgelse viser, at der er forskelle på, hvilke kompetencer ledere primært anvender i relation til egen organisation i forhold til deres netværksledelse. De finder, at netværksledere i højere grad anvender deres *people-oriented* kompetencer, fx i forbindelse med at skabe tillid og lighedsskabende adfærd og at dele lederskab. Omvendt anvender ledere mere tid på *task-oriented* ledelse inden for egen organisation, eksempelvis relateret til at definere opgaver og forventninger til opgaveudførelse (Silvia & McGuire 2010).

3.2 Relationelle kompetencer

Ifølge flere undersøgelser er det særligt relationelle kompetencer, såsom hvordan man skaber tillid og gensidig respekt, samt hvordan man opbygger og sætter mål for netværk, der er vigtige at besidde (Axelsson & Axelsson 2009; Thomson & Perry 2006; Williams 2012; Ernst & Chrobot-Mason 2011; Axelsson & Axelsson 2006; Sullivan, Williams & Jeffares 2012). I samme boldgade er: *know-how on people relationships* (Maddock 2000), *interpersonal skills* (Child & Faulkner 2005) eller *people-oriented behaviors* (Silvia & McGuire 2010). Ledere skal kunne lytte og kommunikere (Williams 2012; Getha-Taylor 2008), og de skal være empatiske (Klijn & Koppenjan 2004). De skal mestre coaching og kunne mediere (Goldsmith & Eggers 2004). Peter Bogason peger i tråd hermed på, at det er vigtigt, at lederen er i stand til at reducere usikkerhed ved at være til rådighed. Han peger på, at netværksledelse forudsætter mere vægt på de personlige egenskaber, herunder de kommunikerende og dialogskabende samt analytiske kompetencer (Bogason 2008).

3.3 Sans for politiske processer

Det er også vigtigt at have sans for politiske processer. Ledere skal være i stand til at aflæse situationer under udvikling, være i stand til at analysere interesser og forstå konflikter og magtkonstellationer (Seemann 1999; Mitchell & Shortell 2000). De skal også mestre diplomati (Klijn & Koppenjan 2004).

3.4 Konflikthåndtering

At have gode evner inden for konflikthåndtering nævner flere som en helt central kompetence (Evans & Killoran 2000; O'Leary & Bingham 2009; Armistead, Pettigrew & Aves 2007; Gustafsson 2009; Gustafsson 2007). Det drejer sig ikke om at evne at styre uden om konflikter men om at fremme og styre produktive konflikter (Brown 1983). Fraværet af konflikter er nemlig ikke i sig selv et positivt tegn, da det kan være et udtryk for, at man går uden om det, der er svært (Roberts 2003; Brown 1983). At gå uden om det, der er svært, er en ledelsesadfærd, der forbindes med negative samarbejdsresultater (Getha-Taylor 2008). Lederen skal nemlig kunne fungere som mægler og procesleder (Gustafsson 2009; Gustafsson 2007). Ledere skal i tråd hermed kunne sætte en dagsorden, være gode til at facilitere beslutninger samt finde frem til fælles løsninger (Williams 2012; Agranoff 2011; Page 2010).

3.5 Forhandling

At være god til at forhandle er en tilsvarende helt central kompetence eller egenskab, der nævnes (Axelsson & Axelsson 2006; Goldsmith & Eggers 2004; Klijn & Koppenjan 2004; Gustafsson 2009; Gustafsson 2007). "*To collaborate is to negotiate*" (Bardach 1998). Forhandling er nemlig en central hovedopgave i interorganisatoriske sammenhænge (Strauss 1982), fordi der jo typisk er mange mål og interesser i spil.

3.6 Forandringsleder

At være en god til at mestre forandringsledelse nævnes også som en vigtig kompetence (Goldsmith & Eggers 2004), således at chefen kan bidrage til at tænke i nye løsninger og facilitere problemløsning. Der argumenteres også for, at ledernes skal kunne skabe og italesætte mening (Bryson & Crosby 2005). I det hele taget peger flere på, at lederen skal kunne facilitere en god kommunikation (Mitchell & Shortell 2000).

3.7 Sans for at skabe rammer for fælles læring

Agranoff peger også på vigtigheden af at kunne indgå i og bidrage til at skabe rammer for fælles læring (Agranoff 2011), hvilket igen passer godt ind i billedet af chefen som faciliterende (Williams 2012). Persson og Westrup peger på, at ledere skal kunne kreere formelle arenaer, hvor der kan finde en dialogorienteret vidensudvikling sted (Persson & Westrup 2009).

3.8 Opsummerende perspektivering om kompetencer

Opsummerende herpå kan man sige, at der altså ikke er tale om kompetencer, der er vældig meget anderledes end de kompetencer, enhver leder af fusioner og andre organisatoriske ændringer ideelt set bør have. Konsekvenserne af manglen på kompetencerne bliver måske bare mere tydelige, når der ikke er en hierarkisk struktur til at bære samarbejdet. Derudover er ledelseskompleksiteten højere, når chefen både skal have fokus på at lede i en hierarkisk struktur og samtidig ud i et netværk. Flere af de nævnte kompetencer er overlappende med dem, Galbraith peger på som centrale for ledere i en matrix-struktur, hvor det også er vigtigt at kunne facilitere på tværs. Det drejer sig især om kompetencer inden for konfliktløsning og evnen til at skabe en kultur, hvor konflikter ikke anses for noget negativt, men snarere som en drivkraft for fælles innovation. Det drejer sig også om at kunne skabe rammer for fælles læring og sætte de rigtige hold, at formå at balancere magt og herunder sikre taletid til alle (Galbraith 2009). De hensigtsmæssige kompetencer for en netværksleder er også overlappende med kompetencerne inden for transformationsledelse (Peck & Dickinson 2008).

4 Kort opsamling og perspektivering

Denne litteraturgennemgang beskriver baggrunden for, at der er kommet øget fokus på tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet. Gennemgangen beskriver de opgaver, det er vigtigt, at ledere løser for at få et succesfuldt tværgående samarbejde, samt litteraturens bud på de dilemmaer, løsninger og krav til lederkompetencer, der følger med et tværgående fokus.

Den overordnede konklusion er, at der er større viden om barrierer og udfordringer end om praktiske erfaringer og anvisninger til de tværsektorielle ledelsesopgaver. Samtidig udgør litteratur om tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet en begrænset del af det omfattende litteraturområde, der beskæftiger sig med ledelse og tværgående samarbejde. Der er således tale om et understuderet område i udvikling.

Vi har identificeret to til dels sammenhængende tilgange til at tænke chefers rolle i det tværgående samarbejde: Henholdsvis netværksledelse og *collaboration/boundary spanners*: Netværksledelsestanken er i højere grad født med et fokus på samarbejde, samordning og synergieffekter end egentlig ledelse. Erfaringerne viser i tråd med dette, at netværk ofte har problemer med at komme fra visioner til konkrete handlinger – og måske derfor er der de seneste år kommet et mere eksplicit fokus på ledelse. Det er karakteristisk, at ledelse i netværkslitteraturen primært beskæftiger sig med horisontale processer, og det er uklart, i hvilket omfang erfaringerne kan overføres til sundhedsvæsenet.

Litteraturen om *collaboration/boundary spanners* er primært international. Her er i højere grad fokus på lederes roller og opgaver med at få tværgående samarbejde til at fungere i hverdagen. Det tværgående lederskab knytter sig bl.a. til at skabe fælles mål og vilje til at indgå i tværgående samarbejde, hvor der er fokus på forløb og sammenhæng fremfor enkelte ydelser. Nøgleord for ledelsesopgaverne handler især om at fremme gensidig tillid, indgå i forhandling og konfliktløsning, samt at etablere konkrete samarbejdsrelationer mellem relevante faggrupper og funktioner. Hovedparten af denne litteratur har dog et generisk sigte frem for et specifikt fokus på, hvad der virker i sundhedsvæsen-sammenhænge.

I forhold til ledernes kompetencer peger litteraturen generelt på, at det er mere udfordrende at være netværksleder, end det er at være traditionel leder. Det dominerende synspunkt er, at der tilføjes en ekstra ledelsesdimension, som skal løses parallelt med de lederopgaver, der kendetegner en traditionel afgrænset og hierarkisk organisation. Dette medfører – ud over den tid der skal sættes af til opgaven – større krav til lederens evne til at læse situationer og aktører, lytte, kommunikere, forhandle, konfliktløse og formidle/oversætte komplekse problemstillinger til medarbejdere og lederkolleger.

4.1 Perspektivering: Store forventninger

It was beyond dispute that integrated care was needed. It had just become a matter of figuring out how to organise and deliver it, given the institutional constraints. (van Raak, Paulus & Mur-Veeman 2005)

Ingen kan være uenige i, at det giver bedre kvalitet for patienter eller borgere, hvis deres forløb på tværs af sektorer hænger sammen på en hensigtsmæssig måde. Om det også er samfundsøkonomisk billigere er mindre entydigt vurderet ud fra litteraturen, dette når man tager i betragtning, hvor store investeringer og ændringer, det kræver. Der er nemlig tale om at skulle skabe løsninger på det, der i litteraturen ofte benævnes *wicked problems*. Det vil sige komplekse udfordringer, som det er svært at løse. Det er ud fra litteraturen også tydeligt, at der skal mere ledelsesinvolvering til, hvis ændringerne skal gennemføres.

Det, der er mindre godt beskrevet, er, hvad det er, lederne på det konkrete plan skal gøre. Der er mange beskrivelser af, at lederne skal være visionære, tillidsskabende, konfliktløsende, risikovillige og gode forandringsledere. Set i forhold til de velbeskrevne barrierer, hvor det ikke kun er holdninger og kulturer men også institutionelle, økonomiske og lovgivningsmæssige forhold, der fylder, er der sat spørgsmålstegn ved, om en bedre ledelsesstil alene vil kunne løse udfordringerne.

Der er i dag et stort normativt og politisk pres for bedre samarbejde og koordination, og det fører til en del handlinger og lokale forsøg såvel i Danmark som i en række andre lande. Forsøg og politiske målsætninger er dog ofte omgærdet ikke kun af håb men også overoptimisme frem for baseret på realistisk viden og realistiske implementeringsmodeller (Peck & Dickinson 2008; Hudson et al. 1999; Stern & Green 2005). Samtidig har de mange barrierer ofte givet anledning til alt andet end optimisme. Tværsektorielt samarbejde har altså også været omgærdet af skepsis (Thomson & Perry 2006) og det er svært at finde evidens for, at samarbejdsindsatser fører til bedre *outcome* for patienter (Peck & Dickinson 2008; Dowling, Powell & Glendinning 2004; Dickinson 2008; Glasby & Dickinson 2008).

Det, der stadig udestår, er bedre viden om, hvordan chefer og andre ledere på den mest realistiske og tidsbesparende måde kan skabe de nødvendige ændringer inden for de eksisterende rammer. Enten det eller viden om, hvordan rammerne med fordel kunne ændres for at understøtte tværsektorielt samarbejde og koordination. I modsat fald kan tværfaglig samordning og samarbejde ende med at være endnu en opgave, der via stor og diffus mødeaktivitet mest af alt tager tid fra kerneopgaverne, og ledelse af kerneopgaverne.

Litteraturliste

- Abbott, A. 1988, *The system of professions*, University of Chicago Press, Chicago.
- Agranoff, R. 2011, "Collaborative public agencies in the network era" in *The state of public administration. Issues, challenges and opportunities*, eds. D.C. Menzel & H.L. White, M.E. Sharpe, New York, pp. 272-296.
- Agranoff, R. & McGuire, M. 2001, "Big questions in public network management research", *Journal of Public Administration Research and Theory.*, vol. 11, no. 3, pp. 295-326.
- Alban, A., Hansen, E.B. & Christensen, U. 1988, *Opgave-glidning mellem sygehuse og kommuner (DSI rapport 88.05)*, Dansk Sygehusinstitut; Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut, København.
- Alter, C. & Hage, J. 1993, *Organizations working together*, Sage, Newbury Park.
- Amtsrådsforeningen & Sundhedsfagligt Forum 2004, *Sammenhæng i søgelyset: Sundhedsvæsenet til debat*, Amtsrådsforeningen; Sundhedsfagligt Forum, København.
- Armistead, C., Pettigrew, P. & Aves, S. 2007, "Exploring leadership in multi-sectoral partnerships", *Leadership*, vol. 3, no. 2, pp. 211-231.
- Asthana, S., Richardson, S. & Halliday, J. 2002, "Partnership working in public policy provision: A framework for evaluation", *Social Policy & Administration*, vol. 36, no. 7, pp. 780-795.
- Audit Commission 2005, *Governing partnerships: Bridging the accountability gap*, Audit Commission, London.
- Axelsson, R. & Axelsson, S.B. 2007, "Samverkan och folkhälsa - begrepp, teorier och praktisk tillämpning" i: *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*, eds. R. Axelsson & S.B. Axelsson, Studentlitteratur, Lund, pp. 11-31.
- Axelsson, R. & Axelsson, S.B. 2006, "Integration and collaboration in public health - a conceptual framework", *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 21, pp. 75-88.
- Axelsson, S.B. & Axelsson, R. 2009, "From Territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership", *Journal of Interprofessional Care*, vol. 23, no. 4, pp. 320-330.
- Bardach, E. 1998, *Getting agencies to work together. The practice and theory of managerial craftsmanship*, Brookings Institution Press, Washington, D.C.
- Bogason, P. 2008, "Ustyrlige borgere og stærke organisationer: en udfordring til kommunal ledelse" i: *Ledelse efter kommunalreformen : sådan tackles de nye udfordringer*, ed. J. Torfing, 1. udg., DJØF, København.
- Borins, S. 2002, "Leadership and innovation in the public sector", *Leadership & Organization Development Journal*, vol. 23, no. 8, pp. 467-476.
- Brown, D.L. 1983, *Managing Conflict at Organizational Interfaces*, Addison-Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts.

- Bryson, J.M. & Crosby, B.C. 2005, *Leadership for the common good. Tackling public problems in a shared-power world*, 2nd edn, Jossey Bass, San Francisco.
- Bryson, J.M. & Crosby, B.C. 1992, *Leadership for the common good. Tackling public problems in a shared-power world*, 1st edn, Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Buch, M.S., Holm-Petersen, C. & Hansen, E.B. 2013, *Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og type-2 diabetes .Evaluering af programmernes implementering i udførende led*. KORA, København.
- Buch, M.S. 2012, *Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. Erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om udvikling af forløbskoordination på kronikerområdet*, Dansk Sundhedsinstitut, København.
- Byrkjeflot, H. & Guldbrandsøy, K. 2013, "Både hierarkisk styring og nettverk. En studie av utviklingen i styringen af norske sykehus", *Tidsskrift for samfunnsforskning*, vol. 54, no. 4, pp. 463-491.
- Carnwell, R. & Buchanan, J. (eds) 2005, *Effective practice in health and social care: A partnership approach*, Maidenhead, Open University Press.
- Child, J. & Faulkner, D. 2005, *Cooperative strategy*, Oxford University Press, Oxford.
- Clarke, N. 2005, "Transorganization development for network building", *The Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 41, no. 1, pp. 30-46.
- Damsgaard, E.M. & Graversen, H.P. 2005, "Fra ydelses- til forløbsorienteret ledelse. Fra fortid til fremtid." in *Læge og leder*, eds. A. Frøland, S.F. Nielsen, A. Christensen & M.K. Hansen, Munksgaard, København, pp. 30-41.
- Danske Regioner 2012, *Det hele sundhedsvæsen*, Danske Regioner, København.
- Deloitte 2010, *Undersøgelse af rammer for ledelse og arbejdstilrettelæggelse i den offentlige sektor. Udarbejdet for Lønkommissionen*, Deloitte Business Consulting, København.
- Denis, J., Lamothe, L., Langley, A. & Valette, A. 1999, "The struggle to redefine boundaries in the health care systems" in *Restructuring the professional organization. Accounting, health care and law*, eds. D. Brock, M. Powell & C.R. Hinings, Routledge, London, pp. 105-130.
- Dickinson, H. 2008, *Evaluating outcomes in health and social care*, The Polity Press, Bristol.
- Dinesen, B., Seemann, J. & Gustafsson, J. 2011, "Development of a program for tele-rehabilitation of COPD patients across sectors: co-innovation in a network", *International Journal of Integrated Care*, vol. 11, Jan; 11:e012, Epub 2011 Mar 29.
- Dowling, B., Powell, M. & Glendinning, C. 2004, "Conceptualising succesful partnerships", *Health and Social Care in the Community*, vol. 12, no. 4, pp. 309-317.
- Ernst, C. & Chrobot-Mason, D. 2011, *Boundary spanning leadership. Six practices for solving problems, driving innovation, and transforming organizations*, McGraw Hill, New York.
- Evans, D. & Killoran, A. 2000, "Tackling health inequalities through partnership working: Learning from a realistic evaluation", *Critical Public Health*, vol. 10, no. 2, pp. 125-140.

- Forss, B.B. 2007, "Må bra på äldre dar - ett hälsofrämjande samverkansprojekt" i: *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*, eds. R. Axelsson & S.B. Axelsson, Studentlitteratur, Lund, pp. 203-225.
- Fosse, E. 2007, "Interprofessionell och intersektoriell samverkan i hälsofrämjande arbete" i: *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*, eds. R. Axelsson & S.B. Axelsson, Studentlitteratur, Lund, pp. 123-142.
- Galbraith, J.R. 2009, *Designing matrix organizations that actually work. How IBM, Procter & Gamble, and others design for success*, Jossey-Bass, San Fransisco.
- Getha-Taylor, H. 2008, "Identifying collaborative competencies", *Review of Public Personnel Administration*, vol. 28, pp. 103-119.
- Gittell, J.H. 2009, *High Performance Healthcare*, McGraw-Hill, New York.
- Glasby, J. & Dickinson, H. 2008, *Partnership working in health and social care*, The Polity Press, Bristol.
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. 2001a, "Managing the care of health and the cure of disease--Part I: Differentiation", *Health care management review*, vol. 26, no. 1, pp. 56-69; discussion 87-9.
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. 2001b, "Managing the care of health and the cure of disease--Part II: Integration", *Health care management review*, vol. 26, no. 1, pp. 70-84; discussion 87-9.
- Goldsmith, S. & Eggers, W.D. 2004, *Governing by network. The new shape of the public sector*, Brookings Institution Press, Washington, D.C.
- Gustafsson, J. 2009, *Netværksledelse i offentlige organisationer. Working paper*, Aalborg Universitet, Aalborg.
- Gustafsson, J. 2007, "Ledarskap i interorganisatoriska nätverk för folkhälsa och välfärd" i: *Interprofessionell och intersektoriell samverkan i hälsofrämjande arbete*, eds. R. Axelsson & S.B. Axelsson, Studentlitteratur, Lund, pp. 61-86.
- Gustafsson, J. & Seemann, J. 1985, *Små institutioner i store systemer - tilpasning og påvirkning*, ALFUFF, Aalborg Universitet, Aalborg.
- Hardy, B., Mur-Veemanu, I., Steenbergen, M. & Wistow, G. 1999, "Inter-agency services in England and The Netherlands - A comparative study of integrated care development and delivery", *Health Policy*, vol. 48, no. 2, pp. 87-107.
- Harpur, S. 2012, "Leadership collaboration during health reform: an action learning approach with an interagency group of executives in Tasmania", *Australian Health Review*, vol. 36, no. 2, pp. 136-139.
- Haugland, S.A. 1996, *Samarbeid, allianser og nettverk*, Tano Aschehoug.
- Herranz, J. 2007, "The Multisectoral Trilemma of Network Management", *Journal of Public Administration Research and theory*, vol. 18, no. 1, pp. 1-31.
- Højlund, H. 2011, "Samordning gennem samarbejde", *Politica. Tidsskrift for politisk viden-skab*, vol. 43, no. 3, pp. 371-395.

- Højlund, H. & Knudsen, M. 2008, "Den multikoblede offentlige sektor" i: *Genopfindelsen af den offentlige sektor, Ledelsesudfordringer i reformernes tegn*, eds. D. Pedersen, C. Greve & H. Højlund, Børsen, København, pp. 257-278.
- Holm-Petersen, C. 2007, *Stolthed og fordom. Kultur- og identitetsarbejde ved skabelsen af en ny sengeafdeling gennem fusion*, Copenhagen Business School, København.
- Holm-Petersen, C. & Buch, M.S. 2012, *Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland. Status på den foreløbige implementering*, Dansk Sundhedsinstitut, København.
- Hudson, B., Hardy, B., Henwood, M. & Wistow, G. 1999, "In pursuit of inter-agency collaboration in the public sector", *Public Management*, vol. 1, no. 2, pp. 235-260.
- Huxham, C. & Vangen, S. 2000, "Leadership in the shaping and implementation of collaboration agendas: How things happen in a (not quite) joined-up world", *Academy of Management Journal*, vol. 43, no. 6, pp. 1159-1175.
- Huxham, C. 1996, *Creating collaborative advantage*, SAGE, London.
- Implement Consulting Group 2011, *Status for arbejdet med sundhedsaftalerne og eksempler på løsninger. Evaluering af sundhedsaftalerne*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Implement Consulting Group 2010, *Evaluering af Sundhedsaftalerne - opfølgning og indikatorer (for Sundhedsstyrelsen)*, Implement Consulting Group, Hørsholm.
- Jespersen, P.K. 2005, *Mellem profession og management*, Handelshøjskolens Forlag, København.
- Jespersen, P.K. 1996, *Bureaukratiet - magt og effektivitet*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København.
- Johansen, K.S., Larsen, J. & Nielsen, A. 2012, *Tværasektorielt samarbejde i psykiatrien. Videns- og erfaringsopsamling*, KORA, København.
- Johansson, R. 1997, *Organisationer emellan - om förhandlingar, makt och handlingsutrymme*, Studentlitteratur, Lund.
- Jones, N. & Thomas, P. 2007, "Inter-organizational collaboration and partnerships in health and social care. The role of social software", *Public Policy and Administration*, vol. 22, no. 3, pp. 289-302.
- Jones, N., Thomas, P. & Rud, L. 2004, "Collaboration for Mental Health Services in Wales: A Process Evaluation", *Public Administration*, vol. 82, no. 1, pp. 109-121.
- Kickert, W.J.M., Klijn, E.H. & Koppenjan, J.F.M. (eds) 1997, *Managing complex networks. Strategies for the public sector*, SAGE, London.
- Kihlström, A. & Wikström, E. 2008, "Towards network and citizen: collaborative care for drug abusers", *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 24, pp. 233-250.
- Klijn, E.H. & Koppenjan, J.F.M. 2004, *Managing uncertainties in networks. A network approach to problem solving and decision making*, Routledge, London.

- Kodner, D. & Spreeuwenberg, C. 2002, "Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper", *International Journal of Integrated Care*, vol. 2, no. 14, pp. 1-6.
- Kommunernes Landsforening 2012, *Det nære sundhedsvæsen*, Kommunernes Landsforening, København.
- Lindberg, K. 2002, *Kopplandets kraft. Omorganisering mellan organisationer*, Bokförlaget BAS, Göteborg.
- Löfström, C. 2007, "Samverkan kring äldres vård och omsorg - två försöksverksamheter " i: *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*, eds. R. Axelsson & S.B. Axelsson, Studentlitteratur, Lund, pp. 245-263.
- Maddock, S. 2000, "Managing the development of partnerships in health action zones", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 13, no. 2, pp. 65-73.
- Mainz, J. 1996, *Problemidentifikation og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet*, Munksgaard, København.
- Mainz, J., Christensen, K.A. & Kristensen, E. 1997, "Kommunikationen mellem primær- og sekundærsektoren og dens betydning for patientforløbet", *Ugeskrift for Læger*, vol. 159, no. 48, pp. 7141-7145.
- McGuire, M. 2003, "Is it really so strange? A critical look at the "network management is different from hierarchical management" perspective", *Presented at the Seventh National Public Management Research Conference, Washington, D.C., October 9-11*.
- Meyer, J.W. & Rowan, B. 1977, "Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony", *American Journal of Sociology*, vol. 83, no. 2, pp. 340-363.
- Milward, H.B. & Provan, K.G. 2000, "Governing the hollow state", *Journal of Public Administration Research and theory*, vol. 10, pp. 359-379.
- Mitchell, S. & Shortell, S.M. 2000, *The Milbank Quarterly*, vol. 78, no. 2, pp. 241-289.
- Newman, J. 2000, "Beyond the new public management? Modernising public services" in *New managerialism, new welfare?*, eds. J. Clarke, S. Gewirtz & E. McLaughlin, SAGE, London, pp. 45-61.
- Nielsen, A.J. 2011, "Koordinative praksisser og performative redskaber: I fodsporene på de nye sundhedsaftaler" i: *Offentlig Styring som pluracentrisk koordination*, eds. E. Sørensen, K. Sehested & A. Reff, Jurist- og økonomiforundets forlag, København, pp. 129-147.
- Obholzer, A. & Roberts, V.Z. (eds) 2003, *Det ubevidste på arbejde. Fra arbejdspress til arbejdsglæde*, Psykologisk Forlag, Virum.
- O'Leary, R. & Bingham, L.B. 2009, *The collaborative public manager*, Georgetown University Press, Washington, D.C.
- O'Toole, L.J. 2007, "Interorganizational relations in implementation" in *The Handbook of Public Administration*, eds. B.G. Peters & J. Pierre, SAGE, London, pp. 142-152.
- O'Toole, L.J. 1997, "Treating networks seriously: Practical and research based agendas in public administration", *Public Administration Review*, vol. 57, no. 1, pp. 45-52.

- Page, S. 2010, "Integrative leadership for collaborative governance", *The Leadership Quarterly*, vol. 21, pp. 246-263.
- Peck, E. & Dickinson, H. 2008, *Managing and leading in inter-agency settings*, The Polity Press, Bristol.
- Peck, E., Gulliver, P. & Towell, D. 2002, "Governance of partnership between health and social services: the experience in Somerset", *Health Care in the Community*, vol. 10, no. 5, pp. 331-338.
- Pedersen, D. 2008, "Strukturreformens styringspolitik - en overskridende dynamik" i: *Genopfindelsen af den offentlige sektor. Ledelsesudfordringer i reformernes tegn*, eds. D. Pedersen, C. Greve & H. Højlund, Børsen, København, pp. 23-49.
- Persson, J. & Westrup, U. 2009, "Fragmented structures and vertical control systems: The Swedish experience of resource utilization in human services", *International Journal of Public Sector Management*, vol. 22, no. 5, pp. 400-409.
- Pierre, J. & Peters, B.G. 2005, *Governing complex societies: Trajectories and scenarios*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Pierre, J. & Peters, B.G. 2000, *Governance, politics and the state*, St. Martin's Press, Inc., New York.
- Provan, K.G. & Kenis, P. 2007, *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 18, pp. 229-252.
- Regeringen 2013, *Mere borger, mindre patient. Et stærkt fælles sundhedsvæsen*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.
- Roberts, V.Z. 2003, "Konflikt og samarbejde. At håndtere intergrupperelationer" i: *Det ubevidste på arbejde. Fra arbejdspress til arbejdsglæde*, eds. A. Obholzer & V.Z. Roberts, Psykologisk Forlag, Virum, pp. 267-279.
- Rogers, D.L. & Whetten, D.A. 1982, *Interorganizational coordination. Theory, research, and implementation*, Iowa State University Press, Ames.
- Seemann, J. 1996, *Når organisationer skal samarbejde. Distriktpsykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer*, Munksgaard, København.
- Seemann, J. 2008, *Om grænsefladers organisering (i Bladet Socialpsykiatri, nr. 5 - Tema: På tværs af sektorer)*. Fås: <http://www.servicestyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/udgivelser/bladet/2008/nr.-5-tema-pa-tvaers-af-sektorer/om-graensefladers-organisering>.
- Seemann, J. 1999, "Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk" i: *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*, eds. E. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdottir & K.S. Andersson, Handelshøjskolens Forlag, København.
- Seemann, J. & Antoft, R. 2002, *Shared care - samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus (FLOS Forskningsrapporter nr. 3)*, FLOS - Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet, København.
- Seemann, J., Gustafsson, J. & Dinesen, B. 2011, *Interorganisatoriske ledelsesudfordringer: Afsæt i erfaringer fra TELEKAT (Det Danske Ledelsesakademis konference 2011: Behov for ny ledelse?)*, Det Danske Ledelsesakademi, CBS, Frederiksberg.

- Seemann, J., Rasmussen, H.V.N. & Ærthøj, J.P. 2012, "Sygehusenes truende selvtilstrækkelighed. Ude af min silo - ude af mit sind" i: *Sund ledelse. 19 bud på god sygehusledelse* Danske Regioner; Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet, København, pp. 62-73.
- Sehested, K. 2008, "Nye lederroller til institutionsledere i kommunerne" i: *Ledelse efter kommunalreformen - sådan tackles de nye udfordringer*, ed. J. Torfing, 1. udg., DJØF, København, pp. 63-84.
- Sehested, K. 2003, "Kommunale ledere mellem profession og management" i: *Roller der rykker. Politikere og administratorer mellem hierarki og netværk*, eds. B. Jæger & E. Sørensen, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, pp. 187-215.
- Silvia, C. & McGuire, M. 2010, "Leading public sector networks: An empirical examination of integrative leadership behaviors", *The Leadership Quarterly*, vol. 21, no. 2, pp. 264-277.
- Skogstad, W. 2000, "Working in a world of bodies. A medical ward" in *Observing organizations. Anxiety, defence, and culture in health care*, eds. R.D. Hinshelwood & W. Skogstad, Routledge, London, pp. 101-121.
- Socialstyrelsen 2003, *Samarbejde mellem amt og kommune - om genoptræning af ældre*, Socialstyrelsen, København.
- Socialstyrelsen 1988, *Borgeren mellem kommune og sygehus*, Socialstyrelsen, København.
- Sørensen, E. 2008, "Institutionsledere mellem politik og administration" in *Ledelse efter kommunalreformen - sådan tackles de nye udfordringer*, ed. J. Torfing, 1. udg., DJØF, København, pp. 43-61.
- Sørensen, E. & Torfing, J. 2005, *Netværksstyring - fra government til governance*, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.
- Stern, R. & Green, J. 2005, "Boundary workers and the management of frustration: a case study of two Healthy Cities partnerships", *Health Promotion International*, vol. 20, pp. 269-276.
- Strauss, A. 1982, "Interorganizational negotiation", *Urban Life*, vol. 11, no. 3, pp. 350-367.
- Sullivan, H., Williams, P. & Jeffares, S. 2012, "Leadership for collaboration. Situated agency in practice", *Public Management Review*, vol. 14, no. 1, pp. 41-66.
- Sundhedsministeriet 1994, *Mellem to stole. Temaoplæg om genoptræning og de dermed forbundne pleje- og omsorgsopgaver*, Sundhedsministeriet, København.
- Sundhedsstyrelsen 2011, *Evaluering af sundhedsaftalerne - sammenfatning og perspektivering*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Swensen, S., Pugh, M., McMullan, C. & Kabcenell, A. 2013, *High Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs. IHI White Paper*, Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.
- Thomson, A.M. & Perry, J.L. 2006, "Collaboration processes: Inside the black box", *Public Administration Review*, vol. 66, no. Special Issue: Collaborative Public Management, pp. 20-32.

- Toft, O.N.M. 2013, *KL og regioner: Nye sundhedsaftaler er født uden sværds slag (Altinget Sundhed)*. Hentet på: <http://www.altinget.dk/sundhed/artikel/kl-og-regioner-nye-sundhedsaftaler-er-foedt-uden-svaerds slag> [2013, 18/12].
- van Raak, A., Paulus, A. & Mur-Veeman, I. 2005, "Why do health and social care providers co-operate?", *Health Policy*, vol. 74, pp. 13-23.
- Van Wart, M. 2011, "Changing dynamics of administrative leadership" in *The state of public administration. Issues, challenges and oppotunities*, eds. D.C. Menzel & H.L. White, M.E. Sharpe, New York, pp. 89-107.
- van Wijngaarden, J.D.H., de Bont, A.A. & Huijsman, R. 2006, "Learning to cross boundaries: The integration of a health network to deliver seamless care", *Health Policy*, vol. 79, pp. 203-213.
- Videncenter for Velfærdsledelse 2014, *Brobyggerne. Erfaringer fra ti projekter om ledelse af fremtidens velfærd*, Videncenter for Velfærdsledelse, København.
- Vinge, S. & Mogensen, T. 2012, "Det usammenhængende sygehusvæsen under behandling" i: *Sund ledelse. 19 bud på god sygehusledelse.*, eds. Danske Regioner & Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet, Danske Regioner & Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet, København, pp. 74-83.
- Vinge, S. & Kjellberg, J. 2009, "Kommuner får pisk, mens almen praksis og sygehuse får gulerødder" i: *Skammekrogen, debatbog om ældre medicinske patienter*, ed. M. Vestergaard, Dagens Medicin Bøger, København, pp. 113-128.
- Vinge, S. & Strandberg-Larsen, M. 2010, "Kontinuitet og koordination i sundhedsvæsenet", *Ugeskrift for Læger*, vol. 172, no. 10, pp. 775-777.
- Vrangbæk, K. 2003, "Vilkår for sygehusledelse - ekstern kontrol og handlerum" i: *Ledelse i sygehusvæsenet*, ed. F. Borum, Handelshøjskolens Forlag, København, pp. 27-66.
- Weiss, E.S., Anderson, R.M. & Lasker, R.D. 2002, "Making the most of collaboration: Exploring the relationship between partnership synergy and partnership functioning", *Health Education and Behaviour*, vol. 29, no. 6, pp. 683-698.
- Wikström, E. 2001, "Produktiv og reproduktiv kommunikation i gränsöverskridande samverkansprojekt", *kommunal ekonomi och politik*, vol. 5, no. 2, pp. 91-105.
- Williams, P. 2012, *Collaboration in public policy and practice. Perspectives on boundary spanners*, The Polity Press, Bristol.
- Wise, C.R. 2006, "Organizing for homeland security", *Public Administration Review*, vol. 62, no. 2, pp. 131-144.

Bilag 1 Litteratursøgningsstrategi

Der er i perioden august-december 2013 gennemført en litteratursøgning dels via snedboldmetoden, da der ikke er en database, der samler alle relevante publikationer, dels ved at søge målrettet i følgende medier:

PubMed:

("Organization and Administration"[Mesh] AND "Health Care Sector"[Mesh]) AND "Across sectors"[Fritekst]: 10 fund

"Cooperative Behavior"[Mesh] AND "Across sectors"[Fritekst]: 63 fund

("Interinstitutional Relations"[Mesh]) AND "Leadership"[Mesh]: 390 fund (gennemset 67 fund med tidsbegrænsning: 5 år, men ingen relevante)

Sociological Abstract:

(Leadership OR Management OR Governance)[Keywords] AND (Across sectors OR Cross sectorial)[In title]: 4 fund

(Leadership OR Management OR Governance)[Keywords] AND (Across sectors OR Cross sectorial)[In abstract] AND (Source type: Reports, Scholarly Journals. Language: Danish, English, Norwegian, Swedish): 131 fund gennemset, 2 artikler valgt, 4 gengangere fra tidligere søgning

"Managing across sectors" [Fritekst]: 40 fund

"Integrative leadership"[Fritekst]: 16 fund

"Leadership across sectors"[Fritekst]: 72 fund

Det Adm. Bibliotek:

Søgning på tværs i: Udenlandske artikler og E-bøger:

"Leadership across sectors": 12 fund

"Managing across sectors": 11 fund

"Integrative leadership": 168 fund, heriblandt: Temanummer fra The Leadership Quarterly 2010 om "Integrative leadership": Alle artikler fra nummeret downloadet.

Netpunkt:

Emne=Ledelse OG Tværsektoriel[Fritekst]: 0 fund

"Tværsektoriel ledelse"[Fritekst]: 0 fund

"Ledelse på tværs" [Fritekst]: 4 fund

KORA-basen:

Tværasektoriel *OG ledelse*: 2 fund

Ord i titel: Across sector* ELLER Leadership across: 0 fund

Google Scholar: de første 5 sider gennemset

"Managing across sectors"

"Cross-sector collaborations"

Google: de første 5 sider gennemset

"Tværasektoriel ledelse"

"Managing across sectors"

"Ledelse på tværs af grænser og sektorer"

"Cross-sector collaborations" AND Leadership

"Boundary spanning leadership"

Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen:

Tværasektoriel ledelse

Leading Capacity Aps:

Ledelse *OG sundhedsvæsen

Ord i titel: Tværasektoriel*: 1 fund

Emerald ManagementXtra:

(Leadership AND Healthcare AND Cross sectorial OR Across Sectors)

Business Source Complete:

(Leadership AND Healthcare AND Cross sectorial OR Across Sectors): 3 fund

(Continuity of care AND Cross sectorial OR Across Sectors AND Leadership OR Management): 0 fund

Afgrænsning:

Vi har ikke medtaget litteratur, der omhandler tværfaglig ledelse, som ikke går på tværs af regional og kommunal sektor.

Ledelsesteoretisk litteratur er sorteret fra, hvis den ikke tager udgangspunkt i konkrete eksempler eller cases, og hvis den ikke omhandler ledelse i sundhedsvæsenet eller i den offentlige sektor.



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

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00