

LEDELSE OVER GRÆNSER

ERFARINGER MED TVÆRSEKTORIEL LEDELSE I SUNDHEDSVÆSENET



VÆKSTHUS FOR LEDELSE

INDHOLD

Forord	3
En vanskelig rejse	4
Erfaringer fra fire samarbejder	7
Når samarbejdet lykkes ...	8
Samarbejdets syv plager	14
Chefopgaver og -kompetencer	18
Strukturelle barrierer for samarbejdet	24
Eftertanker til topledelsen	29
De fire cases kort fortalt	30
Læs mere om tværsektoriel ledelse	34



FORORD

Sundhedsvæsenet gennemgår i disse år store forandringer, som påvirker samspillet mellem regioner og kommuner – og derfor også ledelsesopgaven i begge sektorer. Det gælder blandt andet:

- At flere patienter udredes og behandles på sygehusene og har efterfølgende – eller sideløbende – brug for behandling, pleje og rehabilitering i det kommunale sundhedsvæsen.
- At stærkere faglig specialisering øger koordinationsbehovet omkring det enkelte patientforløb.
- At stadig flere patienter har flere sygdomme, hvilket øger behovet for at koordinere og lede indsatsen på tværs af sideløbende behandlingsforløb.

Alt dette indgår i den sundhedspolitiske dialog mellem stat, regioner og kommuner om sundhedsvæsenets udvikling. Afgørende for et vellykket samspil på tværs af sektorer er imidlertid, at ledere begge steder formår at føre de politiske visioner om et mere sammenhængende sundhedsvæsen ud i livet.

Det er baggrunden for projektet Tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet, hvis resultater fremlægges i denne publikation.

Projektets og publikationens vigtigste formål er dels at styrke refleksion og dialog om forudsætningerne for det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet, dels at klæde chefer i begge sektorer bedre på til at indlede, gennemføre og følge op på den slags samarbejde. Derfor forsøger projektet:

- At identificere samarbejdets vilkår og hovedudfordringer.
- At indkredse de vigtigste ledelsesopgaver og -kompetencer.
- At formidle inspirerende eksempler på og metoder til god samarbejdspraksis.

Publikationen er især skrevet til chefer, dvs. ledere af andre ledere, som er ansvarlige for samarbejdet om tværgående patientforløb. I regionerne kan det være ledende overlæger/oversygeplejersker mv., i kommunerne gælder det fx chefer på ældre- og sundhedsområdet.

Den politiske og administrative topledelse i begge sektorer kan med fordel læse med. For de er i høj grad med til at fastlægge chefernes ledelsesrum og herunder også rammerne for det tværsektorielle samarbejde.

Projektet sammenfatter de ledelsesmæssige erfaringer fra fire cases, hvor samarbejdet mellem sektorerne på forhånd er vurderet som værdifuldt, og hvor chefniveauet spiller en central rolle.

Væksthus for Ledelse er et samarbejde mellem KL, Danske Regioner og Forhandlingsfællesskabet om at udvikle og synliggøre god ledelse i kommuner og regioner.

Væksthus for Ledelse

Sine Sunesen, KL
Formand

Bodil Otto, Forhandlingsfællesskabet
Næstformand

Signe Friberg Nielsen, Danske Regioner
Bestyrelsesmedlem

EN VANSKELIG REJSE

Tværasektorielt samarbejde om patientforløbene har stået på den sundhedspolitiske dagsorden og ønskeseddel i flere årtier. Der er sket en del på området i kommuner og regioner, men der er stadig langt til målet og mange forhindringer undervejs, viser en gennemgang af eksisterende forskning og analyser.

En nærmest umulig opgave. Det indtryk kan man let få, når man læser de sidste 20 års mange analyser af forsøget på at samordne sundhedsvæsenets indsats på tværs af organisatoriske grænser. Behovet for at få det hele sundhedsvæsen til at spille mere effektivt sammen har været let at få øje på. Det samme har de mange barrierer for at lykkes med det i praksis:

- **Komplekse samarbejdsrelationer:** Mængden af samarbejdsrelationer i sundhedsvæsenet er enorm – alene internt i hver enkelt sektor. Når sektorerne derudover skal koordinere indsatsen indbyrdes, risikerer kompleksiteten at blive u håndterlig eller ligefrem få negative konsekvenser.
- **Modstridende mål og interesser:** På tværs af de to sektorer kan der være faggrupper og enheder med konfliktende faglige og organisatoriske mål og strategier. Det kan gøre samordningen mere til en kamp imellem end en praktisk koordinering af forskellige interesser.
- **Skæve økonomiske incitamenter:** I hver sektor er de enkelte enheder ofte stramt styret ud fra en optimering af egen drift. Incitamenter og styringssystemer understøtter sjældent ledelse af tværasektorielle opgaver eller investering i langsigtede samarbejdsrelationer.
- **Silotænkning og enhedsegoisme:** Traditionelt er sundhedsvæsenet organiseret og ledet i lodrette søjler med begrænset ansvar for eller interesse i, hvad der foregår på tværs af enhederne. Fraværet af en fælles målsætning kan let gøre forsøg på samarbejde ineffektive og bureaukratiske.
- **Kulturforskelle og fagkonflikter:** Parterne i tværgående patientforløb repræsenterer typisk forskellige organisations- og fagkulturer, og det kan vanskeliggøre kommu-

nikation, koordination og samordning. Skellet kan fx gå mellem hospitalets fokus på specialiseret behandling og en bredere kommunal indsats for rehabilitering i hverdagen.

- **Strukturelle barrierer:** Også i sundhedssektorens styringsmæssige fundament findes der udfordringer for det tværgående samarbejde. Det kan være konfliktende hensyn i henholdsvis sundheds- og sociallovgivningen og de praktiserende lægers status som selvstændige erhvervsdrivende. Men også generel lovgivning som fx persondataloven, der gør det sværere at dele patientdata med andre parter.

Derimod er der forsket meget lidt i en af de vigtige forudsætninger for alligevel at få det tværgående samarbejde til at fungere: ledelsens opgave med dels at fjerne barrierer i de respektive systemer, dels at opbygge og lede en kultur for at samarbejde over grænser.

Hvor chefer ej tør træde

To erfarne iagttagere af det danske sundhedsvæsen, sundhedschef i Gladsaxe Kommune, Sidsel Vinge, og lægelig direktør på Hvidovre Hospital, Torben Mogensen, har i en antologi om ledelse i sundhedsvæsenet stillet en skarp fælles diagnose:

"De seneste års mange sporadiske forsøg på at lappe systemet med diverse sammenhængsmedarbejdere uden beføjelser er i bedste fald velment, men i værste fald en grov forsømmelse af det ledelsesmæssige ansvar. Der er brug for et langt mere forpligtende og rettighedshavende lederskab på tværs af sektorer."

De seks nævnte barrierer slår nemlig på forskellig vis også igennem på ledelsesniveau og gør cheferne mindre tilbøjelige til at gå i spidsen for tværasektorielle indsatser.

Dels havner cheferne let i en rollekonflikt mellem at være leder i en hierarkisk organisation og for et tværgående netværk. Det kan være svært at træffe beslutninger, der udfordrer ens egen enhed og eget system, medmindre der er meget stærkt fokus fra politikere eller topledelse på de tværgående målsætninger.

Dels repræsenterer cheferne i sundhedssektoren ofte forskellige professioner, som har hvert deres faglige revir at vogte. Det kan betyde, at hver profession er mere optaget af at synliggøre eget bidrag til et tværsektorielt samarbejde end af at maksimere synergien og de fælles resultater.

Det har blandt andet ført til, at konkrete tiltag til samarbejde i høj grad har været præget og drevet af ildsjæle. Det har den indbyggede svaghed, at samarbejdet risikerer at forvitte, i takt med at ildsjælene brænder op eller søger væk. Samtidig kan ledelsestomrummet medføre, at der ikke bliver foretaget de ændringer i organisation og styring, der er nødvendige for at gøre samarbejdsprojekter langtidsholdbare.

Nyt fokus på det tværsektorielle

Trods både strukturelle og kulturelle barrierer er der de sidste 5-10 år sket et vist fokusskifte i sundhedsvæsenet i retning af mere tværgående samarbejde. Dels har der fra nationalt politisk hold været stærke signaler om betydningen af sammenhæng i patientforløbene. Dels har styrings- og ledelsestænkningen i hele den offentlige sektor været med til at ændre traditionelle fagprofessionelle lederroller i retning af helhedssyn, samarbejde og netværksdannelse.

Arbejdet med sundhedsaftaler, forløbsprogrammer etc. betyder, at der i dag er opbygget et vidtforgrenet aftalekompleks med tilhørende beslutnings- og ledelsesfora. Den generelle vurdering i flere evalueringer er, at både sundhedsaftaler og forløbsprogrammer har haft positiv betydning for det tværsektorielle samarbejde. Samtidig er der tegn på, at de centrale aftaleparter i sundhedssektoren bevæger sig i retning af større konsensus om de vigtigste problemer i det tværsektorielle samarbejde, og hvordan de skal løses.

På den anden side ændrer sundhedsaftaler, forløbsprogrammer og de spirende eksempler på lokal netværksstyring ikke afgørende på de nævnte økonomiske, administrative, politiske og kulturelle barrierer for et mere sammenhængende sundhedsvæsen. Dette afspejles også i gennemførte evalueringer, der blandt andet peger på mangelfuld implementering og ledelse af det tværsektorielle samarbejde.

Forskning i tværsektoriel ledelse

Der er udgivet en selvstændig rapport, der giver et overblik over den eksisterende litteratur om tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet. Pointerne herfra er kun gengivet kort i denne publikation, hvor hovedvægten er lagt på resultaterne af de fire casestudier.

Både litteratur- og casestudier er gennemført for Væksthus for Ledelse af seniorprojektlederne Christina Holm-Petersen og Martin Sandberg Buch, KORA.

Væksthus for Ledelse vil gerne takke alle, der har bidraget med erfaringer og indsigt til projektet. Det gælder dels de fire cases, dels nedenstående gruppe af forskere og praktikere, der har fulgt og kommenteret projektet undervejs:

- Professor Janne Seemann, Aalborg Universitet
- Seniorforsker Kasper Edwards, DTU
- Ledende overlæge Finn Rønholt, Herlev Hospital
- Chefsygeplejerske Marianne Jensen, Regionshospitalet Randers
- Sundhedschef Sidsel Vinge, Gladsaxe Kommune.

I KORA-publikationen "Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet" er udviklingen i det tværsektorielle samarbejde grundigere beskrevet. Her findes også præcise referencer til forskning og andre undersøgelser, der er omtalt i denne publikation.

Find litteraturstudiet på Lederweb.dk eller kora.dk.



ERFARINGER FRA FIRE SAMARBEJDER

Projektets empiriske del bygger på erfaringer fra fire udvalgte cases, hvor der på forskellig vis er arbejdet med tværsektoriel ledelse af samarbejdet mellem hospital og kommune.

De fire cases er udvalgt med afsæt i en kortlægning af danske erfaringer, som KORA gennemførte i efteråret 2013. Kortlægningen var baseret på:

1. Litteratursøgning målrettet evalueringer og dokumentation af tværsektorielle ledelsesprojekter
2. KORA's og Væksthus for Ledelses viden om eksisterende projekter og samarbejder
3. En efterlysning af relevante projekter, udsendt til medlemmerne af den del af Væksthus for Ledelse, der beskæftiger sig med chefer, der har andre ledere under sig.

Kortlægningen fandt frem til 13 relevante samarbejder. Disse blev undersøgt nærmere ved hjælp af projektbeskrivelser, lokale evalueringer og telefoninterview med chefer fra begge sektorer. Herefter blev de 13 samarbejder drøftet og sorteret ned til følgende fire – på baggrund af dialog mellem KORA's projektledere og projektets styregruppe:

- Psykiatriens Hus i Silkeborg
- Sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen i Randers
- Samarbejdsaftale om patientforløb på Fyn
- Akutsamarbejde i Viborg.

De fire cases, der præsenteres, er valgt ud fra kriterier om:

- at de indhøstede erfaringer er positive, og/eller at de involverede chefer på tværs af sektorer vurderer, at samarbejdet er værdifuldt
- at chefniveauet spiller en eksplicit og væsentlig rolle i det pågældende initiativ.

Hver case er belyst med afsæt i gruppeinterview med involverede nøglemedarbejdere, funktionsledere, chefer og topledelse samt gennemgang af tilgængeligt skriftligt materiale og evalueringer.

I analysen af casematerialet fremdrages og fortolkes de vigtigste erfaringer og hovedpointer fra hele interviewmaterialet på tværs af de fire cases.

Informanterne er lovet anonymitet. Alle citater i publikationen er derfor anonymiseret, ligesom erfaringer fra konkrete samarbejder så vidt muligt er refereret i generelle vendinger. Repræsentanter for de fire cases har set den samlede fremstilling og godkendt den måde, casen er anvendt og præsenteret på.

Læs præsentationer af de fire cases på side 30.

Ledelse på tre niveauer

Præsentationen af casene har særligt fokus på ledelsens opgaver. I den forbindelse er ledelsen opdelt i tre kategorier:

- **Funktionsledere:** Dækker over en faglig leder med personaleansvar for drift. Fx en områdeleder i den kommunale ældrepleje, en afdelingssygeplejerske eller en overlæge på et hospital.
- **Chefer:** Dækker over en mellemlider, der har ledere under sig. Fx en kommunal sundhedschef eller en ledende overlæge eller oversygeplejerske på et hospital. Det er denne gruppe, der er projektets hovedmålgruppe, og derfor deres ledelsesopgaver, der lægges mest vægt på.
- **Topledere:** Typisk en direktør, men i nogle af de undersøgte kommuner har topledelsen for casen været en chef.

NÅR SAMARBEJDET LYKKES ...

En tydelig fælles mening med samarbejdet og stærke indbyrdes relationer er helt afgørende forudsætninger for at lykkes med tværsektoriel opgaveløsning. Som chef kan man øge chancerne for succes ved at indbygge yderligere fire kvaliteter i samarbejdet, viser gode erfaringer fra de undersøgte cases.

En del af forskningen i tværsektorielt samarbejde skelner mellem begreberne samarbejde og samordning for at pege på forskelle i graden af formalisering.

Samarbejde kan være drevet af ildsjæle alene. Her bygger koordinationen især på frivillighed, og der bliver typisk hverken flyttet opgaver eller ressourcer mellem de involverede organisationer.

Samordning indebærer en mere forpligtende og formaliseret struktur. Ofte vil der være et overordnet niveau, der pålægger underliggende organisationer at koordinere deres indsats. Se skemaet på næste side.

Et tværsektorielt samarbejde kan godt rumme elementer af både frivillig og forpligtende koordinering. Faktisk peger forskning på, at begge dele bør være til stede. Det kan man blandt andet fremme ved på den ene side at rekruttere ledere og medarbejdere, der har evnen og viljen til helhedstænkning og til at indgå i frivillige samarbejder. Og på den anden side sørge for, at de respektive politiske og administrative topledelse stiller tydelige krav om, at sammenhængende opgaver bliver ordentligt samordnet.

Til grænselandet mellem samarbejde og samordning hører også begreberne netværk og netværksledelse. Netværk er defineret som de strukturer, der forbinder (dele af) organisationer – uden at der er en hierarkisk relation mellem parterne. Men selv om der er tegn på, at den offentlige styring gradvis ændres fra hierarki til netværk, peger flere forskere på, at de to styringsformer eksisterer side om side – også i sundhedssektoren.

Ofte kritiseres netværkssamarbejder netop for at være for afkoblet fra hierarkierne i de samarbejdende organisationer. En af de danske forskere, der mest indgående har beskæftiget sig

med tværgående ledelse i sundhedsvæsenet, Janne Seemann, har tidligere formuleret det således:

"Netværk er spinkle broer mellem hierarkierne uden særlig ledelsesmæssig opmærksomhed og støtte."

Konsekvensen af ledelsesunderskuddet i netværk kan ifølge forskningen blive, at samarbejdet bliver tidskrævende, uodynamisk, ufokuseret og med begrænsede resultater. Det gælder ikke mindst, hvis samarbejdet rummer konfliktende interesser og mål – uden at der sidder nogen "for bordenden", som kan mediere interesser, stimulere samarbejde, prioritere ressourcer og løse konflikter.

De to amerikanske forskere *Ann Marie Thomson* og *James L. Perry* sætter kravet til vellykket netværkssamarbejde på spidsen: Det er så komplekst, tids- og ressourcekrævende, at man kun bør begive sig ud i det, hvis man er villig til at gøre, hvad der skal til for at lykkes: At skabe effektive samarbejds- og ledelsesstrukturer, at sætte realistiske mål, at investere i gensidig tillid samt at balancere interesser, så alle får noget ud af samarbejdet. Ellers er det bedre helt at lade være, hævder de.

Erfaringer fra de fire cases peger på følgende to kvaliteter som helt afgørende forudsætninger for at lykkes med tværsektorielt samarbejde: en stærk fælles mening og gode relationer.

	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 på gulvet	Flere involverede, også chefer
Autonomi	Beholder autonomi	Udfordrer organisationernes autonomi

Kilde: KORA (2014): Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet.

En stærk fælles mening

Caseerfaringerne peger entydigt på, at en tydelig fælles mening er en uundværlig drivkraft i det tværsektorielle samarbejde. Skal det lykkes, må det på begge sider af sektorgrænsen opleves tvingende nødvendigt og/eller motiverende meningsfuldt at forene kræfterne.

Mindst to af de fire undersøgte cases udspringer fra en brændende platform, hvor fx nedlæggelse af sengepladser tvinger parterne til at søge nye løsninger i fællesskab. I flere af forløbene er bagtæppet, at kommunerne ønsker at finde bedre og/eller billigere alternativer til dyre hospitalsydelser. Men selv om en del af gevinsten ved et samarbejde kan være økonomisk, er det sjældent den eneste eller stærkeste motivationsfaktor hos deltagerne i det konkrete samarbejde.

Der er to andre stærke motivationsfaktorer på spil i casene: faglige rationaler og hensyn til patienter/borgere. De to hensyn er ofte, men ikke altid, sammenfaldende.

I én case fremhæves det, at lægerne kun engagerer sig fuldt i samarbejdet, *"når de kan se, at de her kan gøre noget meget konkret, som handler om deres patienter. Det skal virkelig give mening for dem. Lange ufokuserede møder duer ikke. De er totalt optagede af deres patientbehandling, så samarbejdet skal bidrage til at forbedre den,"* forklarer den kommunale part.

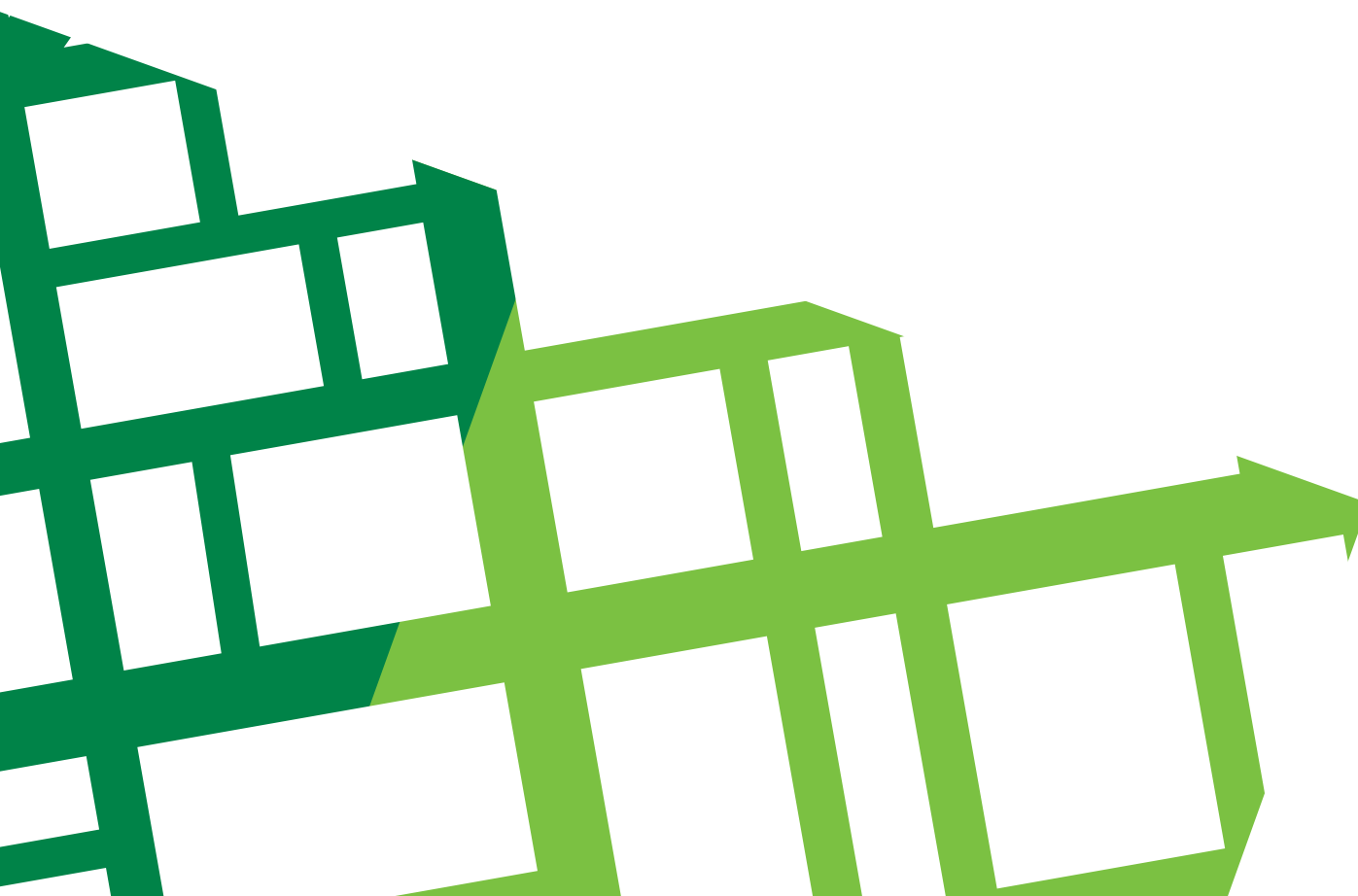
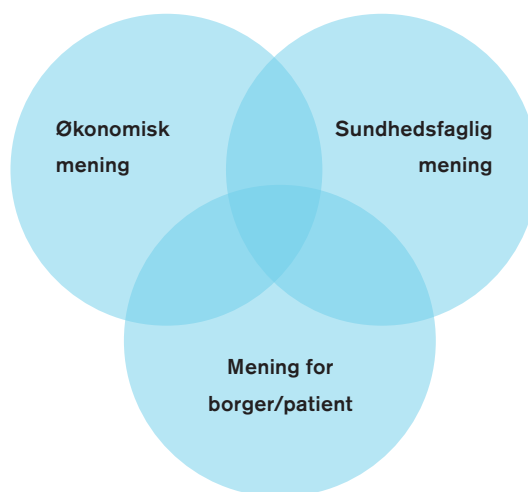
I et andet samarbejde fremhæver medarbejdere det som positivt, at den tværsektorielle aftale gav mening, *"fordi den medvirkede til at spare sengedage på en afdeling, hvor vi led under overbelægning."*

At samarbejdet er til gavn for patienterne, nævnes gennemgående som et vigtigt brændstof. Et sted viser tilfredshedsundersøgelser, at borgerne er blevet mere tilfredse med deres forløb, siden samarbejdet blev etableret. At borgerne direkte fortæller, hvor meget samarbejdet på tværs betyder, oplever parterne som en væsentlig motivationsfaktor til at fortsætte og udvikle det.

På den måde bekræfter casene, hvad Sidsel Vinge og Torben Mogensen i anden sammenhæng har formuleret som en grundpræmis for forandringer i sundhedsvæsenet: *"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."* Men med den vigtige tilføjelse, at patient/borgerhensyn og -tilfredshed også indgår med en vis vægt – enten som en selvstændig værdi eller som et vigtigt aspekt af den sundhedsvidenskabelige logik.

De tre motivationsfaktorer er illustreret i figuren til højre. Samarbejder, der kan ramme en fællesmængde mellem to eller tre rationaler, vil alt andet lige have de bedste chancer for at bære igennem.

Motiverende mening i samarbejdet



Gode relationer – fra kendskab til tillid

I netværkssamarbejder er karakteren af relationerne mellem deltagerne helt afgørende for at skabe resultater. I alle fire cases lægger de involverede stor vægt på de indbyrdes personlige relationer på tværs af sektorer.

Ud fra caseerfaringerne kan man tale om relationernes kvalitet på tre niveauer, der også er illustreret i den enkle model nedenfor: kendskab, respekt og tillid.

Tre niveauer af gode relationer



KENDSKAB til hinanden er det mest basale ved gode tværgående relationer. De interviewede giver klart udtryk for, at det langt fra er nogen selvfølge, at sundhedsvæsenets aktører kender og forstår hinandens hverdag og udfordringer. Flere beretter, at alene det at få ansigter (og mobilnumre) på hinanden nedbryder de første barrierer for et godt samarbejde. Herunder at det bliver lettere for medarbejdere at kontakte hinanden på tværs, når deres ledere har knyttet de første bånd.

"Det er egentlig ret banalt, hvad det betyder med sådan en gruppe sammensat på tværs. I konstruktionen ligger, at man skal besøge hinanden og se de andres praksis. Så er det pludselig meget lettere at tale sammen, og jeg kan tydeligt mærke, at lederne nu ringer mere til hinanden, fordi de kender hinanden fra samarbejdet," fortæller en kommunal chef.

Kendskabet omfatter imidlertid også et vist niveau af fælles viden om, hvad der foregår i den anden ende af patientforløbene. Hvordan ser hverdagens rutiner ud? Hvilke faglige rationaler ligger bag den praksis? Og ikke mindst: Hvordan opleves snitflader og overgange i patientforløbene fra den anden side?

Det er dette hensyn, der ligger bag flere af casenes arbejde med såkaldt fælles skolebænk eller andre former for tværgående kompetenceudvikling. Ofte med det mål ikke blot at øge

kendskabet til den anden sektors virkelighed, men også at udvikle et fælles sprog for de opgaver, der skal samarbejdes om. Flere giver dog udtryk for, at det i højere grad er igennem det faktiske samarbejde, at kendskabet gradvist opbygges – mest tydeligt i den case, hvor de to sektorer flytter sammen under fælles tag.

RESPEKT er næste trin på relationstrappen. Heri ligger, at parterne ikke blot kender hinandens praksis, men også anerkender den. Anerkendelsen gælder *både*, at den anden sektor udfører opgaver, der udgør en vigtig del af det samlede patientforløb, og at dette arbejde udføres samvittighedsfuldt og fagligt kompetent.

Dét kan for udenforstående virke som en selvfølge, men det er meget langt fra tilfældet. Forskningen i tværsektorielt samarbejde er fuld af eksempler på, at parterne mistror hinandens hensigter eller evner. Fra sygehusvæsenets side har det ofte været fremført, at de kommunale sundhedsmedarbejdere ikke har de fornødne kompetencer til at overtage ansvaret for patienterne tidligere. Og omvendt er sygehusene blevet beskyldt for at fokusere for snævert på højtspecialiseret (og hurtig) behandling og for lidt på helheden i det samlede patientforløb.

Også de fire cases bekræfter, at den gensidige respekt er noget, der først skal vindes. Interviewpersonerne i alle fire cases blev bedt om på en skala fra 1 til 10 at vurdere niveauet af gensidig respekt før og efter det tværgående samarbejde. Generelt lå før-niveauet på under 4, hvilket i de fleste tilfælde er hævet til over 8.

Den i udgangspunktet lave respekt kan skyldes flere forhold. Et af dem kan som nævnt være manglende kendskab til de andres arbejde. Et andet kan være gamle fordomme, der bygger på, hvordan det *har været* i den anden sektor. Eksempelvis peger flere interviewpersoner fra sygehusvæsenet på, at det har overrasket dem, hvor kompetente fx hjemmesygeplejerskerne er blevet – i takt med at kommunerne har oprustet og professionaliseret deres sundhedsindsats.

"At vores sygeplejersker bliver stærkere fagligt, giver en nemmere dialog med hospitalet. Også sundhedsplejerskerne taler godt med hospitalerne. Faktisk er sprogbarriererne ofte større internt i kommunen, fx mellem sygeplejersker og socialrådgivere," fortæller en kommunal chef.

Endelig kan der være tale om reelle problemer med kritiske forskelle i det faglige niveau på bestemte områder. Her kan løsningen være, at sektorerne arbejder sammen om at løfte kompetencerne til det niveau, der er nødvendigt for at løse opgaverne.

Det kan fx være i forhold til at give intravenøs behandling, som tidligere typisk har været en ren hospitalsopgave.

Selv hvis parterne kender og respekterer hinanden, er der et sidste vigtigt trin på relationstrappen: gensidig **TILLID**. De fire cases viser, at samarbejdsgevinsterne for alvor viser sig, når man begynder at stole så meget på den anden part, at man ikke behøver at vogte nidkært over eget domæne og egne ressourcer. Tilliden betyder også, at man fx tør erkende egne svagheder for at styrke den fælles indsats.

"I starten gjorde vi rigtig meget ud af at fortælle om vores egne fortræffeligheder. I dag siger vi 'Jeg har brug for at snakke om det her, fordi det er rigtig svært'. Der er skabt en kultur og en åbenhed, hvor man kan blotte sig, og hvor vi ikke har behov for at forsvare os. Det er det, der flytter noget i samarbejdet," fortæller en hospitalsansat chef.

En funktionsleder beretter, at der gennem mange års samarbejde er udviklet personlige relationer, fælles forståelse for helheden i patientforløbet og høj indbyrdes tillid. De betragter hinanden som nære kolleger, der uden hindringer kan drøfte løsninger på problemstillinger og give hinanden sparring på tværs af sektorgrænsen:

"Jeg fik for nylig fra min lederkollega på sygehuset to cpr-numre på udskrivningsforløb, der ifølge hende var gået helt skævt. Så går jeg hjem og samler op på, hvad der er sket, og vi tager en åben snak om, hvordan vi kan undgå, at det sker igen. Havde vi ikke kendt hinanden, kunne det have været stærkt provokerende at få stukket to problemsager, hvor kommunen ikke har levet op til sit ansvar, i hovedet."

I tilliden ligger der altid et element af risikovillighed, fordi man accepterer at slippe kontrollen og stole på, at den anden part kan og vil løse opgaven godt. Det er ifølge en kommunal topleder en af de vigtigste forudsætninger for at lykkes med tværsektorielt samarbejde:

"... At man kender hinanden rigtig godt. At man vil det og er villig til at investere i at lære hinanden at kende, hvis man ikke gør det i forvejen. Samtidig skal man være opmærksom på ikke at snyde hinanden i de aftaler, der laves. Og fremfor alt skal man stole på, at personalet gør det godt og vil borgerne det godt."

Fire hjørnesten i samarbejdet

Foruden de helt afgørende forudsætninger – den fælles mening og de gode relationer – fremhæver ledere i casene gennemgående følgende fire andre kendetegn ved et vellykket tværsektorielt samarbejde:

Ildsjæle ombord: Samarbejdet kræver, at der løbende tilføres store mængder energi og engagement. Det kræver en vedholdenhed at insistere på det fælles – også når man løber ind i modstand eller travlhed. Derfor har der i de fleste cases været ledere med særlig dedikation og drive med i det tværgående samarbejde. Ledelsesopgaven vil ofte være at bemande en netværksorganisering med sådanne ildsjæle på både leder- og medarbejderniveau. I ét samarbejde var det især en gruppe ledende læger, der tog ansvar for processen:

"Ildsjæle bærer det hele. Hos os betød det, at der kom en autoritativ lægefaglig vurdering ind over, at selv de afdelinger, der ikke var med i processen, tog ideerne til sig. Det virker enormt stærkt, når ildsjæle med en høj troværdighed går foran," fortæller en regional topleder.

Opbakning fra topledelsen: Alle fire cases understreger, at det tværgående samarbejde skal velsignes af begge sektors topledelse – i nogle tilfælde helt op på det politiske niveau. Dels for at sikre den fornødne legitimitet, dels for at gøre det lettere at finde kreative udveje, når økonomi eller regler spænder ben for samarbejdet. Det påpeges dog også som en risiko, at især politikernes bevågenhed risikerer at friste dem til at "oversælge" et velfungerende samarbejde:

"Der har nok været en tendens til, at ideen bag vores samarbejde blev markedsført som en succes, inden man vidste, hvad det udviklede sig til i praksis. På nogle tidspunkter var medarbejderne på vippen til at mene, at hele projektet bare handlede om at se godt ud udadtil," forklarer en af de delta-gende parter.

Medarbejderindflydelse: Selv om impulsen til tværgående samarbejde typisk kommer fra ledelseslaget, er det ofte medarbejderne i de to sektorer, der skal få ideerne til at fungere i praksis. Cheferne i flere cases fortæller, at de har været meget opmærksomme på, at medarbejderne fik indflydelse på nye projekter og indsatser. Dels for at sikre meningsfuldhed og varig forandring, dels fordi den bedste innovation kommer fra dem, der er tættest på problemerne.

"Da vi skulle have fremskudt visitation, nedsatte vi en lille hurtig arbejdsgruppe, som skulle stå for at implementere det i driften. Der var så meget energi i den gruppe, at den er blevet et fast forum, som mødes en gang imellem med mandat til at få nye gode ideer," fortæller en hospitalsansat chef.

Et innovativt frirum: I et par cases peger deltagerne direkte på, at samarbejdet ikke var lykkedes, hvis man fra starten havde ladet sig binde af økonomiske og andre strukturelle begrænsninger. Der skal være plads til – i hvert fald i en startfase – at søge efter de bedste løsninger for patienter og borgere. Så kan man efterfølgende vurdere, hvilke løsninger der kan opskaleres og gøres til en fast del af den ordinære drift. Det princip var meget direkte indbygget i en af casenes arbejdsform, fortæller en deltager:

"Hvis vi havde startet i stor skala, ville det hurtigt være blevet en kamp om økonomien. Ved sammen at udvikle fælles ideer med udgangspunkt i borgeren får vi fundet de bedste løsninger, som vi kan prøve af i lille skala uden at tænke på omkostninger. Når løsningen så har vist sig at virke i praksis, er det lettere at få både faglig og økonomisk opbakning til at få den op i større skala, hvor det måske kræver, at der flyttes ressourcer mellem sektorerne."



SAMARBEJDETS SYV PLAGER

Man kan undre sig over, at humlebien faktisk flyver, når man ser den liste af særlige ledelsesudfordringer, der knytter sig til det tværsektorielle samarbejde – selv når det i øvrigt betragtes som vellykket. At kende forhindringsbanen er en vigtig forudsætning for som chefer at få samarbejdet godt i mål.

Forskningslitteraturen er fuld af beretninger om de typiske vanskeligheder, tværgående samarbejder ofte løber ind i. Fra modstridende mål og interesser over manglen på tid og ledelseskraft til skæve økonomiske incitament og andre strukturelle barrierer.

Interviewpersonerne i de fire udvalgte cases lægger da heller ikke skjul på, at de på rejsen mod de gode resultater har måttet forcere mange praktiske og organisatoriske forhindringer. Både det svære udgangspunkt og den positive udvikling illustreres af erfaringerne fra en af casene. En deltager fortæller:

"Til at starte med havde vi hver vores senge, og så flyttede vi borgerne rundt på afdelingen, hvis de gik fra at være regionale til kommunale. Møbler og indretning var forskellige, alt efter om det var en kommunal eller en regional stue, og medarbejderne havde fokus på, hvem der havde betalt hvad. Det var så tåbeligt, og vi kan slet ikke forestille os at gøre sådan i dag. Nu låner vi pladser af hinanden og hjælper hinanden på tværs. Den ene sektors medarbejdere arbejder også helt naturligt som vikarer hos den anden part."

På tværs af de fire cases er der især følgende syv gennemgående udfordringer, som de involverede chefer og ledere har skullet håndtere.

1. Konfliktende styring

Lederne oplever, at de ofte befinder sig i et krydspres, hvor de på den ene side skal levere samarbejde og sammenhæng på tværs, men samtidig præstere resultater i forhold til aktiviteterne i deres egen sektor – herunder den økonomiske styring, som gælder der. Som en kommunal chef udtrykker det:

"Vi har stadig hver vores mål, som udspringer af de siloer, vi kommer fra. Det er det, der giver os de største udfordringer i praksis: at få driften til at matche de fælles værdier, samarbejdet er grundlagt på."

Flere andre ledere gør opmærksom på den indbyggede splittelse i det tværsektorielle samarbejde. En regional topleder spørger:

"Hvordan håndterer man det, når den ene part bliver nødt til at gøre noget, der kommer til at gøre ondt på den anden? Fx når ventelisterne skal ned – og man er nødt til at nedprioritere det tværsektorielle samarbejde, som den anden gerne vil?" og svarer selv:

"I sidste ende er man nødt til at gå efter sit eget system. Dem, der betaler lønnen, er i sidste ende også dem, man skal være loyal over for."

Mange ledere oplever således, at de på den ene side har et fælles ledelsesrum, hvor de sammen skal indgå kompromiser og finde fælles løsninger, men at de på den anden side refererer til hver deres bagvedliggende sektor og har personaleansvar for hver deres medarbejdere.

Noget tyder på, at det ofte er de regionale ledere, der har svært ved at dedikere sig til det tværsektorielle samarbejde i den grad, de kommunale ledere ønsker. Det forklarer og forsvarer en regional topleder sådan her:

"Sygehusvæsenet er generelt meget styret af at skulle levere ydelser, og det presser samarbejdet, fordi det kun tæller som ydelser, når der er en konkret patient med. Det behøver der ikke altid være i samarbejdet, og det udfordrer muligheden for at få systemet til at hænge bedre sammen. Når vi som topledere beder vores chefer om at levere flere ydelser, bliver det let på bekostning af det tværsektorielle samarbejde. De to forskellige mål for vores indsats udfordrer hele formålet med samarbejdet."

2. Usynlige resultater

I direkte forlængelse af de konfliktende styringsprincipper ligger, at det ofte er lige så uklart, hvilke resultater det tværsektorielle samarbejde skal opnå, og om det faktisk lykkes.

"De ting, vi bliver målt og vejret på, tager stadig udgangspunkt i silotænkningen. Så vi bliver bedømt på hver vores bundlinje frem for på de resultater, vi skaber sammen. Konkret bliver vi målt på ventetider, antal ydelser og budgetoverholdelse," fortæller en chef fra et sygehus.

Denne oplevelse bekræftes af en kommunal funktionsleder, der hæfter sig ved, at *"dem fra regionen har rigtig meget fokus på deres egne kerneopgaver. Det er sådan, det regionale system er skruet sammen. De bliver målt på budget, ydelsesantal og patienttilfredshed, og så bliver det, vi laver sammen, svært at få øje på."*

I en af casene anser nogle af de lokale ledere det for en stor barriere, at der ikke gennemføres systematiske evalueringer af

samarbejdets effekter. Det betyder, at de positive samarbejds-effekter, de oplever, fremstår usynlige sammenlignet med aktivitetsopgørelser og økonomiske nøgletal fra den øvrige drift.

3. Tidskrævende processer

At udbyttet af det tværsektorielle ledelsesarbejde ikke er så synligt, gør det kun sværere for lederne at retfærdiggøre den tid, de bruger på det. En leder fortæller:

"Det er meget tidskrævende. I perioder anvender jeg op mod halvdelen af min tid på det tværsektorielle samarbejde. Samtidig er det meget mere usynligt, hvad der kommer ud af det – sammenlignet med det, vi laver i vores egne siloer."

Flere funktionsledere beretter, at det er svært at frigøre tilstrækkelig tid til den fælles tværsektorielle ledelse. Helt konkret fx faste muligheder for at mødes. Konsekvensen bliver, at de strategiske elementer i denne ledelsesopgave ofte bliver trængt i baggrunden af mere presserende, praktiske problemstillinger i samarbejdet.

Endelig opleves personudskiftninger nogle steder som en udfordring, fordi det tager tid og kræfter at introducere nye personer til det tværsektorielle samarbejde.

"De mangler hele historikken omkring det, vi laver, og de relationer, vi har bygget op over lang tid. Så de skal have en virkelig god introduktion, når de starter. Det er rigtig vigtigt at aflevere stafetten ordentligt. Den tid er givet godt ud," fortæller en leder.

4. Kritiske it-problemer

Problemer med forskellige it-systemer er i høj grad med til at gøre det tværsektorielle samarbejde relativt tungt at træde. Flere fremhæver, at separate it-systemer (og persondataloven) betyder, at medarbejdere, der sidder sammen og arbejder med de samme borgere, ikke kan dele oplysninger med hinanden.

"Vi skal skabe sammenhæng i borgernes forløb. Alle borgere efterspørger en fælles plan, men hvordan laver vi den, når vores it-systemer stritter i forskellige retninger, og vi ikke må kigge i hinandens systemer?" spørger en frustreret leder.

At dele de nødvendige oplysninger om borgerne på tværs af sektorer fremstår derfor som en stor – og delvist uløst – problemstilling, der også begrænser mulighederne for en bedre tværgående indsats.

I nogle samarbejdsprojekter er fælles it-systemer selve motoren, der skal få koordination og videndeling til at glide hurtigere og mere sikkert. Men også her er der eksempler på, at blandt andet manglende brugervenlighed, vanskeligheder med oplæring i og vedligeholdelse af rutiner, dobbelte arbejdsgange samt problemer med konvertering mellem it-systemer etc. gør det svært at implementere og efterleve fælles aftaler.

It-spørgsmål fylder meget både i hverdagen og i de formelle samarbejdsfora. Chefer fortæller, at langt de fleste punkter og problemstillinger, der er på dagsordenen, involverer it, når man kommer ned i substansen. En af dem siger:

"It burde i princippet være det mindste problem, men i praksis har det vist sig at fylde rigtig meget. Det er utrolig svært at få til at fungere på tværs af sektorgrænser. Når vi kommer til it, oplever vi meget at løbe panden mod en mur, fordi vi hverken har ledelseskompetencer eller teknisk indsigt, som kan hjælpe os. Det er det sværeste område, vi sidder med."

5. Gråzoner i opgaver og ansvar

I et mere fleksibelt samarbejde om patienter/borgere mellem sektorerne vil der uundgåeligt opstå nye snitflader mellem faggrupper og funktioner – og dermed også risiko for, at ansvaret for en given opgave eller patient ikke er klart placeret.

I en case fortæller medarbejderne, at det lægelige behandlingsansvar for de fælles patienter ikke altid er entydigt placeret. Sygeplejerskerne i det kommunale tilbud oplever, at der fx i forbindelse med meget korte indlæggelser ofte opstår gråzoner og hængepartier, de ender med at skulle håndtere, selv om det i princippet burde være en læges bord.

De nævner også usikkerhed om, hvorvidt det fx er praksislæge eller hospitalslæge, der skal have svaret på blodprøver taget i borgerens eget hjem. Sygeplejerskerne oplever desuden, at de – især i hurtige forløb – bruger u hensigtsmæssigt meget tid på at agere bindeled mellem hospitalslæger og praktiserende læger, fordi behandlingsansvaret er uklart placeret.

Fagligheden kommer let under pres, i takt med at stadig mere komplicerede borgere udskrives til det kommunale tilbud, fortæller en af kommunens sygeplejersker:

"Det kan godt være lidt hårdt at stå derude med en patient, der i gamle dage ville have været indlagt på sygehuset, men som nu er i behandling hos os. Vi kan ikke levere samme konstante opsyn som på et sygehus – især ikke om natten, hvor det er den almindelige hjemmesygepleje, der dækker vores borgere."

Sygeplejerskerne peger på, at når systemet er under pres, bliver der indimellem taget chancer. At man fx ikke altid kan være sikker på, at det er den rigtige behandling, der er sat i gang, når borgere udskrives til det kommunale tilbud. I sådanne tilfælde oplever sygeplejerskerne, at de reelt får ansvar for at gå stuegang – uden altid at kunne få den tætte lægeopbakning via telefon og de telemedicinske løsninger, der har været afprøvet.

6. Svær implementering og spredning

Det er en kendt udfordring i netværks- og projektsamarbejder at få de resultater, der er opnået i en mindre kreds, spredt ud i hele organisationen. Det gælder dels i forhold til at få fx chefers eller ildsjæles enighed om de tværsektorielle løsninger implementeret i dagligdagen, dels i forhold til at få gode erfaringer fra et projekt eller en afdeling til at forplante sig til resten af organisationen.

I et forløb med en lukket kreds af deltagere var den bredere kreds af ledere og medarbejdere, der efterfølgende skulle teste løsningerne, ikke taget grundigt nok i ed. Desuden var det et problem i implementeringen, at en vigtig faggruppe havde været for fraværende i det fælles udviklingsarbejde, og at det smittede af på det efterfølgende ejerskab blandt deres fagfæller.

I en case fortæller de involverede chefer, at deres viden om og opmærksomhed på det tværsektorielle samarbejde er væsentligt større end de fleste af deres chefkollegers. Derfor er det en særlig udfordring at få de gode erfaringer fra den afgrænsede personkreds i de formelle fora ud til den brede kreds af ledere og medarbejdere:

"Vi kan godt sidde i vores udvalg og blive enige. Vi er alle sammen på forkant, og vi har ledelsesbeføjelser i forhold til vores egne afdelinger. Men bare herinde på hospitalet er der 42 andre oversygeplejersker og 140 funktionssygeplejersker, der har ansvar for de her sammenhænge i praksis. Det er det, der er svært: at komme hele vejen rundt – først til lederne og så helt ud til medarbejderne," fortæller en oversygeplejerske.

I en case, hvor de to sektorer havde mulighed for at flytte fysisk sammen, lyder én vurdering, at den opnåede succes kan være svær at implementere i stor skala. Dels fordi modellen kræver mange ressourcer, dels fordi den kun kan realiseres i store kommuner, hvor der ligger et sygehus.

7. Manglende intern koordination

Endelig er der forhold internt i den enkelte sektor, den anden part oplever som begrænsende for udviklingen af et effektivt indbyrdes samarbejde.

I kommunerne undrer flere chefer sig over den ringe interne koordination på sygehusene. En chef siger:

"Her i kommunen har vi svært ved at forstå, hvorfor man ikke kan samle ambulante tider mere. Hver gang borgeren skal af sted, skal der sørges for transport. Det koster tid og ressourcer, og borgeren bliver forvirret."

Det er ifølge en hospitalsansat chef nærmest en tilståelsessag, for hospitalet har hverken tradition for eller incitament til at koordinere fx ambulatoriebesøg på tværs af afdelinger:

"Vi har også 'sektorer' og grænser herinde: Nyremedicinsk og ortopædkirurgisk ambulatorium snakker jo ikke sammen om, hvordan de planlægger deres patientforløb."

Fra regionerne lyder kritikken, at der ofte er for stor forskel på, hvad de enkelte kommuner i regionen kan tilbyde på sundhedsområdet. I kraft af det kommunale selvstyre bliver der hurtigt forskel på ambitions- og kvalitetsniveauet, og det gør det svært at løfte gode erfaringer fra det tværsektorielle samarbejde med én kommune op på et højere niveau. En kommunal topleder erkender udfordringen:

"Hvis vi siger til regionen, at vi har et akuttilbud, så skal der være kompetente sygeplejersker, og det skal være dækket hele døgnet. Det skal være troværdigt og ens på tværs af kommuner, ellers vælger vagtlægen den sikreste, kendteste og dyreste løsning: at indlægge patienten på sygehuset. Vi er nødt til at gå fælles veje og gøre det ens i kommunerne. I dag er der for stor forskel på beredskabet i kommunerne i samme region."

CHEFOPGAVER OG -KOMPETENCER

**Kulturobygning, god føling med hverdagen og formidling til og fra top-
ledelsen er tre af de opgaver, der bliver ekstra vigtige, når samarbejdet
går på tværs af sektorer. De almene lederdyder kan med fordel suppleres
med veludviklede relationelle og tværsektorielle kompetencer.**

En del af litteraturen om tværgående ledelse bruger begreber, der kan sammenfattes som "brobygning" eller "brobyggende ledere". Her forstås ledelsesopgaven som at sammenkæde to eller flere systemer med forskellige mål. I modsætning til projektledere, der måske står i spidsen for et midlertidigt eller løsrevet samarbejde, er brobyggerne mere direkte knyttet til driften. De skal få flere parter til at forene kræfterne i en forpligtende fælles opgaveløsning.

Selv om de fire cases ligger forskelligt på skalaen fra "uforpligtende samarbejde" til "forpligtende samordning", er brobygningsopgaven en central del af arbejdsbeskrivelsen for cheferne i alle fire cases. Se også faktaboksen *Forskning om brobyggende ledelse* på side 21.

Vellykket tværsektorielt samarbejde stiller særlige krav til hele organisationen i begge sektorer – fra topledelse over chefer til funktionsledere og medarbejdere. Cheferne spiller imidlertid en særlig vigtig rolle, ikke mindst som formidler mellem topledelsens forventninger til samarbejdet og den daglige udfoldelse af det i praksis. Derfor er der i det følgende særlig fokus på deres opgaver og kompetencer i forhold til det tværsektorielle samarbejde.

Erfaringerne fra de fire cases peger især på tre særlige chefopgaver, der knytter sig direkte til det tværsektorielle i opgaveløsningen, samt tre kompetencer, chefer i særlig grad må besidde for at lykkes med at lede samarbejdet mellem region og kommune.

TRE VIGTIGE OPGAVER

Hvilke ledelsesopgaver i et netværkssamarbejde der er vigtigst, afhænger i høj grad af, hvor på skalaen fra samarbejde til samordning netværket befinder sig. I frivillige, løst koblede netværk fremhæver forskningen især evnen til at skabe tillid, formulere fælles mål og opbygge en samarbejdende kultur. I den mere forpligtende, formaliserede samordning er der også brug for, at lederen kan forhandle, håndtere krydspres og løse konflikter.

I casene har cheferne især følgende tre tydelige ekstraordinære ledelsesopgaver.

1. At opbygge et fælles vi

Den primære cheftopgave er uden tvivl en bred vifte af indsatser under overskriften "kulturarbejde". Det vil sige blandt andet sige at udvikle en fælles forståelse for samarbejdets mål og værdier:

"Det med at sætte retning, mål og vision har fyldt meget – ikke mindst for chefgruppen. Det er et langt sejt træk. Vi har tit skullet holde fokus på, hvorfor det er, vi er sammen. At det ikke handler om bundlinjer og hierarkier, men om det fælles arbejde med borgeren. Vores ledelsesopgave har været at gøre den tværgående opgaveløsning til kerneopgave," fortæller en chef, der også understreger vigtigheden af, at chefgruppen fremstår samlet omkring målene for samarbejdet og hjælper hinanden med at fokusere på de ting, der lykkes.

En del af kulturarbejdet på chefniveau er at gå forrest med at tænke sammenhængende forløb, helhed og samarbejde på tværs af sektorer.

"Man skal som chef forstå sammenhængen i systemet og bidrage til, at samarbejdet fungerer bedst muligt. Man må ikke opgive at påvirke den del af patientforløbet, der ligger før og efter ens egen opgave, men skal se sig som del af en større enhed," understreger en regional topleder.

Det handler blandt meget andet om at understøtte opbygningen af respekt- og tillidsfulde relationer mellem funktioner og faggrupper på begge sider af sektorgrænsen. Det gælder ifølge flere chefer om at komme væk fra den "dem og os"-kultur, der tidligere dominerede samarbejdet, hvor problemer altid var modpartens skyld.

"Det handler ikke om ond vilje. Der er mange hos os, der synes, at de selv gør alt det rigtige. Men som chef er du nødt til

at udfordre dem til at interessere sig for, hvorfor kommunerne så oplever, at samarbejdet ikke fungerer. Hvorfor oplever kommunens sygeplejersker fx, at de ikke kan komme i kontakt med os på sygehuset?" siger en regional chef.

Cheferne skal også motivere deres funktionsledere til at gå foran med et større udsyn, hvor de ser sig selv som en del af et sammenhængende hele. Det handler ifølge en kommunal chef om at insistere på dialogen på tværs:

"Nogle gange mærker jeg resterne af den gamle kultur, hvor en leder kommer til mig og brokker sig over, at de inde på sygehuset gør tingene på en uhensigtsmæssig måde. Når jeg så opdager, at lederen ikke har snakket med dem om hvorfor, sender jeg altid vedkommende tilbage for at tage dialogen direkte."

2. At have føling med hverdagens samarbejde

Selv om det er funktionsledere, der sammen med medarbejderne er tættest på den fælles opgaveløsning, peger flere på, at man også er nødt til at træde i karakter som tværsektoriel chef. Det vil sige være synlig i, vise aktiv interesse for og stille krav til samarbejdet.

I en case fortæller cheferne, at de ser det som en vigtig rolle at invitere sig selv ind i enhederne. Hvis der fx er problemer i en afdeling, mødes de med funktionslederne, finder ud af, hvad der er på spil, giver sparring og hjælper eventuelt med at løfte særligt vanskelige spørgsmål op i systemet.

Flere chefer beretter, at de lægger vægt på at blive løbende orienteret om fremdrift og eventuelle problemer i det tværsektorielle samarbejde:

"Det er vigtigt, at vi hele tiden spørger til samarbejdet. Gør vi ikke det, betragtes det ikke som et højt prioriteret mål. En af de vigtigste roller, vi har som chefer, er at gøre det tydeligt, hvad det er, vi vil have til at ske," fortæller en kommunal chef.

Flere af de interviewede funktionsledere peger på, at cheferne godt måtte være endnu mere synlige på afdelinger og i lokale enheder i kommunen og være bedre til at følge de fælles fokusområder helt til dørs.

3. At forbinde netværk og topledelse

Samspejlet med den administrative og politiske topledelse er en særligt afgørende disciplin for cheferne i et tværsektorielt samarbejde – på mindst tre måder.

For det første oplever cheferne, at de har en vigtig opgave med at forsyne direktørerne med viden og sparring om konkrete sager, der fx bliver behandlet i det politiske udvalgsarbejde. Især når det gælder langsigtede og tværgående problemstillinger, er det vigtigt, at cheferne leverer input til topledelse og politikere:

"Min rolle er at klæde lokalpolitikere på til at forstå og have fokus på de ting, der går på tværs. Hos os gør vi det ved at holde temamøder for hele kommunalbestyrelsen og for sundhedsudvalget. Hvis ikke vi aktivt sætter den slags på dagsordenen, drukner det alt for let i mere kortsigtede spørgsmål inden for vores egen sektor," fortæller en kommunal chef.

For det andet nævner flere chefer, at de også er nødt til at skærme topledelse, så der ikke lander for mange af dagligdagens samarbejdsproblemer på deres borde. Flere chefer har det princip, at problemer i det tværsektorielle samarbejde skal løses på det lavest mulige udførende niveau: medarbejderne selv eller funktionslederne.

Det er et gennemgående indtryk fra de fire cases, at jo højere i ledelseshierarkiet man kommer, jo mere positivt vurderes det tværgående samarbejde. Og tilsvarende: Jo tættere på konkret opgaveløsning man kommer, jo sværere opleves samarbejdet.

Topledelse giver udtryk for, at de er godt tilfredse med, at kun få problemer bliver deres hovedpine, men generelt bliver løst i mindelighed over hækken. Ikke kun, fordi de opfatter det som tegn på, at samarbejdet kører godt. De mener også, at jo længere beslutningstagere kommer fra de konkrete problemer, jo større risiko er der for, at de træffer forkerte beslutninger eller får konflikter mellem sektorerne til at spidse til.

For det tredje har cheferne den vigtige opgave at prioritere og kvalificere de tiltag, der kommer oppefra.

"Vi bliver nogle gange bedt om noget, der ikke er så relevant, men sådan er det i en politisk organisation: Politiske ideer og initiativer siver ned gennem organisationen. En overgang var vi imidlertid nødt til at sige fra – der kom simpelthen alt for meget. Det hjalp også – i en periode," fortæller en chef og tilføjer, at der også ligger en vigtig chefopgave i at hjælpe med at fortolke og tilpasse de initiativer, der kommer oppefra, til hverdagens tværsektorielle virkelighed.



Forskning om brobyggende ledelse

Især fire nyere forskningsbidrag kredser om brobyggende ledelse:

Paul Williams vurderer, at mange offentlige ledere er i gang med at udvikle dobbelte ledelsesroller, så de ved siden af deres traditionelle funktion også kan fungere som brobyggende ledere. Og selv om de faktisk bruger en stor del af deres tid på dette, har ledelsesforskningen og -teoriene endnu ikke rigtig forstået, hvad brobyggerrollen består i, hævder han.

Det forsøger **Chris Ernst og Donna Chrobot-Mason** at råde bod på ved at definere brobyggende lederskab som evnen til at skabe kurs, koordination og commitment på tværs af grænser – med en højere vision eller et højere mål for øje. De argumenterer for, at mennesker skaber grænser for at føle sig trygge og opbygge identitet i forhold til andre. Derfor består brobyggende ledelse blandt andet i at etablere den samme tryghed i tværorganisatoriske grupper. Eksempelvis ved at opbygge personlige, tillidsfulde relationer på tværs af organisatoriske skel.

Samme tilgang findes i tænkningen omkring **High-Impact Leadership Framework** hos det uafhængige amerikanske Institute for Healthcare Improvement. Her ses to komplementære dimensioner i det grænseoverskridende lederskab på

sundhedsområdet: For det første, at lederen aktivt opsøger ny viden, går i spidsen for at omsætte den i praksis og dele den i det tværgående samarbejde. For det andet, at lederen formår at udfordre etablerede organisatoriske strukturer og i stedet arbejder forløbsorienteret for at opnå de ønskede sundhedspolitiske mål.

Sidst men ikke mindst, er der **Jody Hoffer Gittells** forskning i relationel koordinering, der allerede har vundet betydelig udbredelse i det danske sygehusvæsen. Grundtanken i denne tilgang er, at de sundhedsfaglige aktører, som samarbejder om et givent forløb, skal have en tilstrækkelig grad af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt for hinandens indsats. Desuden skal der være systematiske rammer og rutiner, som sikrer, at kommunikationen om patientforløbet er hyppig, rettidig, målrettet og egnet til at løse de problemer, der måtte opstå i forløbet.

I Gittells perspektiv bliver nogle af de vigtige ledelsesopgaver at udvikle fælles informationssystemer, standarder og procedurer samt at fokusere på nøglemedarbejdere og ledere, der har særligt ansvar for brobygningen. Gittell lægger vægt på, at den brobyggende leder først og fremmest skal kunne inspirere andre til at tage ansvar for det tværgående samarbejde.

Læs mere i publikationen "Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet", KORA, 2014.

TRE SÆRLIGE KOMPETENCER

Det gennemgående indtryk fra både forskningen og de fire cases er, at man som chef i et tværsektorielt setup i princippet skal kunne det samme som i en rent hierarkisk struktur – plus noget andet og mere. Mangler disse kompetencer, vil det ofte blive meget tydeligt, fordi der ikke er en hierarkisk struktur til at bære samarbejdet igennem.

Erfaringerne fra casene tyder på, at især tre kompetencer er vigtige at mestre på højt niveau:

1. Forandringsmod og -tålmod

Alle fire cases har karakter af forandringsprojekter, hvor et tværsektorielt samarbejde enten bygges op fra grunden eller udbygges mærkbart. Derfor er det ikke overraskende, at kompetencer inden for forandringsledelse viser sig afgørende for at lykkes.

Det handler som nævnt især om at sikre, at der er eller opbygges en stærk fælles mening i samarbejdet. Erfaringerne fra casene viser desuden, at det er nødvendigt at være en særlig tålmodig forandringsleder, når man som chef står i spidsen for tværsektorielt samarbejde. Chefer og ledere beretter samstemmende, at forhandling og kompromis fylder langt mere, når der arbejdes tværsektorielt.

"Når man arbejder tværsektorielt, mangler der næsten altid ledelseskraft, så beslutningsgangene bliver tungere og mere tidskrævende. Jeg er vant til at træffe effektive beslutninger i min egen organisation, men hvis jeg her skærer igennem og dikterer en løsning, giver det bagslag på længere sigt. Det er meget lettere at lede forandringer i en søjleorganisation," siger en chef.

Tålmodighed og evnen til at håndtere usikkerhed i processen fremstår derfor som en vigtig chefkompetence. Flere peger på, at det er vigtigere at kunne proces- og målstyre end at forsøge at tromle sig igennem med fokus på ét bestemt resultat.

Samtidig understreger flere, at forandringer på tværs kun lykkes, hvis cheferne tør sætte sig ud over kassetænkning samt nogle gange har frækheden til at gå ét skridt videre, end hvad der snævert og formelt set er grundlag for. En kommunal chef formulerer det således:

"Min direktør bliver virkelig oprørt, hvis der er en case med en borger, der har haft et dårligt patientforløb pga. systemets egen interesse. Så kan hun være kreativ i forhold til paragrafferne, så der findes en løsning. Det er meget inspirerende."

2. Relationelle kompetencer

I fraværet af en entydig magtposition bliver cheferne i et samarbejde mere afhængige af, at de kan vinde parternes "hearts and minds". Det gør de relationelle kompetencer i bred forstand til nogle af de vigtigste for en tværsektoriel chef. En chef sammenfatter det således:

"Som leder i det tværsektorielle skal man være villig til at lære hinandens ønsker og behov at kende og kunne gå nysgerrigt ind i gråzonerne mellem dem. Ens ego skal heller ikke være alt for stort, for man skal kunne affinde sig med kompromisser. Man skal have et personligt overskud og en tillid til, at de andre gør det så godt, de kan, ud fra deres rammebetingelser."

I alle fire cases fremhæves chefernes kommunikative evner som helt afgørende. Det gælder ikke kun evnen til at fortælle de gode historier om samarbejdet vidt og bredt, selv om det også opfattes som vigtigt. Det er lige så nødvendigt, at man i den daglige kommunikation viser respekt for og kan lytte til og forstå samarbejdsparten.

Flere af de interviewede gav udtryk for, at tillid, samarbejdsvilje og hjælpsomhed faktisk var vigtigere end mere klassiske, formelle lederkompetencer, hvis man som chef skal have et tværgående samarbejde til at fungere.

"Tværsektoriel ledelse kræver en form for gavmildhed, og at man kan løfte sig op over sin egen interesse. Man står på kanten af sin egen organisation og skal ikke altid holde på sin ret. En gang imellem er man nødt til at gøre noget, man af hensyn til sit budget normalt ikke ville gøre," forklarer en kommunal chef.

3. Tværsektoriel forståelse

Endelig er det tydeligt, at det øger chefernes chance for succes, hvis de har personlig erfaring med eller en særlig sans for samarbejde og ledelse på tværs af de to sektorer. Denne kompetence har i hvert fald to dimensioner.

Den ene er erfaring med, hvad det vil sige, og hvad det kræver at arbejde i netværk frem for i et traditionelt hierarki. Det er en indsigt, som flere af de interviewede nævner som en faglighed, man kan tilegne sig – fx gennem lederuddannelse.

Den anden dimension er førstehåndskendskabet til den anden sektor. En hospitalsansat chef fortæller om sin kommunale chef-partner:

"Det har betydet meget, at hun har været tæt på sygehusvæsenet, inden hun kom ind i den kommunale verden. Hun kender virkeligheden på begge sider og dermed også de mulige barrierer for et godt samarbejde. Hun har rigtig gode forudsætninger for at overveje nye og bedre fælles løsninger. Det er alfa og omega for et godt chefsamarbejde, at man har en vis indsigt i og forståelse for hinandens 'livsverdener'."

Derfor indgår både erfaringen med og synet på det tværsektorielle i chefrekrutteringen på begge sider – omend med forskellig vægt i de fire cases. Overalt betragtes det som en fordel, hvis man kender og anerkender arbejdet i den anden sektor. En kommunal topleder formulerer det således:

"Vi får mange ansøgere, og jeg lytter meget til, hvordan de taler om det tværsektorielle. Vi vælger blandt andet ud fra, om de viser åbenhed, gensidig respekt og ser muligheder i samarbejdet. Men vi møder bestemt også dem, der signalerer, at 'de andre er dumme', eller 'jeg ved præcis, hvordan I burde gøre'. De får ikke job hos os."



STRUKTURELLE BARRIERER FOR SAMARBEJDET

De tværsektorielle samarbejder støder imod en række forhindringer, cheferne er nødt til at betragte som givne vilkår. Det handler blandt andet om incitamenter, ressourcer og regulering. Disse barrierer må håndteres af topledelse eller på politisk niveau, hvis samarbejdet på tværs virkelig skal hjælpes fremad.

Der er en række begrænsninger for samarbejdet, som den enkelte chef ikke selv umiddelbart kan ændre, i nogle tilfælde er det også helt uden for regionens eller kommunens rækkevidde. Disse vilkår bliver derfor mere eller mindre faste vægge i chefernes ledelsesrum, hvad angår det tværsektorielle arbejde.

Selv om barriererne ikke lige står til at ændre, er de vigtige at kende, fordi man dels kan tage højde for dem, når man samarbejder, dels fordi de kan være med til at sætte mere realistiske succeskriterier og ambitionsniveauer for det tværsektorielle samarbejde.

Fem barrierer går igen i forskellige varianter i næsten alle de udvalgte cases.

1. Skæve økonomiske incitamenter

Mange af casene beskriver det som et grundvilkår, at initiativer, der giver mening i både professionernes og patienternes perspektiv, må droppes – eller gennemføres på trods – fordi økonomistyringen trækker den anden vej. En hospitalsdirektør formulerer det således:

"Projekt deltagerne oplever, at det er svært at nytænke det tværsektorielle samarbejde, fordi de er oppe imod stærke økonomiske incitamentsstrukturer. Det kræver et enormt mod at gå imod den rigide finansieringsform. Alle frygter for konsekvenserne af nye tværgående løsninger. At vi eksempelvis mister arbejdspladser på hospitalet, eller at omkostningerne stiger væsentligt i kommunerne. Det er ønskværdigt, at vi kommer derhen, hvor det ikke længere er påkrævet med et massivt ledelsesmæssigt fokus for at kunne udvikle samarbejdet."

Et grundtema i incitamentsdiskussionen er, at når der flyttes opgaver fra sygehus til kommune, mister sygehuset en aktivitet, mens kommunen får en ekstra opgave og udgift. Ideelt set sparer kommunen også penge, hvis opgaveflytningen forebygger nogle af de sygehusindlæggelser, som kommunen medfinansierer. Men gevinsten er usikker og står ifølge kommunerne langt fra altid mål med den ekstra indsats. I en case formulerer en chef det således:

"Samarbejdet om patienterne øger kommunens udgifter og mindsker hospitalets indtjening. Den nuværende finansiering og incitamentsstruktur er en forhindring for at udvikle det tværsektorielle samarbejde. Der er brug for en ny økonomitænkning, som i højere grad tilskynder til og gør det muligt at leve op til de fornuftige forventninger om, at vi samarbejder på tværs af sektorerne."

I en anden case håber både chefer og funktionsledere, at man fremover vil ændre organiseringen og finansieringen til et mere samlet system, hvor man fx belønnes for at koordinere indsatser. Den nuværende styring karakteriseres som *"en forhindring for samarbejde, faglighed og sund fornuft, fordi man tænker i kasser og afregningssystemer"*.

De skæve økonomiske incitamenter betyder ikke, at det tværgående samarbejde ikke bliver forsøgt. I de fire cases synes den generelle holdning at være, at man gerne vil investere i at udvikle det tværsektorielle felt – vel vidende, at det ikke giver kortsigtet økonomisk mening.

"Vi har visionære politikere og topledere, som har erkendt, at samarbejdet koster penge. Vi har forsøgt de første par år at finde ud af, om vi indhenter de penge, vi putter i det. Det gør vi ikke på nuværende tidspunkt, men der er så mange andre

positive ting, som bliver afledt i samarbejdets ånd, at der indtil videre er grønt lys. Men vi er ikke så blåøjede, at vi tror, det vil blive ved med at gå. Derfor har vi meget fokus på at forebygge indlæggelser, for det er der, vi kan spare penge,” fortæller en kommunal chef.

I en case valgte man fra begyndelsen "at sætte økonomien i parentes", så de økonomiske kalkuler ikke kom til at blokere for den nytænkning af den fælles opgaveløsning, der var målet. Erfaringen er, at den metode fungerede rigtig godt – i projektets lukkede univers og afgrænsede periode. Men udenfor og bagefter findes de økonomiske barrierer stadigvæk – og det er usikkert, om det vil lykkes at få bredt resultaterne ud til en større kreds.

I casene er der flere konkrete eksempler på, at økonomi, faglighed og patienthensyn støder sammen på tværs af sektorerne.

En hospitalsansat chef forklarer, at når patienter behandles med intravenøs medicin i eget hjem, betaler sygehuset medicinen uden at få aktivitetshonorering for behandlingen:

"Økonomisk set burde vi foretrække, at det foregik på sygehuset, men jeg tror personligt på, at borgeren behandles bedst i eget hjem, og at det er det, de helst vil. Derfor mangler vi nogle andre succeskriterier end blot at hive DRG hjem. Vores fornemste fælles opgave burde jo være at undgå, at borgerne kom på sygehuset."

2. Ressourcepres – manglende tid

Sideløbende og beslægtet med de rent økonomiske barrierer oplever mange, at det tværsektorielle samarbejde lider under et strukturelt tidspres. Flere peger på, at især den regionale side er spændt så hårdt op i produktivitetskrav, at det er svært at frigøre ressourcer og ledelseskraft til at tænke og arbejde på tværs af sektorerne. Det kommunale område er generelt mere indrettet til, at cheferne kan tænke på tværs, lyder det.

I en case er alle parter enige om, at der er behov for at øge mængden af fælles viden om hinandens kompetencer og opgaver på tværs af sektorgrænserne. Men de oplever også, at det på grund af nye opgaver, færre sengepladser, travlhed mv. er svært at sætte yderligere fokus på dette område. Nogle peger på, at der er brug for en mere formaliseret tilgang til rotations- og delestillinger, studiebesøg mv., hvis det i praksis skal lykkes at opbygge en større mængde af fælles viden.

En hospitalsansat chef fortæller, at hun i gennemsnit bruger fem timer om ugen på et konkret tværsektorielt udvalgsarbejde – i perioder over ti timer – parallelt med sit fuldtidsjob på afdelingen:

"Jeg er leder for 500 medarbejdere – ud over denne her opgave. Det betyder, at jeg ikke har tid til at gøre det tværsektorielle ordentligt. Der burde være sat flere ressourcer af til samarbejdet, for dem, der sidder med det, er ofte Tordenskjolds soldater – på overarbejde."

3. Almen praksis' særstilling

Der skal to til tango, men tre til tværsektorielt samarbejde. For netop i overgangene mellem det primære og sekundære sundhedsvæsen spiller de praktiserende læger en nøglerolle. Eller kunne spille – for både regioner og kommuner peger på, at det er svært at få integreret almen praksis i fælles løsninger. Det skyldes helt overvejende praksislægerens status som selvstændige forretninger, der hverken er underlagt direkte politisk styring eller kan tillade sig at se alt for stort på, hvad de økonomisk får ud af deres indsats.

"Deres overenskomst betyder, at de ikke kan bruge den reelle tid, det kræver at besøge komplekse patienter – selv om de gerne vil. Hvis de praktiserende læger skal med i samarbejdet, er man nødt til at ændre deres økonomiske incitament," lyder en typisk vurdering.

De praktiserende lægers organisering og overenskomst bliver igen og igen fremhævet som en kritisk barriere for tværsektorielt samarbejde. En topleder peger på, at der også er fagpolitiske hensyn på spil:

"Overenskomst og konflikt har fyldt meget. Så snart vi har fået noget i gang, som egentlig virker fornuftigt, har vi oplevet, at andre fortæller vores læger, at de ikke skal komme for godt i gang. De bliver kort sagt bedt om ikke at være for fleksible."

Flere interviewpersoner peger på den manglende mulighed for at forpligte almen praksis som helhed til at samarbejde, og nogle nævner også, at der er en betydelig variation i, hvilke opgaver og funktioner de praktiserende læger vil kunne håndtere. Resultatet bliver i mange tilfælde, at der i stigende grad bliver etableret tværsektorielle løsninger, som går uden om almen praksis.

4. Aftaler og lovgivning

Sundhedsaftalerne mellem region og kommuner – og de formelle faglige og politiske samarbejdsfora omkring aftalerne – spiller en tvetydig rolle i udviklingen af det tværsektorielle samarbejde.

På den ene side er de skabt til og fungerer som et redskab til at udvikle samarbejdet. På den anden side viser det sig i flere af de undersøgte cases, at de eksisterende aftaler halter bagud i forhold til ønsket om et mere ambitiøst og fleksibelt samarbejde.

I en case fortæller interviewpersonerne, at der er regler i aftalerne, som ledere og medarbejdere er nødt til at bryde for at få et ordentligt patientforløb. Noget af det, der kolliderer, er på den ene side sundhedsaftalernes bestemmelser om varsling og visitation i forbindelse med udskrivelser og på den anden side ønsket om at etablere akuttilbud i kommunalt regi, hvor man hurtigt kan tage patienter hjem med kort varsel.

"Vi var sat i verden for at være anderledes og var ikke bundet af regler for varsling og visitation, så vi kunne godt tage borgerne hurtigt hjem. Det gav nogle muligheder, hvor vi var mere frie til at prøve nogle ting af. På den måde var vi flere år foran sundhedsaftalen, og nu kan vi se, at vores måde at tænke på kommer ind i de næste aftaler," fortæller en kommunal chef.

En anden kommunal chef sætter problemstillingen på spidsen: *"I virkeligheden kan man diskutere, om sundhedsaftalerne har været med til at understøtte det sammenhængende forløb. De har handlet om, hvad hospitalet skulle, og hvad kommunen skulle – ikke hvad vi skulle sammen."*

Også på to lovregulerede områder støder ønsket om et smidigt sektorsamarbejde mod forhindringer.

Det første angår kløften mellem lovgivningen på henholdsvis sundheds- og socialområdet. Det gælder ifølge en kommunal chef fx på hjælpemiddelområdet:

"Det er uklart for mange, hvem der bevilger hvad, og hvorfor nogle ydelser er defineret i den ene lov og nogle i den anden lov. Der er også forskellige krav til, hvornår en borger betragtes som borger hhv. en patient. Det er kort sagt noget rod."

Det andet område er som nævnt persondataloven, som gør det ulovligt at dele data på tværs af borgernes forløb. Det betyder, at de forskellige sundhedsfaglige aktører ikke kan tale med borgeren ud fra de vurderinger, andre allerede har foretaget. De har nemlig ikke adgang til hinandens journaler eller indblik i, hvor og hvornår borgeren har tider. På hospitalet kan man fx ikke se, hvilke tider borgerne har i det kommunale sundhedsvæsen eller hos deres egen læge og omvendt. Det ser begge sektorer som en udfordring for et mere sammenhængende patientforløb:

"Adgang til oplysninger om, hvilke forløb der er planlagt for borgeren i de forskellige sektorer, ville kvalificere behandlingen og lette planlægningen for både os og borgeren," fortæller en hospitalsansat chef. Og en kommunal chefkollega uddyber:

"Borgerne forventer jo, at vi deler de oplysninger. De kan slet ikke forstå, hvorfor vi ikke gør det. Vi fremstår jo nærmest inkompetente, når vi er nødt til at sige 'Det må du snakke med din hjemmesygeplejerske om' eller 'Jeg tror, du har en tid hos din egen læge, men du må selv tjekke det' osv."

5. Parallelle systemer

Til de praktiske forhindringer for samarbejdet hører en række dobbeltsystemer og -processer, som ikke uden videre kan fungere effektivt sammen. Det kan fx være parallelle ledelses-, journal- eller økonomistyringssystemer. Jo stærkere samordningen mellem de to sektorer er, jo tydeligere bliver denne udfordring, som derfor er mest markant, når parterne også deler matrikel. Her er man blandt andet nødt til at forholde sig til:

- *MED-strukturen:* Der skal være to hovedsamarbejdsudvalg, fordi man lovgivningsmæssigt ikke kan blande kommunale og regionale medarbejdere.
- *Udbudsregler* for rengøring og lignende opgaver gør det vanskeligt at lave udbud på fælles opgaver uden at bryde reglerne, fordi lovgivningen stritter i forskellige retninger. *"Vores jurister hiver sig selv i håret, og den eneste mulighed, vi har for at løse det, er civil ulydighed,"* fortæller en leder.
- *Aftalesystemerne* og andre koordinationsmetoder på hhv. sundheds- og socialområdet harmonerer langt fra altid, og det kan give forskellig målstyring.

Ofte finder man lokalt pragmatiske løsninger på disse system-sammenstød, men chefer og ledere peger på, at det alligevel bidrager til at gøre det tværsektorielle samarbejde unødigt tungt og bureaukratisk.





EFTERTANKER TIL TOPLEDELSEN

Forskningen og de danske erfaringer viser, at vi nok er på vej fra et meget fag- og sektoropdelt til et mere samarbejdende og sammenhængende sundhedsvæsen. Men også, at vejen er lang og stenet, og at vi i praksis stadig er ganske langt fra de udbredte sundhedspolitiske visioner på området.

Erfaringerne fra de fire cases peger i samme retning. Casene er udvalgt som eksempler på samarbejder, som har haft en vis succes mellem at slå bro over sektorgrænser og -forskelle. I alle fire cases er der klare positive erfaringer, der viser de potentielle gevinster ved en stærkere samordning.

Men selv i de vellykkede samarbejder, giver chefer og ledere udtryk for, at gevinsterne ofte er hårdt tjente. Flere steder er indtrykket, at hvad der ser relativt problemfrit ud fra helikopterperspektiv, er anderledes udfordrende for dem, der oplever det tværsektorielle samarbejde på nærmere hold.

Der kan derfor være brug for, at topledelse i begge sektorer fokuserer skarpere på forudsætningerne for at få succes med tværgående samarbejde og samordning i sundhedsvæsenet. På baggrund af dels caseerfaringerne, dels forskningen på området, kan man som øverste ansvarlige for tværsektorielt samarbejde især øge chancerne for gode resultater ved:

- At overveje grundigt, om formålet er klart, om udbyttet står mål med indsatsen, og om man er klar til at prioritere de ressourcer og den ledelseskraft, det kræver.
- At sikre en grundig dialog om hensigten med det tværsektorielle samarbejde – herunder involvere ledere og medarbejdere, der er tæt på hverdagens praksis, i tilrettelæggelsen af samarbejdet.
- At finde en passende balance mellem formelle samarbejdsstrukturer og den vigtige uformelle koordination, som ofte har udviklet sig over tid.
- At lade netværk og projekter udvikle ideerne – og give dem fleksibilitet til det – men også have fokus på, hvordan de kan omsættes til forpligtende, bæredygtig drift.
- At tjekke, udfordre og udvikle sine incitament, så det tværgående samarbejde ikke skal foregå på trods af økonomiske rationaler.
- At styrke den del af lederes kompetenceudvikling, der understøtter evnen til god netværksledelse – samt lade tværsektoriel erfaring indgå som et element ved rekruttering af chefer.
- At fjerne de praktiske forhindringer for samarbejdet, der kan gøres noget ved – eksempelvis egne regler i sundhedsaftaler mv.
- At gøre politikerne opmærksom på de strukturelle barrierer, som kræver handling og ændringer på højere (nationalt) niveau – fx takstsystemer, lovgivning, de praktiserende lægers rolle mv.

DE FIRE CASES KORT FORTALT

PSYKIATRIENS HUS I SILKEBORG

Psykiatriens Hus i Silkeborg har skabt en succesfuld model for tværgående samarbejde mellem social- og behandlingspsykiatri – en samarbejdsrelation, der traditionelt er præget af stærke faglige, organisatoriske og kulturelle forskelligheder.

Ideerne til Psykiatriens Hus blev født, da der skulle lukkes 32 psykiatriske sengepladser i Silkeborg Kommune. Det udløste stor uro i kommunen fra både politikere og pårørende, der opponerede imod, at psykiatriske patienter fremover skulle indlægges i Risskov næsten 50 km væk.

Det blev afsættet for dialogen mellem Silkeborg Kommune og Region Midtjylland om sammen at etablere et Psykiatriens Hus med det formål dels at bevare nære psykiatriske tilbud til borgerne i Silkeborg Kommune, dels at integrere behandlings- og socialpsykiatriens opgaver, så det blev lettere for borgere med en psykisk lidelse at navigere i det sektoropdelte psykiatriområde. De konkrete tiltag i huset er blandt andet døgnhjemmebehandling, midlertidige psykiatriske sengepladser, aktiviteter, beskæftigelse og behandling.

Psykiatriens Hus fik fra starten en tværsektoriel ledergruppe, der består af en kommunal centerleder for socialpsykiatrien, en

ledende overlæge og en ledende oversygeplejerske fra behandlingspsykiatrien. Dette fælles ledelsesteam holder faste drifts- og udviklingsmøder, og der arbejdes ud fra fælles værdier og udviklingsplaner på tværs af medarbejdergrupper og tilbud.

En central del af arbejdet har drejet sig om de fælles akutte døgnpladser, hvor regionalt og kommunalt ansatte arbejder side om side. Medarbejderne og ledelsen har især i startfasen haft en stor opgave med at udvikle samarbejdet og skabe fælles retningslinjer, procedurer og en fælles kultur.

I dag er samarbejdet om akutpladserne godt etableret, men udvikles fortsat, og det indfrier begge parter forventninger. Samtidig arbejder Psykiatriens Hus fortsat med at udvikle nye samarbejdsformer med andre instanser og aktører om sammenhængende forløb for borgerne.

Der er ikke gennemført systematiske evalueringer af effekterne af samarbejdet i Psykiatriens Hus. Opgørelser viser dog, at antallet af indlæggelser og genindlæggelser er faldet markant – sammenlignet med andre kommuner. Samtidig viser undersøgelser stor brugeroplevet tilfredshed blandt de borgere, der har forløb i huset.

SUNDHEDSSTRATEGISK LEDELSE AF DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN I RANDERS

Sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen re-præsenterer en ny samarbejdsmodel, hvor ledere på tværs af ledelsesniveauer og sektorer udvikler fælles løsninger på tværs-sektorielle problemstillinger.

Projektet er gennemført af Regionshospitalet Randers og de fire omkringliggende kommuner – med økonomisk støtte fra Videncenter for Velfærdsledelse. Initiativet til projektet kom fra social- og sundhedsdirektøren i Favrskov Kommune, der henvendte sig til direktionen på regionshospitalet.

Der var to grunde til henvendelsen. For det første blev antallet af medicinske sengepladser på regionshospitalet reduceret i 2010, og det øgede behovet for et tæt samarbejde mellem hospital og kommuner. For det andet vurderede direktøren, at de eksisterende samarbejdsfora var utilstrækkelige til at håndtere de udfordringer, man stod over for.

Favrskov-direktøren fandt opbakning til sine synspunkter på hospitalet og i de tre øvrige kommuner – og det mundede ud i det fælles projekt: Sundhedsstrategisk ledelse af det nære sundhedsvæsen. Formålet var dels at styrke relationerne mellem ledere på tværs af hospital, kommuner og almen praksis i Randersklyngen, dels at udvikle nye fælles løsninger for udvalgte problemstillinger, der gik på tværs af sektorerne.

Projektet er forankret i en tværsektoriel styregruppe, der består af direktører, chefer og hospitalets praksiskoordinator. Der er desuden tilknyttet en projektleder. Styregruppen har fra starten ledet projektet og har igennem hele forløbet spillet en aktiv rolle i de gennemførte aktiviteter.

Projektet startede med et internat for styregruppen, hvor der blev formuleret en vision om "et sundhedsvæsen uden knaster". Herefter blev der afholdt et kickoff-seminar for cirka 130 medlemledere på tværs af sektorer og organisationer. Seminaret resulterede i et stort idekatalog, som styregruppen brugte til at oprette såkaldte udviklingslaboratorier på følgende fem områder:

- Behandling af borgere med KOL i eget hjem
- Forebyggelse af uhensigtsmæssige indlæggelser
- Den gode sårbehandling
- Sammenhængende forløb på børneområdet
- Bedre forløb på det ortopædkirurgiske område.

Hvert laboratorium blev efterfølgende bemandet med cirka 10 ledere på funktionsniveau – blandet på tværs af sektorer og enheder. Endvidere havde hvert laboratorium tilknyttet to såkaldte sponsorer fra styregruppen (typisk en fra hospitalets direktion samt en kommunal direktør eller chef), der skulle hjælpe med at sikre ledelsesopbakning til og retning i laboratoriets arbejde. Den samlede styregruppe fungerede endvidere som baggrundsgruppe for de fem laboratorier – ikke mindst, når der skulle tages stilling til forhold, som har konsekvenser på tværs af kommunegrænser.

En intern evaluering viser, at de deltagende ledere er tilfredse med forløbet og de relationer, der er skabt på tværs af de deltagende parter. Chefer og funktionsledere er enige om, at laboratorierne har fungeret som et godt afsæt for innovation i det tværsektorielle samarbejde.

På baggrund af de positive erfaringer er det besluttet at arbejde videre med laboratoriemodellen. Der skal også holdes årlige tværsektorielle ledelsesseminarer for henholdsvis topledelsen og chefniveauet. Til at understøtte disse aktiviteter er der fundet fælles driftsmidler til at finansiere en projektleder. Senest er der desuden bevilget puljemidler fra Region Midtjylland.

SAMARBEJDSAFTALE OM PATIENTFORLØB PÅ FYN

Region Syddanmark var den første region, som i samarbejde med kommunerne afskaffede varslingsregler om indlæggelse og udskrivelse. Samtidig var regionen en af de første, der it-understøttede samarbejdet og brugte en tværsektoriel strategi til at implementere såvel samarbejdsaftale som it-kommunikation.

I 2008 indgik Region Syddanmark og kommunerne en samarbejdsaftale for patientforløb (SAM:BO). Aftalen beskriver opgaver, snitflader og forpligtelser på tværs af de kommunale og regionale enheder, der er involveret i indlæggelses- og udskrivelsesforløb. Formålet med aftalen er at sikre et fleksibelt og it-understøttet samarbejde om indlæggelse og udskrivelse.

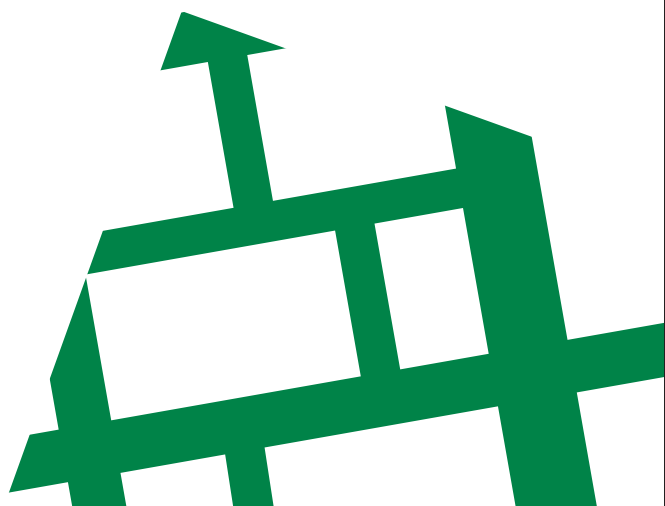
Da SAM:BO og de tilhørende it-systemer skulle implementeres, så de ansvarlige ledere to udfordringer: For det første skulle omkring 5.000 medarbejdere fra begge sektorer oplæres i aftalen og lære at arbejde med de nye it-meddelelser. For det andet skulle det sikres, at modtagerne af kommunikationen faktisk fik de informationer, de havde behov for.

For at håndtere begge dele blev der aftalt en implementeringsstrategi med følgende hovedpunkter:

- 500 linjeledere og medarbejdere blev uddannet til nøglepersoner i den daglige anvendelse og udbredelse af SAM:BO-aftalen.
- AI undervisning foregik tværsektorielt og casebaseret for at fremme en fælles forståelse blandt alle, der er involveret i patientforløbene.
- For at signalere aftalens betydning og ledelsens fokus deltog undervisningsansvarlige chefer fra kommuner og hospital på alle afholdte kurser.
- De ansvarlige it-medarbejdere fra såvel kommuner som hospital medvirkede også i undervisningen.

De interviewede ledere og medarbejdere oplever implementeringen af SAM:BO-aftalen som en succes. Især den tværsektorielle undervisning fremhæves positivt – herunder inddragelsen af it-folk fra begge sektorer heri. Undervisningen bidrog blandt andet til at gøre vigtig viden fælles og skabte ahaoplevelser om, hvilke oplysninger de andre parter havde brug for og hvorfor. Dette koncept for tværsektoriel implementering anvendes nu også i andre lignende sammenhænge.

Deltagerne i forløbet vurderer det som vigtigt, at der i forvejen var et velfungerende samarbejde om indlæggelse og udskrivelse, som der kunne bygges videre på. Det betyder, at mange af de ansvarlige ledere kendte hinanden i forvejen, og at der allerede var et godt samarbejds-klima, tværsektorielle samarbejdsfora og aftaler om den gode udskrivelse.



AKUTSAMARBEJDE I VIBORG

Viborg Kommune var blandt de første, der overtog ansvar for intravenøs behandling i eget hjem. Endvidere har kommunen som en af de første introduceret en ny ledelsesfunktion med særligt ansvar for tværgående og tværsektoriel udvikling af sundhedsområdet.

Kommunen har de senere år samarbejdet med Regionshospitalet Viborg om at udvikle et kommunalt akutteam og etablere kommunale akutpladser. Formålet er at skabe mere hensigtsmæssige behandlingsforløb for udvalgte patientgrupper samt at forebygge eller forkorte patienters hospitalsindlæggelser. Samarbejdet skal også understøtte, at overførsler af opgaver fra hospital til kommune sker på et kvalificeret grundlag – herunder at de flyttede opgaver fortsat bliver varetaget af kompetente medarbejdere.

Det kommunale akutberedskab blev etableret i forbindelse med en større organisationsændring i Viborg Kommune. Omlægningen blev gennemført af en nyansat sundheds- og omsorgschef, der kom fra en stilling som ledende oversygeplejerske i det regionale sundhedsvæsen.

I processen blev de syv afdelinger på omsorgs- og sundhedsområdet reduceret til fem – heraf en nyoprettet afdeling med særligt ansvar for det kommunale sundhedsvæsen. Denne afdeling har et særligt ansvar for at udvikle tværgående indsatser og samarbejdsrelationer internt i kommunen samt at udvikle det eksterne samarbejde med hospital og almen praksis. Til at lede enheden er der ansat en leder, som blev rekrutteret fra hospitalsregi.

En af de første opgaver for afdelingen og den nye leder af det kommunale sundhedsvæsen var at overdrage IV-behandling fra hospital til kommune. I den forbindelse blev der oprettet en tværsektoriel arbejdsgruppe med ledere fra hospital, to kommuner (Viborg og Skive) samt praksiskonsulenter. Resultatet af gruppens arbejde var en aftale for de opgaver omkring IV-medicin, der skulle overdrages fra sygehus til kommune.

Ansvaret for IV-behandlingen blev forankret i det kommunale akutteam, der har ansvar for behandling, pleje og observation af borgere med akut opstået sygdom, som efter lægehenvielse kan behandles i kommunalt regi. Akutteamet er udviklet og bemanded på baggrund af en tæt dialog med teamets samarbejdspartner i almen praksis og på hospitalet. Ifølge de involverede ledere har det været særligt vigtigt, at de mange aktører, der har med medicinske patienter at gøre, blev ordentligt informeret om teamets kompetencer og opgaver, så de stode på det kommunale akutberedskab. Dette er også baggrunden for, at hospitalets læger har accepteret at have det lægelige ansvar for de borgere, der er tilknyttet akutteamet.

Lederne betragter samarbejdet om det kommunale akutteam og opgaveoverdragelserne som en succes. Oplevelsen er, at akutteamet i dag udnyttes effektivt, og at samarbejdet giver bedre og mere fleksible forløb for mange borgere. Der er ikke gennemført egentlige evalueringer, der dokumenterer resultaterne, men lokale opgørelser fra akutteamet viser, at cirka hver femte forløb i teamet forebygger en hospitalsindlæggelse. Samtidig vurderer de interviewede ledere, at akutteamet styrker den samlede kommunale sundhedsindsats og medvirker til hurtigere at opspore borgere med behov for hjælp.



LÆS MERE OM TVÆRSEKTORIEL LEDELSE

Christina Holm Petersen og Martin Sandberg Buch: "Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet", KORA, 2014.

Gustafsson, J. 2009, Netværksledelse i offentlige organisationer. Working paper, Aalborg Universitet, Aalborg.

Peck, E. & Dickinson, H. 2008, Managing and leading in inter-agency settings, The Policy Press, Bristol.

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.

Swensen, S., Pugh, M., McMullan, C. & Kabaceneil, A. 2013, High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs.

IHI White Paper, Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.

Udvalgte publikationer fra Væksthus for Ledelse



Succesfulde ledere i sygehusvæsenet
En undersøgelse af kernekompetencer hos særligt succesfulde afdelingsledere i sygehusvæsenet.



Ledere der lykkes
En undersøgelse af kernekompetencer hos særligt succesfulde institutionsledere i kommunerne.



Ledelse er (også) en holdsport
En undersøgelse af, hvad der kendetegner ledelsesteam, som virkelig fungerer godt.



Sammenhængskraft
Beretninger om, hvad der skaber fælles fodslag mellem ledelsesniveauerne.

Alle publikationer kan bestilles eller downloades gratis på www.lederweb.dk.

Om Væksthus for ledelse

Væksthus for Ledelse er et samarbejde mellem KL, Danske Regioner og Forhandlingsfællesskabet.

Væksthuset arbejder for at udvikle og synliggøre god ledelse i kommuner og regioner.

Læs mere om Væksthusets aktiviteter på Lederweb.dk.

I bestyrelsen for Væksthus for Ledelse sidder

- Sine Sunesen, direktør, KL, (formand)
- Bodil Otto, forbundsformand, HK Kommunal, (næstformand)
- Signe Friberg Nielsen, forhandlingsdirektør, Danske Regioner
- Helle Krogh Basse, sekretariatschef, Forhandlingsfællesskabet
- Jens Kragh, direktør, FTF-K
- Mogens Kring Rasmussen, direktør, Djøf
- Bente Buhl Rasmussen, konsulentchef, KL
- Per Ullerichs, kommunaldirektør, Rødovre Kommune
- Eik Møller, direktør, Ballerup Kommune
- Per Christiansen, direktør, Region Nordjylland.

Ledelse over grænser

Erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet

© Væksthus for Ledelse

November 2014

Projektledeelse

Lone Jørgensen, KL

Lene Viinberg, Danske Regioner

Bo Christensen, Lederforeningen i DSR

Flemming Vesterø, Foreningen af Speciallæger

Tekst og analyse

Christina Holm-Petersen og Martin Sandberg Buch, KORA

Redaktion: Ola Jørgensen, Klartekst

Grafisk design: Karen Krarup

Tryk: PR Offset ApS

ISBN 978-87-92907-80-6

ISBN 978-87-92907-81-3-pdf.

LEDELSE OVER GRÆNSER

ERFARINGER MED TVÆRSEKTORIEL LEDELSE I SUNDHEDSVÆSENET

Sundhedsvæsenet gennemgår store forandringer, som påvirker samspillet mellem regioner og kommuner – og dermed også ledelsesopgaven i begge sektorer.

Det er baggrunden for projektet Tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet, hvis resultater fremlægges i dette hæfte. Formålet er at styrke dialogen om, hvad det kræver at få det nødvendige, men ofte vanskelige samarbejde over sektorgrænserne i sundhedsvæsenet til at lykkes.

Hæftet henvender sig primært til de chefer i begge sektorer, der har ansvaret for samarbejdet over sektorgrænser.

Projektet analyserer med afsæt i den eksisterende forskning på området erfaringer fra fire samarbejder mellem kommuner og regioner. Analysen er gennemført af KORA for Væksthus for Ledelse.

Bag projekt og hæfte står Væksthus for Ledelse – et samarbejde mellem KL, Danske Regioner og Forhandlingsfællesskabet.

Læs mere på Lederweb.dk.



VÆKSTHUS FOR LEDELSE