Lethedens principper i velfærdsinnovation

Af Mads Ole Dall og Annemette Digmann*

Sammenhængen – eller manglen på samme – mellem sektorerne i den offentlige velfærdsproduktion er både et velkendt og truende fænomen. Velkendt, fordi vi gennem de sidste mange år har hørt adskillige eksempler på, hvordan borgere er kommet alvorligt i klemme i det offentlige system som følge af manglende samarbejde mellem sektorerne. Truende, fordi denne form for søjletænkning og ledelsesegoisme dræner ressourcer og ikke mindst underminerer kvaliteten i opgaveløsningen.

Denne artikel bygger på en case fra sundhedssektoren, men vi ved, at både pointer og anbefalinger vil være inspirerende og værdifulde for alle opgaveområder i det offentlige.

Vi har gennem et halvt år – som aktionsforskere – fulgt et klyngesamarbejdes bestræbelser på at udvikle ledelsesformer, der aktivt understøtter ønsket om at skabe sammenhængende behandlingsforløb for borgerne.

Artiklens første del beskriver og analyserer dels samarbejdets organisatoriske og kulturelle kvaliteter, dels hvilke barrierer det tværsektorielle samarbejde stadig må forsøge at overkomme.

Artiklens anden del beskriver og drøfter, hvordan ledelsesopgaven varetages på tværs. Koblingen mellem det strategiske arbejde og driftsledelsen er ét omdrejningspunkt. Vi introducerer i den sammenhæng begrebet om »frisættende ledelse« som et muligt gennembrud. Artiklen afrundes med en række konklusioner, anbefalinger og perspektiveringer til det fremadrettede arbejde.

A. Indledning

1. Baggrund

I Ø&I nr 3, 2015 bidrog Annemette med en artikel: »At lede på tværs af sektorer – nødvendigt og udfordrende«. Artiklen satte fokus på de ledelsesudfordringer, der opstår, når vi har erkendt, at mange af velfærdsopgaverne ikke kan løses af ét fag eller af én sektor alene. Artiklen byggede på et aktionsforskningsprojekt, hvor Annemette havde fulgt to tværsektorielle innovationsprojekter igennem to år. Kort efter

* Mads Ole Dall er partner i Perspektivgruppen, og Annemette Digmann er afdelingschef i Region Midtjylland.

Midtklyngen som case

udgivelsen henvendte daværende ældre- og sundhedsdirektør Lis Kaastrup fra Viborg Kommune sig med en opfordring til at studere det tværsektorielle samarbejde i Midtklyngen, der består af tre kommuner (Skive, Viborg og Silkeborg), Hospitalsenhed Midt og de praktiserende læger i området.

Lis Kaastrup mente, at Midtklyngens bottom-up-tilgang til tværgående sundhedsinnovation kunne være værd at studere nærmere, da den adskilte sig fra den mere top-down-prægede metode, der betegnede de to cases, der var beskrevet i artiklen fra 2015.

Annemette tog kontakt til Mads Ole Dall, der havde arbejdet med begrebet frisættende ledelse igennem en årrække; havde skrevet en bog om emnet og var aktuelt optaget af Laloux' forskning i nye organisations- og ledelsesformer (Laloux, 2015).

Sammen producerede vi en række forskningsspørgsmål, som en til formålet nedsat følgegruppe godkendte, og så gik vi i gang lige efter sommerferien 2015. Artiklen her er en afrapportering af de første resultater.

2. Metode

Forskningsspørgsmålet lød således: Hvordan lykkes Midtklyngen med at gennemføre værdifulde, tværsektorielle forløb for borgere/patienter?

Forskningsspørgsmål

Forskningsspørgsmålet blev understøttet af en række underspørgsmål:

- Hvilken form for ledelse kræver det?
- Hvad har hvem gjort for at opbygge de nødvendige relationer?
- Har der været tale om en bevidst strategi? Eller er det opstået undervejs i samarbejdet? Har det altid været på den måde?
- Stiller tilgangen særlige krav til topledelsen; til afdelingsledelsen og til medarbejderne?
- Hvilke beslutningsprocesser kræver tilgangen? Hvordan får man lov? Hvordan gir man lov?
- Hvilken form for ledelse frisætter medarbejdernes idé- og handlerigdom
- Hvilke grænser/modstand oplever parterne?
- Hvordan ser de næste skridt ud for at løse opgaven endnu bedre for borgeren/patienten?

Metode

Undersøgelsen blev bygget op omkring en række relevante nøglepersoner fra de deltagende organisationer. Vi har i alt interviewet 6 topledere, 12 ledere og 15 medarbejdere. Desuden er en repræsentant for de praktiserende læger blevet interviewet.

Hospitalsledelsen er placeret på hospitalet i Viborg.

På tværs i Midtklyngen er der gennemført mange forsøg på opgaveglidning og kompetenceudvikling. Der er i Silkeborg og Viborg etableret kommunale akutteam, der skal forhindre, at borgerne bliver (gen)indlagt. Akutteamet i Viborg laver således IV-behandling og foretager blodtransfusion i hjemmet, hvis det er bedst for borgerne.

Ud over interviewene har vi studeret de fælles strategier og observeret møder både internt i Viborg Kommune og møder på tværs i klyngen. Vores foreløbige findings er i flere omgange præsenteret for de deltagende organisationer.

Undersøgelses design

Analysen af interviewene er gennemført således, at kun hvis mere end halvdelen af de interviewede giver udtryk for samme holdning, så er dette medtaget. Vi vælger som oftest et af de mest præcise citater til illustration. Fraviger vi dette princip, så er det nævnt i teksten.

Vores overordnede undersøgelsesdesign tager udgangspunkt i aktionsforskningen. Som aktionsforskere følger vi aktørerne med det formål at gøre forskningen ikke bare til et teoretisk bidrag, men også til en ressource for de organisationer og de aktører, der er en del af den studerede praksis. I denne fase af forskningsprojektet har vi primært haft fokus på interview med parterne. Først i næste fase af forskningsprojektet vil vi nærme os den egentlige aktionsforskning.

Den første afdækning viste, at Skive Kommune har en anden organisering af samarbejdet med hospitalet. Derfor koncentrerer vi os i denne artikel om samarbejdet mellem Hospitalsenheden og Viborg og Silkeborg Kommuner.

Artiklen er bygget op om to hovedafsnit:

Først beskriver vi den tværorganisatoriske rammesætning (B), der indeholder en analyse af:

- forholdet mellem en formel og uformel organisationsform

- drivkræfterne bag Midtklyngens tværsektorielle samarbejde
- hvilke virkemidler parterne benytter sig af
- de oplevede barrierer

I andet hovedafsnit (C) sætter vi fokus på ledelse:

- Strategisk ledelse i midtklyngen
- Frisættende hverdagsledelse
- Ledelse i mellemrummet

Til slut samler vi vores analyse i 5 konklusioner og anbefalinger. Vi afrunder med en perspektivering.

B. Den tværorganisatoriske rammesætning

1. Organisering

Styregruppens opgave

Samarbejdet på tværs i Midtklyngen – og på tværs af de fem klynger i Region Midt – organiseres, som det er beskrevet i sundhedsaftalen. Den overordnede organisering foregår i en sundhedsstyregruppe, der sætter rammerne for arbejdet og koordinerer på tværs af de fem klynger, der findes i regionen. Sundhedsstyregruppen nedsætter temagrupper, der skal løse konkrete problemstillinger, som eksempelvis at lave retningslinjer for, hvordan hjerterehabilitering kan flyttes til kommunerne. Ledelsen af Midtklyngen finder sted i en Klyngestyregruppe, der har til opgave at oversætte den overordnede vision til de lokale forhold.

De fleste af vores interviewpersoner oplever samarbejdet i sundhedsstyregruppen som tungt og meget overordnet. Der er mange hensigtserklæringer og mange interesser at varetage, men måske ikke så meget handling. Oplevelsen af langsommeligheden i det formelle set-up går igen i Midtklyngens styregruppe, hvor der også er forskel på, hvad der kan lade sig gøre centralt på tværs af hospitalet og de tre kommuner og i det lokale samarbejde. Et konkret eksempel er et centralt projekt om borgere med KOL, der opleves anderledes end det lokale KOL-projekt, hvor det er lettere og hurtigere at blive enige og komme til handlefasen. Det er der ikke noget mærkeligt i: jo bedre man kender hinanden, og jo færre der skal blive enige, jo lettere er det at komme i gang, fordi der ikke er så mange interesser i spil.

Den eksisterende organisationsform opstod i forbindelse med Strukturreformen i 2007 og er således etableret på et tidspunkt, hvor parterne havde behov for at »få styr på hinanden«. Vi forestiller os, at den tillidsopbygning, der er foregået siden, betyder, at der nu må være mulighed for at eksperimentere med en enklere organisationsform. Men hvilken retning skal et sådant eksperiment tage?

a. Formel eller uformel organisering?
Det er nødvendigt med en eller anden form for formel organisering af samarbejdet på tværs af kommuner, hospitaler og almen praksis. Det er i det formelle system, den værdibaserede sundhedsaftale er blevet til og legitimerer det tværgående arbejde. Men det er i den lokale praksis, ordene bliver til virkelighed.

Hvor er balancen?

Udfordringen er dels at finde balancen og koblingen mellem det formelle og det uformelle system; dels at skabe den tilsyneladende livsvigtige dialog mellem det formelle og uformelle perspektiv. En topchef udtrykker det således:

»Vi er stadig søgende – og har været det lige siden regionsdannelsen. Hvordan organiserer vi og i hvilken arbejdsform. Det er lidt et paradoks. Nu har vi en værdibaseret og rummelig sundhedsaftale, med masser af muligheder for at udvikle samarbejde. Der er sket en frisættelse og det er rigtig godt på de enkelte enheder. Paradokset er, hvordan vi finder en balance mellem det lokale drive og så det nødvendige i at prioritere noget fælles tværgående. Man kan jo godt lokalt opleve at ens egne fremragende ideer ikke nyder fremme, hvis de skal opskaleres. Og det kan jo godt opleves, som at det bliver kvalt i bureaukratiet.«

Hvordan skaber man den balance? Det hører vi ikke noget svar på fra de interviewede, men vi ved, at der arbejdes på sagen i den overordnede sundhedsstyregruppe.

Der er enighed om, at det er nødvendigt med det formelle set-up, når man igangsætter større projekter, der kan komme til at udfordre det bestående. En leder fortæller:

»Vi sætter ikke store projekter i gang, uden at vi har en formel organisering, der kan træffe beslutninger om de store rammer. I nogle forsøg overskrider vi lovgivningen – dét er jeg nødt til at sige.«

Er man nødt til at sætte den eksisterende lovgivning på pause for at få plads til at igangsætte et tiltag, der både giver værdi for borgeren og sparer på samfundsressourcerne, så er det naturligvis vigtigt, at parterne har aftalt, at det er sådan, man gør – så man i fællesskab tager

ansvar for forsøgene. Aftalerne skal naturligvis følges op i parksis, så parterne oplever, at der er overensstemmelse mellem ord og handling.

Problemerne med de mange formelle organiseringer opstår i de situationer, hvor parterne hver især er optaget af at værne om egeninteressen – og det virker, som om egeninteressen bedst varetages i de formelle sammenhænge:

»I de formelle møder (klyngestyregruppen) er der for mange mennesker – det sætter en grænse. Vi skal finde nogle nye former – så det ikke er et sammenrend af selvbeskyttelse.«

Den fremtidige organisation

Det er helt nødvendigt at udvikle organisationsformen for det tværsektorielle samarbejde. Ellers er risikoen, at de gode intentioner, visioner og overordnede rammer kommer til at stække den lokale handlekraft. Derfor taler man også i Midtklyngen – og med god grund – om den fremtidige organisering. Der kan være behov for en tættere og mere formel relation mellem parterne, f.eks i form af en fælles bestyrelse, men det bekymrer også, fordi det kan medføre mere bureaukrati. Hvem afgør, hvilke muligheder der er til rådighed, når behovet tilsyneladende er en mere dynamisk og kraftfuld formel organisering? Det er ikke tydeligt for os.

Den formelle organisation er tung

Næste spørgsmål, der melder sig, er, hvordan man – som en del af den nye organisering – formår at give plads til de uformelle kontakter og møder? Netop her, hvor hensigterne bliver til handling. Hovedparten af de ledere, der deltager i møder i klyngestyregruppen, er enige om, at dialogen fungerer fint, og at parterne får truffet beslutninger, men er der en oplevelse af, at det er tungt, fordi der er mange om bordet og alle skal være repræsenteret. Til gengæld oplever hovedparten af toplederne, at det er på mellemlederniveauet, der for alvor samarbejdes om at løse de konkrete udfordringer:

»Projektet er igangsat fra »midten« af organisationerne. Der står i sundhedsaftalerne hvordan man opgaveopdrager. Denne procedure følges, og man taler sig frem til, hvordan overdragelsen skal foregå. Det foregår fint på medarbejder- og mellemledelsesniveau.«

Moralen er, at ledelsen af klyngen skal holde sig til at fastsætte de overordnede rammer og så overlade til medarbejdere og mellemledere at omsætte ordene til konkrete handlinger – med mere tillid og mindre kontrol!

Lederen af et akutteam oplever stor forskel på, hvad der får det tværsektorielle samarbejde til at lykkes. Hun har både erfaring fra et rehabiliteringscenter og akutteamet.

I samarbejdet omkring rehabiliteringscentret er samarbejdet med sygehuset langt mere formelt, mere regelsat og langt mere komplekst. Synergierne opstår ikke på samme måde som i akutteamet. Ifølge lederen er det netop reglerne, der kendetegner forskellen:

»Når medarbejdere samarbejder med medarbejdere, så kommer borgerne i centrum. De er i øjenhøjde med hinanden. På rehabiliteringscentret er samarbejdet formaliseret. Opstår der et problem, træder hierarkiet i kraft. Visitationen er sat i verden for at overholde regler, og det gør de. Det betyder, at fleksibiliteten ift borgeren underlægges reglerne.«

Der skal eksperimenteres

Organisationsformen er med til at afgøre, hvilken kultur der har mulighed for at opstå i mellemrummene. Derfor er det så vigtigt, at der også eksperimenteres med, hvilken organisering der bedst understøtter den fælles opgave.

Selvfølgelig kan ikke alt være »bottom-up«. Nye lovinitiativer eller regionale indsatsområder behandles naturligvis i klyngestyregruppen. Det er væsentligt at vide, hvad man har med at gøre, og hvilken organisering der passer til hvad, således at det er klyngestyregruppen, der oversætter eksempelvis nye love til de lokale forhold – og medarbejderne, der omsætter ordene til handling i det mere uformelle samarbejde med borgeren i centrum.

Det er dog uklart for os, hvordan dialogen mellem det uformelle og formelle system er organiseret og fungerer. Vi får en fornemmelse af, at dele af de uformelle samarbejder fungerer under radarhøjde. Måske er det netop en af kvaliteterne i Midtklyngen – at der ikke behøver at være styr på alt. Det kan der både være fordele og ulemper ved. Måske skal de mere radikale forsøg vokse nedefra a la »find på noget og gør det«. Det har man også blik for på topledelsesniveau:

»Og så aftalte direktøren og jeg, at det ikke var nødvendigt, at alt skulle op i klyngestyrgruppen.«

Det virker stærkt motiverende på medarbejderne, at de har licens til at handle, når de oplever noget, der er uhensigtsmæssigt i hverdagen. Problemet i forhold til det formelle system kan opstå, hvis det viser sig, at forsøget fejler, eller at det lykkes så godt, at alt taler for en ska-

lering. Det er meget vanskeligere at implementere den gode idé, der er udviklet et sted, til de enheder, der ikke har været med i eller kendt til udviklingsprojektet.

Når de uformelle sammenhænge fremhæves så positivt, skyldes det flere forhold:

Letheder findes i det uformelle

For det første er der færre deltagere. Vi har været inde på, at jo færre der skal blive enige, jo lettere og hurtigere går det.

For det andet er det let, når medarbejderne på kryds og tværs kan tage kontakt til hinanden for at få løse problemerne. Medarbejderne har fået mulighed for at agere selvstændigt fra situation til situation, uden at de lige skal tjekke alt »opad« i systemet. Det synes at være både stærkt engagerende for den enkelte medarbejder og fremmende for det mod og den risikovillighed, der er helt afgørende, når man skal krydse grænser i en brydningstid.

Den vertikale styring er således stadig af afgørende betydning, men den er minimeret, mens den horisontale ledelse er præget af vilje, mod og tillid. Tilsammen synes det at være vejen til at sætte den sunde fornuft fri ud fra devisen, at det, der virker og er ganske komplekst set ovenfra, det bliver enkelt i mødet med virkeligheden. Netop der, hvor medarbejdere på tværs af fag og sektorer møder borgeren og løser de vanskeligheder, der dukker op.

b. Sammenfatning

Det lokale samarbejde

Der er i Midtklyngen skabt en infrastruktur, der understøtter samarbejdet på tværs. Kommunerne oplever, at samarbejdet med det *lokale* hospital fungerer optimalt. Her sker samarbejdet hurtigt og uproblematisk i modsætning til, når hele klyngen skal inddrages. Lokalt er det muligt at få ideer, igangsætte et forsøg og skalere dét, der virker. Der er enighed om, at parterne er på rette vej. Kommunerne giver dog udtryk for, at samarbejdet kan gå i stå, hvis regionens bureaukrati inddrages. Oplevelsen er, at dét, der kan lade sig gøre lokalt, ikke er muligt, når det viser sig, at regionens administration alligevel ikke har tillid til, at kommunerne kan løse opgaverne. Det er ikke vores indtryk, at parterne endnu har fundet en vej for at komme til at tale direkte med hinanden om disse oplevelser. Det tager tid at udvikle et samarbejde og lære at forstå hinandens vilkår og perspektiver, og det kræver nok også, at man tillader sig at få hjælp undervejs. Spørgsmålet, som vi håber at kunne besvare i næste del af forskningsprojektet,

er, hvad der er næste skridt i bestræbelserne på at optimere en kraftfuld klyngeledelse og klyngeorganisering.

2. Identifikation af de tværgående drivkræfter

Vi har hørt udsagnene mange gange: både Folketingets udmeldinger på sundhedsområdet og de regionale sundhedsaftaler slår fast, at vi skal have meget større fokus på borgeren/patienten. Derfor er vi nødt til at blive bedre til at arbejde på tværs. Det ligger således i tidens toneklang, at vi skal nedbryde både fag- og sektorgrænser for at imødekomme borgernes behov. Men hvad er den egentlige driver, når vi møder de ansatte i deres travle hverdagsliv, og er der forskel på, om man spørger ledere eller medarbejdere?

Patientens tarv

En repræsentant for topledelsen i Silkeborg formulerer visionen således:

»Drivkraften er, at vi godt kan lide at skabe succes for patienterne.«

Skal man skabe succes for patienterne, er man nødt til at arbejde på tværs af sektorer, fag, lovgivninger og incitamenter. Det har de fleste parter for længst erkendt. Der er dog behov for i praksis at demonstrere, hvordan det – med lethed – lader sig gøre at arbejde på tværs af fag og sektorer.

Samtidig med de politiske udmeldinger om en ny dagsorden oplever sundhedsvæsnet nogle store, konkrete udfordringer, der kun kan overkommes i fællesskab. Flere borgere bliver kronikere og/eller multisyge, de nye supersygehuse får færre sengepladser, så borgerne skal i højere grad færdigbehandles i hjemmet, samtidig med at borgernes perspektiv og ressourcer skal inddrages i behandlingen. Det betyder for alle involverede parter, at sundhedsvæsnet er nødt til at begynde både at tænke og handle anderledes. At overkomme de fremtidige udfordringer for sundhedsområdet er således også en vigtig driver for samarbejdet på tværs. En repræsentant for topledelsen i formulerer det således:

Nye krav

»Det radikale perspektiv er, at vi smelter nogle indsatser sammen. Vi skal etablere nogle samarbejder, som er mere bindende, end vi kender det i dag…… Derfor vil vi se en række nye samarbejder på tværs af kommuner og region spire frem.«

Parterne er gået fra et systemperspektiv til et borgerperspektiv og har på den måde fået installeret en fælles hovedopgave som omdrejningspunkt for samarbejdet. Det synes at være stærkt motiverende for såvel

Fra system til borgerperspektiv

styringsfolk som fagfolk og er en forudsætning for, at noget nyt kan ske.

I Silkeborg Kommune drømmer de om et »sammenhængende, grænseløst sundhedsvæsen«, og perspektivet er, at organisationerne om fem år er smeltet sammen. De forsøg, der gennemføres, betragtes af kommunen som et eksperimentarium for det fremadrettede, tværsektorielle samarbejde.

Der synes at være fin overensstemmelse mellem den kommunale og regionale vision, i hvert fald på det retoriske niveau. Vi hører dog stadig en usikkerhed om, hvad »de andre« kan og vil være med til. I regionen støder vi f.eks. på gisninger om, »hvor langt kommunerne er villige til at gå«, og modsat kan kommunerne blive i tvivl om, hvor mange opgaver regionen vil overlade til kommunerne. Kommunerne har eksempelvis en oplevelse af, at regionen på forhånd har bestemt sig for, at en opgave ikke kan flyttes. En af oplevelserne lyder således:

> »Vi vil det samme i klyngen. Det er jeg ikke i tvivl om. Vi kan komme med vores problemstillinger til hospitalet, der er lydhøre. Problemet opstår, når regionen går ind i det. Jeg tænker på neurologi-eksemplet, hvor regionen ikke har tillid til, at kommunerne kan finde ud af det og fordi de ikke mener, at vi har kompetencerne.«

Opgaveflytning der lykkes

Hvis det er rigtigt, at beslutningen er truffet på forhånd, eller at det vurderes, at det ikke er muligt i en aktuel situation at flytte en opgave, så bør man kunne tale direkte med hinanden om det i et partnerskab og ikke komme med afværgesvar som »kommunernes manglende kompetencer« eller »patientsikkerhed«. På den anden side har vi også hørt om en del opgaveflytninger, der begyndte med et nej, men alligevel er blevet til noget, efter at »de rigtige« mennesker er blevet inddraget. Denne form for tilfældighed er vel ikke altid hensigtsmæssig? Vi vurderer, at der er behov for, at parterne i stedet dyrker en anden form for gennemsigtighed i samarbejdet for at reducere fantasier og tolkninger om hinanden. Fænomener, der skaber distance og vagtsomhed i relationen, frem for at fremme en positiv samarbejdsrelation.

På samme måde, som der kun er nuanceforskelle mellem det kommunale og regionale perspektiv, så er der også overensstemmelse i udsagnene fra ledere og medarbejdere. Både de kommunale og regiona-

le medarbejdere er primært optaget af at holde borgerne ude af hospitalet ved at forebygge indlæggelser og undgå genindlæggelser.

Blandt lederne i klyngesamarbejdet er der en oplevelse af, at man er på vej til at skabe et eksperimentarium for fremtidens sundhedsvæsen. Parterne har gjort mange positive erfaringer med at igangsætte prøvehandlinger for at overkomme de fælles udfordringer. Hvis prøvehandlingen fører til et bedre resultat, så er der mulighed for at skalere løsningen. Virker eksperimentet ikke, så er der mulighed for at finde på noget nyt. Drømmen er, at det eksperimenterende samarbejde kan få lov til at fortsætte:

»Lad os blive en eksperimentalzone, så vi kan folde det tværgående helt ud i fuld skala. Sæt os fri, så afprøver vi, hvordan det kan lade sig gøre at udvikle nye styringstiltag og samtidig tage patientens perspektiv. Det kunne være skønt.«

Hvordan får man lov til at blive en eksperimentalzone? Det er ikke sikkert, at man skal vente på tilladelse, men bare kaste sig ud i det, som de gør i Midtklyngen.

a. Sammenfatning

Hovedopgaven viser vejen

De mange nuværende og fremtidige udfordringer, så som manglende ressourcer, høj specialisering med færre sengepladser osv., er en stærk drivkraft for parterne til at gøre noget nyt. Herudover virker det fremmende for det tværgående samarbejde, når parterne sætter borgerens perspektiv forud for systemets – og derved får en *fælles* hovedopgave.

På den led er Sundhedsaftalens vision om mere sundhed på borgerens præmisser slået igennem både på topniveau i den midtjyske klyngeledelse og hos de mellemledere og medarbejdere, vi har talt med. En vigtig årsag er, at den overordnede ramme og retning er stærkt meningsskabende set fra et fagprofessionelt perspektiv. Denne sjældne overensstemmelse mellem en fagetisk mening og et styringsperspektiv – her besparelsesdagsordenen – er måske den stærkeste driver for et værdiskabende, tværsektorielt samarbejde på borgerens præmisser. Og måske også grunden til at vi på spørgsmålet om, »hvad der har undret mest?«, får svaret, »at det er så let«.

3. Karakteristik af samarbejdet på tværs i klyngen

Samarbejdet lokalt

Der er ingen tvivl om, at samarbejdet fungerer bedst, dér hvor man er tæt på hinanden. Både Silkeborg og Skive Kommune omtaler samar-

bejdet med det lokale hospital/de lokale afdelinger mere positivt end samarbejdet med det store hospital i Viborg. En leder fra kommunen oplever forskellen således:

»Vi kan virkelig noget sammen i Silkeborg; vi har en helt særlig relation. Vi har ikke så mange udviklingsprojekter med hospitalet i Viborg. Task Force projektet i Viborg kører mere formelt, hvorimod Diagnostisk Center agerer lynhurtigt.«

Centerledelsen i Diagnostisk Center har haft en langvarigt samarbejde med Silkeborg Kommune. Samarbejdet er båret af respekt og tillid, og parterne er ikke optaget af, hvem der betaler hvad. Når et nyt tiltag vurderes at være godt for patienterne, så er begge parter enige om at kaste sig ud i det og først efterfølgende finde ud af, hvem der betaler hvad.

Når parterne kender hinanden og har arbejdet sammen igennem en årrække, så opstår der som oftest et tillidsforhold, der gør, at man – som i citatet her – vover at sætte borgerens perspektiv før det økonomiske. Der er en lethed i samarbejdet mellem Silkeborg Kommune og Hospitalet i Silkeborg, der genfindes i samarbejdet mellem Viborg Kommune og Hospitalet i Viborg. Samarbejdet bliver nødvendigvis mere distanceret, når afstanden er større og parterne primært mødes i mere formelle fora.

a. Gennembruddet

Da Viborg Kommune i 2011 fik status som frikommune, kom der for alvor gang i den fælles idéudvikling mellem kommune og hospital. Samtidig blev der ansat en ny leder, der dels havde erfaringer fra begge sektorer; dels lod ildsjælene i kommunen få »frit spil«. Etablering af en fælles visitation og et akutteam er blot nogle af nybruddene.

Dyrk det relationelle

Det går igen hos alle parter, at hvis man kan få lov til at gøre det, der giver klinisk mening, så virker samarbejdet bedst. Det går ligeledes igen, at jo mere uformelt samarbejdet kan glide, jo bedre. De rigtige rammer (frikommune) og de rigtige mennesker har også afgørende betydning.

Herudover peger udsagnene entydigt på, at der gennem en årrække er etableret relationer, hvor man vil hinanden. Både i Viborg og Silkeborg er der enslydende meldinger. I Viborg Kommune udtrykkes det således:

»Det er jo så let: gode relationer, højt til loftet og patienten i centrum.«

Og fra hospitalet lyder det således:

»Metoden er relationer, netværk, åbenhed og tillid.«

Man taler med hinanden og ikke om hinanden. Lederne er i den sammenhæng vigtige rollemodeller. En repræsentant for centerledelsen i Silkeborg siger:

»Vi taler ALDRIG dårligt om Silkeborg Kommune. Er der noget, så ringer vi.«

Mange udsagn peger på, at gode relationer er noget, der skal opbygges. De kommer ikke af sig selv, men kræver handling, da det er i praksis, at parterne registrerer, hvor langt de kan komme i fællesskab:

»De gode relationer er helt afgørende for, at vi kan mødes hen over også forskellige interesser og kasser. Vigtigt at vi har en fælles overlægger og her er den det gode patientforløb i overgangen. Jeg er sikker på, at relationen forebygger spændinger og konflikter.«

Der er hos alle parter enighed om, at gode relationer er nødvendige. De opbygges ved, at man er åbne og ærlige over for hinanden, og at alle kan se den fælles opgave for sig. Er der noget, der ikke fungerer, er det vigtigt at tage fat i det med det samme. Lykkes man med det, så er perspektiverne til gengæld store.

b. Man opbygger relationer ved at sætte opgaven først
Alle parterne i samarbejdet skal ville det samme – og i Midtklyngen giver parterne samstemmende udtryk for den samme vision. Der er ikke langt fra ord til handling, hvis handlingen giver mening. En medarbejder udtrykker:

»Vi har en kultur, hvor hvis vi kan se mening i det, så gør vi det. Også når det drejer sig om det tværsektorielle.«

Tag borgerens perspektiv

Det virker relationsopbyggende at gå fra ord til handling. Det er i handlingerne, at parterne for alvor kan mærke hinanden, og det er tilsyneladende her – i mødet om opgaven – at det komplicerede bliver til lethed.

Når man i Viborg-samarbejdet står med en ny fælles problemstilling, så har parterne gavn af at sige:

»Hvis jeg var patient, hvad ville jeg så gerne, at der skulle ske lige nu.«

Ved hjælp af det slogan kommer opgaven i centrum og bliver styrende for det arbejde, der skal foregå. Samtidig virker det meget motiverende og meningsgivende for medarbejderne at få mulighed for at tage patientens eller borgerens perspektiv.

Når man kaster sig ud i samarbejdet på tværs, er parterne nødt til at hjælpe hinanden og undgå at stå i vejen for samarbejdspartneren. På Diagnostisk Center i Silkeborg er ledelsen eksempelvis optaget af at følge de opgaver, der overdrages til kommunen, til døre:

Fælles viden er afgørende

»Når vi overdrager opgaver til kommunen, så er vi der, indtil de kan selv. Vi bidrager til kompetenceafdækning og – opbygning. Etablerer livliner, som man kan ringe til, hvis der opstår tvivl. I fællesskab uddanner vi patienterne til at have et større handleberedskab.«

Det er relationsopbyggende at gøre vigtig viden fælles. Et fælles kompetencegrundlag er med til at skabe den fornødne respekt mellem forskellige fag og organisationer. Vi citerede tidligere en koncerndirektørs forestilling om det fremtidige samarbejde, og i Midtklyngen registreres helt tydeligt og konkret, at der sker en opblødning af grænserne mellem den kommunale og regionale del af sundhedsopgaverne. Der etableres forsøg og eksperimenteres som aldrig før – og en lang række af dem lykkes fint.

c. Sammenfatning

Sundhedsaftalen omsat til handling

Når vi skal karakterisere samarbejdet i Midtklyngen, så får vi øje på:

- At parterne i fællesskab har fået skabt en retning og ramme for samarbejdet – visionen.
- At blikket er rettet mod den fælles hovedopgave – i mellemrummet.
- At klyngeledelsen bestræber sig på at praktisere tillid – ved at give stort råderum til eksperimenter.

Den fælles overligger er en lokal oversættelse af sundhedsaftalen, som er tydelig for både ledere og medarbejdere. Der er tillid til, at alle parterne vil borgerne det bedste, og de er indstillet på, at der er behov for at udvikle nye tiltag, som medfører overdragelse af opgaver. Alle er enige om, at der er tale om et langt sejt træk, men at man er godt på vej. Vi finder, at der er mod til at eksperimentere og udfordre hinanden og systemerne.

Opstår der fejl eller gnidninger undervejs, så er det relationsopbyggende, hvis parterne kan tale med hinanden om det. Som ledelse må man bære over med hinanden og få talt om dét, der står i vejen. Øget gennemsigtighed kan være en vej hertil, hvor alle har et ansvar for at bringe utilfredshed frem i det åbne.

4. Det er de rigtige mennesker og den rigtige kultur, der driver samarbejdet fremad

a. Hvem er de rigtige mennesker?

Igen og igen hører vi, at det er »de rigtige mennesker«, der får samarbejdet til at lykkes. I et konkret eksempel, der drejede sig om at kunne tilbyde borgere blodtransfusion i hjemmet, var det først, da medarbejdere fra akutteamet i Viborg mødte den »rigtigt indstillede læge«, at der kom skred i tingene. De rigtige mennesker beskrives ofte som dem, der har været ansat i mere end den ene sektor. Det kan være den læge, der både har været i almen praksis og på et hospital, eller den sygeplejerske, der både har været ansat i det kommunale sundhedsområde og på hospitalet. Dobbeltansættelserne betyder, at det er lettere for de medarbejdere at se tingene fra mere end et perspektiv, fordi de har indsigt i og erfaring fra hinandens verdener.

... har erfaringer fra forsknings sammenhænge

En særlig iagttagelse er, at en tredjedel af de medarbejdere, vi har interviewet, tidligere har været ledere. Det har den fordel, at de kan se på problemstillinger både fra en medarbejder- og en ledervinkel. Og så har de formentlig en række organisatoriske kompetencer, som er værdifulde i tværsektorielle samarbejder. De vigtigste er, at de »rigtige« medarbejdere kan netværke, er gode relationsskabere og har mod til at udfordre systembarrierer.

Endelig skal de »rigtige« mennesker også kunne udvise mod og handle efter deres overbevisning på trods af love og incitamenter. Det er en balancegang, som et flertal af de interviewede mestrer.

Ud over disse registreringer har vi ikke i dette studie tilstrækkelig mange observationer til at kunne beskrive de personlige egenskaber, der fremmer tværsektorielt samarbejde. Det kunne være et muligt fokusområde for næste fase af aktionsforskningen.

b. Dialog mellem de rigtige niveauer

De rigtige mennesker har også at gøre med, at det er de rigtige niveauer, der mødes. Ledere mødes med ledere, bureaukrater med bureaukrater og medarbejdere med medarbejdere. Vi hører især, at der

sker noget, når de medarbejdere, der kan og vil handle til fordel for borgeren, mødes. En afdelingssygeplejerske har denne oplevelse:

Skal forskellige niveauer samtale og samarbejde?

»Mine erfaringer er forskellige. Et projekt var kendetegnet ved nogle tunge processer, samtidig med at det var svært at få adgang til hinandens data. Det var opbygget hierarkisk, og der var ikke rigtig noget, der kunne lade sig gøre. Deltagerne vidste ikke nok om virkeligheden. I KOL- gruppen laver vi aftaler, og så gør vi noget ved det. Der sker noget, og det gir energi. Det er nøglepersonerne, der er med.«

Vi hører flere gange, at det er vigtigt, at det er de samme niveauer, der mødes, således at direktører i en organisation taler med andre organisationers direktørniveau; eller at medarbejdere mødes med medarbejdere. Skræmmebilledet hos de kliniske medarbejdere er, at en bureaukrat for tidligt får nys om en prøvehandling og forsøger at standse projektet med henvisning til et regelsæt.

Der ser ud til at eksistere en dominerende fortælling om, at »lige børn leger bedst, hvorfor niveaukryds synes upassende. Det er paradoksalt og formentlig problemskabende, fordi vi samtidig hører, at der netop er behov for at skabe bedre koblinger vertikalt for at fremme lysten og evnen til at arbejde tværsektorielt.

Vores vurdering er da også, at der – under kyndig procesledelse – vil kunne skabes nye muligheder i samarbejdet ved at lade de forskellige fagkulturer og ledelsesniveauer møde hinanden i øjenhøjde. Hvordan det bliver muligt at flytte fokus fra »bureaukratiets logik« til »opgavens logik«, vender vi tilbage til i kapitlet om ledelse.

c. Hvad kendetegner den »rigtige« kultur?

I næsten alle de deltagende organisationer er innovation på den strategiske dagsorden. I Viborg Kommune har man arbejdet med at etablere en kultur, der lægger op til innovation. En medarbejder oplever det således:

Hurtigt fra idé til handling

»Ledelseskulturen i Viborg er sådan her: Find på noget og gør det!«

Vi oversætter sloganet til, at der er åbnet op for, at medarbejderne kan tage initiativer uden at skulle spørge om lov. En ting er at have en vedtaget innovationsstrategi, noget andet er at omsætte ordene til handling på en måde, så strategien sætter sig igennem i praksis. En medarbejder fra hospitalet i Silkeborg oplever, at der også her er en helt særlig kultur, der fremmer innovation:

»I Silkeborg er vi opdraget til at få nye, gode ideer og prøve dem af. Det er naturligt for os at handle NU.«

Flertallet af de medarbejdere og ledere, vi har talt med, oplever, at den eksisterende kultur tillader innovation på tværs: få en god idé og gør noget ved den uden at skulle indhente tilladelse! Det gør helt sikkert arbejdet lettere, men stiller også krav om en ledelse, der går foran og i praksis tillader, at grænser krydses uden at blive nervøse for eventuelle fejl.

Det virker, som om der i Midtklyngen er opstået en kultur, hvor parterne er blevet gode til at finde hinanden i det uformelle. En leder udtrykker det således:

»Vi har det formelle samarbejde, men hvis jeg skal være helt ærlig, så idégenerer vi uden for de formelle møder. Vi drikker kaffe uformelt og inviterer også praktiserende læger. Og her sker der noget.«

Det tværsektorielle samarbejde synes især at have de bedste livsbetingelser i de uformelle sammenhænge. Ud over den uformelle kaffedrikning har parterne etableret fælles idé udviklings fora – de såkaldte »boble-grupper«. Der er opstået en lethed i at komme fra idé til handling:

»Hvis ikke det er farligt for patienten, så prøver vi det.«

Vi har observeret et enkelt møde i en boblegruppe og oplevede høj tillid på tværs af parterne, som var til stede. Der var mulighed for at rykke på opgaver og lære af hinanden. Boblegruppene vender vi tilbage til i afsnit C.

Prøvehandlinger

Et sidste kulturtræk, vi registrerer, er fænomenet »prøvehandling«, der synes fællesgjort på en kraftfuld måde i Midtklyngen. Det skaber tryghed, hvis man tilrettelægger et nyt forsøg som en prøvehandling. Så er alle klar over, at der er tale om et forsøg, og at man kan vente lidt med at rejse alle advarselsflagene. Prøvehandlinger dæmper på denne måde angstniveauet i en nul-fejlskultur.

Alle parterne har en fælles opgave i at sikre, at der etableres en kultur, hvor det er muligt – i praksis – at få en ide, lave et forsøg ét sted og efterfølgende få de øvrige enheder med på at afprøve det nye tiltag i deres kontekst. Nogle gange må man acceptere, at der skal gennemføres flere forsøg, og at der kan ske fejl undervejs. Det trigger den of-

fentlige nul-fejlskultur, som man er nødt til at gøre op med, hvis prøvehandlingerne skal have en chance. Det kunne være ved at etablere en læringskultur, der bidrager til, at parterne bliver klogere undervejs. Og det er ikke nok kun at uddrage læring af det konkrete projekt; man er også nødt til på metaplan at forholde sig til, hvordan dialogen, processerne og lederskabet førte til, at parterne opnåede det ønskede resultat.

d. Sammenfatning

For at lykkes med samarbejdet på tværs er parterne afhængige af, at de rigtige mennesker – på de rigtige niveauer – mødes i den rigtige kultur. Vi har ovenfor beskrevet, hvad Midtklyngen forstår som det »rigtige«. Vores bekymring går på, om det succesfulde tværsektorielle samarbejde er for afhængigt af, at »det rigtige« er til stede?

Selv om der er etableret formelle strukturer, der sikrer, at »de rigtige« mennesker mødes, så peger vores undersøgelse på, at de uformelle strukturer er mindst lige så vigtige og måske mere kraftfulde – på en konstruktiv måde. Et kulturfænomen, som formentlig er kraftigt stimuleret af det generelle billede af, at prøvehandlinger og fejltrin er en både tilladt og legitim praksis.

5. Barrierer

Deltagerne i det tværsektorielle samarbejde støder også på barrierer, og i dette afsnit vil vi beskrive de væsentligste. De fleste barrierer har et modstykke i dét, der virker positivt. Der er således ikke noget, der kun fungerer godt eller det modsatte. Som vi har været inde på, så fungerer samarbejdet fint på tværs af sektorerne, men der er også områder, hvor der er plads til forbedring. Sagt på en anden måde, så har kvaliteterne også en bagside. I det følgende vil vi beskrive de barrierer, vi har hørt om og fået øje på.

Lovgivning

Lovgivningerne, som parterne er underlagt, er en væsentlig barriere. For eksempel matcher serviceloven og sundhedsloven ikke hinanden. Tilbuddene og økonomien bag disse er forskellige. De tilbud, der er gratis ifølge sundhedsloven, koster borgeren penge, hvis det foregår under serviceloven. Der er behov for en kontinuerlig dialog både mellem parterne og på tværs af ledelsesniveauerne om de vilkår, der er og skal være gældende fremover, hvis patientens/borgerens behov for alvor skal i centrum. De fleste barrierer kan nemlig overvindes, hvis man er sammen om det – og har visionen for øje:

»Støder vi på økonomiske udfordringer, så ser vi uden om dem. Vi har eksempler på, at den praktiserende læge ikke vil lade en patient ligge hjemme, fordi det koster patienten penge. Så siger sygehuset: »vi betaler medicinen«. Selvom det er noget ved siden af vores styringskoncept, så kan medarbejderne gøre det, fordi de ved, at vi ledelsesmæssigt er enige.«

Incitamenter

Incitamentstrukturerne er den næste barriere, idet de ikke understøtter den opgaveglidning, der er behov for på sundhedsområdet. Helt konkret er der ikke overensstemmelse mellem de overordnede politiske visioner og de aktuelle styringsvilkår. Herom siger en topleder:

»Regionen har lagt en strategi, der flugter rigtig fint med det, vi gør. Men i selve styringen – især de økonomiske konsekvenser – er incitamenterne de stik modsatte. Når jeg kigger på mine kolleger (andre steder) i regionen, så gør de det ikke, fordi de taber penge på det.«

Vi har registreret, at der i Midtklyngen er en vilje til at se bort fra incitamenter og pengekasser. Spørgsmålet er, om det kan blive ved? Hvornår kan hospitalet ikke længere uddanne det kommunale akutteam uden beregning, og hvor længe kan eksperimenterne på tværs få lov til at fortsætte, inden politikerne vil se resultaterne materialisere sig på bundlinjen?

Bureaukrati

Bureaukratiet er en tredje udfordring for det tværgående samarbejde, fordi oplevelsen er, at det sænker forandringshastigheden.

En leder på hospitalet oplever, at afstanden mellem hospitalsafdelingerne og hospitalsledelsen er for stor. Der er et bureaukratlag, der hæmmer udviklingen:

»Der sidder et alt for stort filter mellem driften og hospitalsledelsen – som snarere øger end fremmer dekoblingen«.

Oplevelsen i kommunerne er, at regionen opfattes som meget bureaukratisk, og det betyder, at forsøg og eksperimenter ikke altid formidles i det åbne. En topleder siger:

»Jeg har somme tider på fornemmelsen, at mellemlederne sætter noget i gang, som ikke har ledelsesmæssig dækning, fordi det er for trægt at få det besluttet. Andre gange sker der bare ikke noget, fordi det er for tungt og langsommeligt i regionen.«

Toplederens fornemmelse understøttes af en mellemleder, som har gjort sig en del erfaringer med, at regionssystemet spænder ben for samarbejdet og øger dekoblingen:

»Når alle i klyngen skal være enige, så tager det tid og løsningerne bliver ikke så gode. Man må løse problemerne i dagligdagen, når man støder på dem – og så håbe, at nogen opdager det, der virker og vil bidrage til at sprede ideerne. De (bureaukraterne) må kunne leve med det, der virker i dagligdagen – også selv om det ikke passer ind i en bestemt kasse (økonomisk eller kompetence).

Jeg har fået mange slag og er derfor blevet meget bevidst om ikke at bringe det, der virker i det uformelle system, op i det formelle.«

Det er en tankevækkende form for fundamentalisme, der udspiller sig her. Med vanlig hang – og øjensynlig med god grund – til at pege på bureaukratiet som skurken, så kan vi måske med fordel også vende bøtten her og spørge: Hvad skal jeg/vi som fagprofessionelle gøre anderledes for at komme i bedre kontakt med netop bureaukraterne?

Systemer, der mismatcher, er en fjerde barriere. Mismatchet sker, hvis det ikke er de samme ledelsesniveauer, der deltager i møderne. Flere giver udtryk for, at det er frustrerende, når de mellemledere, der kender dagligdagens udfordringer, mødes med ledere, der kun kender problemstillingerne fra et notat. Det er ikke i alle tilfælde lykkedes at få denne systemdialog til at fungere. Gad vide hvorfor det er hierarkiet og ikke opgaven, der er afgørende for deltagerkredsen?

Når hierarkiet trumfer opgaven

Hvem skal have magten til at bestemme, hvilke tiltag der skal sættes i gang. Er det medarbejderne på akutområdet, der skal tage initiativ fra situation til situation? Eller er det ledelsesniveauerne, der har magt til at igangsætte nye tiltag? Hos flere medarbejdere og mellemledere er der en oplevelse af, at klyngeledelsen agerer formelt på en måde, der hæmmer idéudvikling og hurtige prøvehandlinger.

Selv på toplederniveau er der nervøsitet for, at flere og flere drøftelser og beslutninger løftes til et stadig højere ledelsesniveau, hvor de, »der ved noget«, ikke har adgang. En topleder siger:

»Jeg er nervøs for, at alt for meget kommer til at ligge på topniveau. Der er for mange chefer med til møderne. Hvorfor ikke stole på dem, der ved noget?«

Måske er det netop det, en medarbejder reflekterer over her:

»Jeg mister energi, hvis jeg møder den tunge modstand, især fra bureaukrater med deres regler og retningslinjer, der betyder, at intet kan lade sig gøre. Så trækker jeg mig.«

Når kendskabet til den anden part er mangelfuldt

Det er en dominerende fortælling, at dét, der fungerer på medarbejder- og mellemlederniveau, går i stå, hvis der går hierarki i processerne. Samtidig fremmer det lysten til dekobling både nedefra og op – og oppefra og ned, forstået på den måde, at ledelsen får behov for at afgrænse sig fra medarbejderperspektivet og omvendt.

På medarbejderniveau i kommunerne er der behov for, at det bliver lettere at udveksle oplysninger med hospitalet. En medarbejder oplever, at hun må løse opgaverne i blinde og bliver nødt til at gå uden om systemet ved hjælp af en hospitalsansat sygeplejerske for at få den nødvendige viden.

En anden medarbejder oplever, at manglende kendskab til hinanden kan være en barriere. Kender man ikke nogen hos »de andre«, kan det være vanskeligt at få fat i de nødvendige oplysninger. De personlige relationer er igen vitale for samarbejdet. Spørgsmålet er, om det er for sårbart, hvis systemet primært er effektivt, hvis man har de personlige relationer i orden?

Endelig får vi en fornemmelse af, at de forskellige fagkulturer og status- og magtsystemer stadig væk er hæmmende for samarbejdet i klyngen.

Tværgående uvidenhed er en femte barriere. Hvis der på sygehusene ikke er tillid til, at kommunerne kan levere – eller hvis kommunerne ikke har de rette kompetencer:

Når kompetencerne mangler

»Hvis der ikke er kompetencer eller styr på det i kommunalt regi – så tør lægerne på sygehuset ikke udskrive.«

Det betyder, at der er behov for en kompetenceopbygning i kommunerne, hvor – som vi hørte fra Diagnostisk Center – hospitalet følger opgaven til døre.

I forlængelse af dette hører vi, at videndelingen er utilstrækkelig. Det gælder både horisontalt og vertikalt. Når man et sted har opfundet nye værdiskabende tiltag, så kan erfaringerne kun vanskeligt overføres til andre lignende organisationer. Vi møder mange forklaringer på, hvorfor det er sådan: Janteloven, der gør, at det er vanskeligt at lære af naboen; fagprofessionelle normer og ligefrem fagegoisme, der spærrer for at kunne tage et patientperspektiv. Der skal arbejdes meget bevidst med at ændre de stærke fagkulturer. Nøglepersoner på hospitalet

fortæller insisterende om, hvor afgørende information, videndeling og vedholdenhed er, hvis sektor- og faggrænser skal opløses og overvindes.

Projektmageri opleves af repræsentanten fra almen praksis som den største barriere. Især hvis projekterne aldrig bliver implementeret:

Når projekterne er for mange

»Vi har gang i rigtig mange projekter – udfordringen er at få dem implementeret. Hvis et projekt skal kunne implementeres, skal der være en sundhedsmæssig fornuft i det. Alle skal kunne se, at det er godt for borgeren. Projektmagerne tror, at et projekt, der virker, af sig selv implementeres. Det sker ikke. Når projektet er evalueret, så er det også slut. Det er en kæmpefejl i sundhedsvæsnet.«

Det er en klassisk problemstilling, at implementering ikke indtænkes fra start. Og den findes også i Midt-klyngens arbejde. Hvad skal der til, for at det ændrer sig? Et første skridt kunne være at sætte emnet på den strategiske dagsorden i klyngestyregruppen.

Manglende forståelse for hinandens vilkår

Forskellen mellem de store og små enheder toner også frem som en barriere. Kommunerne og Hospitalet er store offentlige organisationer, der skal samarbejde med en lang række små private praksisenheder, der langt fra har de støttesystemer, som de store organisationer kan trække på. I de store systemer virker hierarkiet til en vis grad; mens det er langt vanskeligere for den praksiskonsulent, der har indgået i et udviklingsprojekt, at overbevise privatpraktiserende kolleger om, at det er den vej, de kan gå i fællesskab. Både ledere og medarbejdere i de store organisationer peger samstemmende på, at samarbejdet med almen praksis er en barriere for at gennemføre den fælles vision. Det er let at finde syndebukke. Vanskeligere er det at gøre noget ved samarbejdsproblemerne. Et første skridt er at kunne sætte sig ind i hinandens vilkår – og det er ikke altid lige let. En læge, der – efter at have fungeret i almen praksis – er ansat på hospitalet, har denne oplevelse:

»Regionen har en DJØF-retorik over for almen praksis og forstår ikke, at et antal virksomhedsledere fra mindre enheder ikke gør nøjagtigt, som man siger. De praktiserende læger er en heterogen flok af iværksættere, der leverer meget god sundhed for pengene. Vi møder de praktiserende læger med tillid og åbenhed, og er der noget, der ikke virker, så laver vi det om.«

De hospitalslæger, der har været i almen praksis, forstår vilkårene. Men for andre udgør de praktiserende læger en barriere, da oplevelsen er, at de sætter egeninteressen før patienten:

»De praktiserende læger, som har en privatøkonomisk interesse, hver gang en opgave dukker op eller forsvinder. Mistænksomheden er stor – og de tror, at vi er ude på at tage opgaver fra hinanden.«

Vi har ikke en oplevelse af, at de konflikter, der er mellem regionerne og Praktiserende Lægers Organisation, er ved at klinge ud. Tværtimod virker det, som om konflikterne forværres, og det er ikke fremmende for det tværsektorielle samarbejde.

På det organisatoriske område oplever de praktiserende læger en afstand til de store enheder og en mangel på forståelse for de vilkår, der findes i almen praksis. På spørgsmålet, om man på tværs af sektorerne forstår hinandens vilkår, lyder svaret fra en praktiserende læge:

»Neeej; jooe, vi forsøger, for vi er jo venlige mennesker; men dybest set nej. Sygehusene og kommunerne er hierarkisk opbyggede; mens vi sidder hver for sig, med vores egen butik, hvor der hver dag skal være sorte tal på bundlinjen. Vi er nødt til at blive ved med at tale om det. I almen praksis har vi meget kort vej fra, at vi får en ide, til at vi gør det.«

Myterne er mange

Hvordan får de to store organisationer gang i samarbejdet med de praktiserende læger, der består af en lang række meget små, selvstændige enheder? Oplevelsen i de to store systemer er, at praksislægerne er skeptiske over for de fleste forandringer. De praktiserende skal overbevises om den konkrete værdi for patienterne, blive fortrolige med de nye tiltag og opleve, at de andre systemer ikke vil fratage dem opgaver, før de er med. En hospitalsansat udtrykker det således:

»Det er en tung opgave at få de praktiserende læger med. Praksiskonsulenten kan se meningen, men det er svært at få det implementeret. Praksislægerne skal kunne se værdien og må ikke tro, at vi tager opgaven fra dem. Den gode personlige kontakt til lægerne er vigtig. De åbne indlæggelser på kræftområdet har givet pote – og det kommer det her også til.«

Det er ikke tilstrækkeligt, at praksiskonsulenten er med i det tværsektorielle samarbejde. Han eller hun har ingen magt, så hver enkelt lægepraksis skal overbevises om den gode ide.

En medarbejder fra hospitalet oplever samarbejde med almen praksis således:

»Samarbejdet med de praktiserende læger er vanskeligt. Kontakter de mig, så forventer de, at jeg handler straks. Men det omvendte gælder ikke; de har ikke tid, de reagerer ikke, de sender ikke besked, osv. Det kan jeg ikke gøre noget ved

– men forsøger i stedet at finde omveje, bl.a. ved hjælp af en god kontakt til hospitalslægerne.«

Oplevelsen er, at man som ansat i de store systemer skal understøtte de små enheder, men at det omvendte ikke er tilfældet. Den enkelte medarbejder agerer derfor utraditionelt for at løse opgaven bedst muligt for patienten/borgeren.

Hvem har ressourcer og kompetencer?

Når vi interviewer repræsentanter fra almen praksis, er vurderingen af udviklingen naturligvis anderledes. Her er synspunktet, at det er det fjerne sundhedsvæsen, der har scoret ressourcerne de sidste mange år:

»Der er ansat 7000 specialistlæger på hospitalerne; hvorimod almen praksis bliver beskåret på trods af, at opgaverne ikke bliver færre.«

De praktiserende læger er med på, at sundhedsvæsnet ændrer sig og patienterne i langt højere grad færdigbehandles hjemme. De er også enige i, at kommunerne og almen praksis skal være klar til at bidrage til denne udvikling; men de oplever ikke, at der følger ressourcer med:

»De fleste læger er ildsjæle og vil gerne bidrage, men de kan ikke gøre det gratis.«

Den helt store bekymring består i, at hospitalsvæsnet er blevet så specialiseret, og kommunerne er på vej i samme retning. Der bliver færre, der har den helt nødvendige generalistkompetence, og som kan forholde sig til patienter, der både har »ondt i hovedet og i maven«.

De praktiserende læger får flere opgaver, men vi hører dem ikke give udtryk for, at der er opgaver, de kan aflevere til eksempelvis akutteamene. Det virker, som om alle parter holder på deres perspektiv. Der er behov for at få revitaliseret dialogen mellem parterne, og den dialog skal foregå på organisationsniveau mellem Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation. Lykkes det ikke, frygter vi, at de store organisationer fortsætter samarbejdet på tværs uden at have en af de meget væsentlige spillere på sundhedsområdet med.

Fælles standarder – forstået som standardisering af tilbud og regelsæt både på tværs af klyngerne i Region Midt og nationalt – opleves af flere som både hæmmende og truende for de lokale tværsektorielle samarbejder. Oplevelsen er, at fælles standarder vil dræbe den inno-

vative kultur, der er blevet etableret. Lederen af et af akutteamene udtrykker det således:

Hvis løsningen fremkommer for tidligt?

»Min største bekymring lige nu er, at regionerne og kommunerne bliver enige om HVAD et akutteam er. Jeg er bange for at blive låst af de regionale aftaler. Jo flere regler vi laver, jo flere borgere vil komme i klemme.«

Hvordan holder man fast i en kontinuerlig innovativ tilgang, samtidig med at dét, der »virker«, fastholdes og udbredes?

Hvis ikke ord følges op af handling, så forsvinder energien og lysten til udvikling og forandring.

Vi hører ligeledes en bekymring for, at den eksperimenterende fase afkortes, ved at interesseorganisationerne beslutter sig for hurtigt:

»Jeg er nervøs for, at KL for hurtigt at lægger sig fast på fremtiden; altså fastholder de kommunale sundhedshuse, der ikke tager hensyn til teknologiudviklingen og bevægelsen hen mod mere og mere egenmestring.«

Går der for tidligt organisationspolitik i sagen, kan det bidrage til yderligere benspænd for det tværsektorielle samarbejde. Når først KL, DR eller PLO har udtalt sig, kan det være vanskeligt komme videre ad alternative veje.

De forskellige kulturer kan også opleves som en barriere. Der er både tale om en forskellig kultur mellem kommune og hospital – og mellem læger og sygeplejersker.

En mellemleder registrerer kulturforskellene således:

»Jeg har været ansat både på hospitalet og er nu i kommunen. Der er en meget forskellig kultur. Jeg føler mig som gæst på sygehuset (på trods af 20 års ansættelse).

Jeg er dog mest overrasket over, hvor forskelligt læger og sygeplejersker tænker. På den ene side har vi den barske verden med de spidse albuer og omsorgskulturen på den anden. Det gælder både i relationen til hospitalets læger og praksislægerne.«

Der er således behov for, at ledelserne er bevidste om, at der udestår et kulturarbejde på forskellige planer, hvis det tværfaglige og tværsektorielle arbejde skal blive en succes. Der er behov for en eller anden form for introduktion til, hvordan »de andre« tænker, og hvorfor de gør, som de gør. Vi har mange data, der fortæller, at dobbelterfa-

ringer er vejen frem. Det betyder, at organisatoriske tiltag kan understøtte kulturarbejdet, idet parterne stadig ikke kender tilstrækkeligt til hinandens virkelighed og vilkår:

»Måske er den største barriere, at sygehusene ikke ved, hvad vores vilkår er herude. De ved ikke nok. Sygeplejerskerne ved nok lidt, men lægerne aner ikke noget om den virkelighed, patienterne kommer ud til. Det betyder nogle gange, at patienterne kommer for hurtigt ud eller for sent.«

Kultur forskelle driller på mange planer

Selv om samarbejdet mellem parterne fungerer bedre og bedre, så peger vores data på, at der stadig skal arbejdes på at fremme samarbejdet både mellem fag og sektorer. Til gengæld er der i klyngen udviklet effektfulde metoder, der kan bringes i anvendelse i de sammenhænge, hvor samarbejdet stadig halter.

Det er ikke kun på tværs af organisationer, kulturforskellene viser sig. Vi finder dem også mellem faggrupper eller mellem de forskellige afdelinger. Internt i en kommune er der modstand fra hjemmeplejen mod den nye organisering, som akutteamet er. En medarbejder oplever det således:

»De (hjemmeplejen) tænker ofte, at vi (akutteamet) kommer og tager deres spændende opgaver. Vi har lavet patientfortællinger, og det har hjulpet i forhold til at bygge bro internt til områderne i kommunen. De kan nu i højere grad se, at vi som akutteam kan hjælpe og gøre noget, inden de trækker på automatpiloten og indlægger fru Petersen. Den slags fortællinger er meget brobyggende.«

Der er således rigtig mange kulturudfordringer, der skal overvindes. Det er ikke nok at skulle arbejde i mellemrummene mellem de forskellige sektorer, der skal også bygges bro mellem internt konkurrerende afdelinger og fagkulturer.

Hvad er det, ledelserne fremover skal gøre for at skabe mere integrative miljøer på tværs af både forskellige kulturer og faglige tilgange, således at medarbejderne – med langt større lethed – kan arbejde i mellemrummene og bygge bro over forskellige fag, organisationstyper og perspektiver? Det vender vi tilbage til.

Sammenfatning

Vi har ovenfor beskrevet nogle af de barrierer, som hovedparten af de interviewede kommer ind på. Skal samarbejdet på tværs fremmes, vil det være nødvendigt, at klyngerne begynder at forholde sig mere strategisk til, hvordan barriererne kan overkommes. Vi har i mange år hørt, at incitamenterne ikke fremmer opgaveglidningen fra hospitaler til kommuner. Er det muligt at lave det om? Hvem kan gøre noget ved det? Det må være en opgave for Sundhedsministeriet og Danske Regioner, og det er sikkert ikke let. Men hvis ministeriets visioner om det nære sundhedssystem skal være troværdige, så skal lovgivninger og incitamenter understøtte den politiske retning og ikke modarbejde den.

Hvem gør noget ved barriererne?

Hvor nogle af barriererne (eksempel de to førstnævnte) kun kan nedbrydes af højere instanser som Folketing og ministerier, så kan klyngestyregrupperne sagtens gøre noget ved nogle af de efterfølgende, hvis de vil. Det kræver, at parterne i højere grad begynder at se sig som en fælles ledelse af sundhedsområdet i regionen. Det er heldigvis netop den vision, de fleste fremhæver. Hvordan skal første nybygning på den vej se ud, og hvem har mod til at stå som bygherre?

6. Sammenfatning – den tværorganisatoriske rammesætning

Rammen for det tværsektorielle samarbejde i Midtklyngen tager udgangspunktet i den store vision om at »sætte borgeren i fokus«. Dét at lægge samarbejdet og organiseringen til rette efter borgernes behov er en grundlæggende forudsætning for at kunne krydse de mange grænser. Når man konstant har borgerens perspektiv for øje, går resten – tilsyneladende – af sig selv.

Sæt borgeren i centrum

Det at have fokus på borgerperspektivet – frem for systemperspektivet – falder fint i tråd med de fagprofessionelles etik. Koblingen mellem den nationale/regionale dagsorden og dét, der giver mening for de fagprofessionelle, er en stærk drivkraft for de forsøg, Midtklyngen foretager.

Samtidig har de deltagende organisationer erfaringer med at arbejde eksperimenterende, og det at igangsætte en prøvehandling for at undersøge, om ideen holder, er ikke længere skræmmende for nogen af parterne.

Klyngesamarbejdet er i denne forstand godt på vej, og det er vores fornemmelse, at klyngeledelsen er opmærksom på udviklingsområderne og vil fortsætte det samarbejde, der allerede er godt i gang.

Der er dog også problemstillinger, som vi oplever, at parterne endnu ikke er opmærksomme på. Det vender vi tilbage til i konklusionen.

C. Frisættende ledelse på tværs

Som antydet ovenfor peger et flertal af lederne på, at vi kun har set begyndelsen af, hvad det tværsektorielle samarbejde kan udvikle sig til. Der vil i fremtiden foregå en yderligere opgaveoverdragelse fra hospitalerne til kommunerne, hvis de overordnede økonomiske incitamenter kan følge med. Men det tværsektorielle samarbejde kalder formentlig også på en helt ny forståelse af ledelses- og styringsopgaven. Alene udsigten til tværgående/fælles – og måske helt selvstændige tværgående organiseringer – vil kræve, at lederne på tværs arbejder med kompetenceudvikling på mange niveauer. Det er nemlig ikke kun faglige kompetencer, men også de organisatoriske og relationelle kompetencer, der skal udvikles, for at få samarbejdet til at virke på tværs. Der er behov for en langt mere udfoldet og holistisk kompetenceforståelse, hvis det tværsektorielle samarbejde skal lykkes. Både ledere og medarbejdere skal være i stand at balancere mellem det vertikale og horisontale perspektiv – og det kræver træning.

Kompleksiteten er stor

Hvilken form for ledelse der skal trænes og udvikles, præsenterer vi i den følgende analyse.

En leder, der ud over at være læge også har en militær baggrund, har denne vurdering af udfordringen:

»Kompleksiteten i et politisk ledet system er større end at føre krig i Afghanistan eller Irak. For i krig er målet klart. Dér er ingen kasser eller rationaler, der tænker eller handler mod hinanden.«

Citatet beskriver meget rammende, men uden sammenligning i øvrigt, at når der er mange rationaler og mange kasser, der skal samarbejde om opgaveløsningen, så stiller det krav om, at man:

- er klar til at blive udfordret på egeninteressen
- er i stand til at se de andres perspektiv

- har modet til at udfordre den eksisterende styringslogik, hvis den udgør for stort et benspænd for borgerperspektivet.

Et er imidlertid at lede inden for ét politisk styret system, som f.eks. region, kommune eller hos de praktiserende læger, som selvstændigt afgrænsede enheder. Noget ganske andet er det at lede og styre opgaveløsning eller sundhedsopgaven på tværs af disse. Det øger kompleksiteten mangefold og kræver ledelse af en ganske særlig beskaffenhed.

For at orientere os i det univers, vi har hørt foldet ud i interviews og i begrænset omfang observeret, har vi fundet det hensigtsmæssigt at beskrive og analysere tre dimensioner i ledelsesopgaven. Tanken er på den måde at nuancere de rum, som effektfuld tværsektoriel ledelse skal orientere sig ubesværet og kraftfuldt inden for.

Den strategiske opgave

Første ledelsesrum handler om den strategiske opgave i egen organisation, hvor det drejer sig om at få sat en tydelig ramme og retning for det tværgående arbejde og de projekter, der knytter sig hertil. Hvordan bliver strategien til? Hvem bidrager til at formulere og konkretisere den? Og hvordan er koblingen mellem driftsorganisation og topledelse? – altså den vertikale styring.

Hverdagsledelse

I samme ledelsesrum opstår en anden horisontal strategisk opgave, der består i at udvikle og tydeliggøre den tværgående strategiske ramme og retning, som forpligtende kobler region, kommune og almen praksis sammen, så de tværgående opgaver er mulige og attraktive at sætte i drift. Hvilke erfaringer har de i Midtklyngen for at få det til at lykkes eller kuldsejle?

Ledelse i mellemrummet

Det andet ledelsesrum handler om den hverdagsledelse i driftenheden – akutteamet, hjemmeplejen, genoptræningen, medicinsk afdeling, akutafdeling, hjertemedicinsk afdeling og almen praksis – som synes at understøtte lysten, modet og kraften til at række ud efter »dem udenfor«, som kan bidrage til at skabe integrerede og sammenhængende patientforløb? Hvad fortæller vores data herom?

Det tredje ledelsesrum handler om det endnu ikke fuldt eksisterende, nemlig ledelse i mellemrummet mellem de involverede organisationer. Altså ledelse i de helt konkrete opgavesamarbejder om borgere, forebyggelse af indlæggelse, tilbud, ansvarsforhold med videre, hvor der ikke er noget formelt hierarki til stede, som autoritativt kan

beslutte og handle. Hvilken ledelse udspiller sig i det rum, og hvilke erfaringer har eksperimenterne i midtklyngen kastet af sig – om nogen?

1. Om frisættelse

Af overskriften fremgår det, at vi bringer et begreb om frisættelse i spil i den følgende analyse.

Frisættelse forstås på to måder

Begrebet er hentet fra andre innovationprojekter, vi har gennemført, og er beskrevet indgående i »Frisættende ledelse – kunsten at integrere medarbejdere i ledelsesprocesser« (Dall/Bohni 2012).

I sammenhængen her har begrebet især to betydninger.

For det første taler vi om frisættelse i den forstand, at enkeltmedarbejdere og teams tildeles et større råde- og og beslutningsrum end i et klassisk hierarki. Man kan også sige, at den enkelte eller teamet tager over på en række ledelsesopgaver, som typisk er eller har været koblet til en konkret team- eller afdelingslederfunktion. Denne form for udvidet delegering udspiller sig ganske vist inden for hierarkiet, men eksperimenterer med tillidsbaserede ledelsesformer, som fundamentalt anerkender fagprofessionernes værdi for opgaveløsningen, også i risikozoner.

For det andet taler vi om frisættelse i betydningen at bringe erfaring, viden, idéer, problemer fra praksis eller driften ind i de strategiske vurderinger og beslutningsprocesser. En frisættelse, som henter sin nødvendighed deri, at selv den mest kompetente og besindige topledelse ikke længere – og da slet ikke i det tværsektorielle kompleks – er i stand til at »regne den ud«, forstået som det at udtænke kloge og kraftfulde strategier, f.eks. for at udvikle helstøbte og sunde patient- og borgerforløb. Hertil kræves bidrag fra praksisnær erfaring. Frisættelsen forstås her som organisationens evne til at bringe »stemmer fra dybet« forpligtende ind i det strategiske udviklingsarbejde.

Ind i denne ramme stiller vi i det følgende spørgsmålet: Hvad gør Midtklyngen ledelsesmæssigt, der synes at fremme eller hæmme den tværgående opgaveløsning – hvor patienten og borgeren kommer før systemet?

2. Strategisk ledelse i Midtklyngen.

Tværsektoriel ledelse drejer sig om på en om samme tid at kunne agere både i det horisontale og vertikale ledelsessystem. Vi har dog valgt at beskrive perspektiverne hver for sig.

a. Vertikalt

Der er behov for at sætte medarbejderne fri til at kunne løse opgaverne i forhold til det tværgående samarbejde uden at skulle op og ned i hierarkiet. I Midtklyngen er den dominerende holdning hos topledelserne, at medarbejderne kan løse opgaverne selvstændigt, når blot de får den rette ramme at agere inden for.

En topleder italesætter sine værdier således:

»Jeg kan godt lide bottom up – det der giver mening, dialog, hjerte, energi. Vores opgave som topledere er at skaffe rammer og rum, så det giver mening for klinikerne – så skal de nok tage bolden. Hvis det starter top down – så er kunsten at få vendt bøtten, så klinikerne kommer i spil med deres erfaringer. Jeg starter med at gå forrest, og så er der nogle ildsjæle og nøglepersoner, der tager over.

Retningen og rammen skal sættes af ledelsen

En markant tillidsbaseret strategitænkning, som dog rejser det centrale spørgsmål om, hvordan vi får vendt bøtten, så strategierne (rammen og retningen) ubesværet transformeres ned i driften. Og hvad, hvis de rette personer ikke er der til at gribe bolden? Det vender vi tilbage til.

En anden topleder udtrykker sig således om det strategiarbejde, der skulle sætte akutteamet i søen:

»Vi lagde den overordnede ramme for, at vi kunne gå ud og ind ad hinandens døre – og derfra foregår alt nedefra, helt adskilt fra topledelsen. Men hvad får medarbejderne til at tage nye initiativer, når de har nok at lave i hverdagen? Jeg tror, det er at lave de bedste løsninger for vores borgere. Det er den store drivkraft for vores medarbejdere.«

Topledelsen lægger rammen, så medarbejderne kender den retning, der skal følges i det konkrete arbejde.

Dekobling mellem strategi og drift

Fælles for begge udsagn er, at de hviler på en tænkning, hvor topledelsen evner at tænke og udstikke rammer og retning, og så foregår resten enten helt adskilt fra topledelsen (forstået således, at denne ikke blander sig), eller ved at strategien siver ned i organisationen via mellemledere, nøglemedarbejdere og ildsjæle. Metoden er i sig selv

tillidsbaseret, og mange af vores data peger på, at det er lykkedes at nå ganske langt med denne strategipraksis.

Men denne tilgang er også skrøbelig, for som en mellemleder på hospitalet udtrykker det, så er det ikke alt, der kommer fra toppen, der giver mening lokalt:

»Det, der kommer oppefra, men som ikke giver mening for os, det sætter vi i system, og gør det vi skal, men ikke mere. Så får vi ro på bagsmækken til at lave alle de initiativer, som giver mening.«

Trods de bedste tillidsfulde intentioner i toppen opstår der let en dekobling mellem strategi og drift, fordi strategiarbejdet fortsat tænkes som helt adskilt fra driften. Det kan der formentlig optimeres på med ganske lette greb, som vi vender tilbage til i vores anbefalinger. Når vi tillader os at skrive »lette greb«, skyldes det, at der allerede er en del gode erfaringer med at integrere medarbejderne i strategiarbejdet.

Det skal give mening i klinikken

Betydningen af denne vertikale kobling har vi ganske mange udsagn om. Hvis de projekter, der sættes i gang, skal give succes, så er det afgørende, at de giver mening for klinikerne. En leder kommer med et eksempel på denne ledelsestænkning, da man på hospitalet skulle spare 2 % og derfor besluttede, at nogle hjertepatienter skulle rehabiliteres i kommunen i stedet for på hospitalet:

»Det er et projekt med stor bevågenhed, som vi – som afdelingsledelse – har sat ramme og retning for. Men hvordan det konkret skal strikkes sammen, det har vi helt overladt til klinikerne, fordi det er dem, der ved bedst. Det er altså et initiativ startet og drevet nedefra. Og så inviterer vi nøglepersoner fra kommunen og andre med for at fortælle om idéen og finde ud af, hvordan vi gør det. Vi sætter rammen for medarbejderne – så de får mulighed for at gøre det, som giver mening.«

Når det er medarbejderne, der skal tage initiativ og gennemføre de konkrete innovationsopgaver, så overlades dele af den traditionelle ledelsesopgave til medarbejderne. Hvordan gør man det? Og er der forskel på, hvordan man frisætter medarbejdere i en kommune og på et hospital? Det kommer vi tilbage til i afsnittet om hverdagsledelse.

Inddragelse virker

En medarbejder uddyber betydningen af at være med fra begyndelsen, når det lægges nye strategier for det tværgående samarbejde:

»Jeg har været på hospitalet i 15 år og har oplevet, at ledelsen mere og mere har været foregangsmænd for den hurtige, eksperimenterende tilgang. Jeg er med til

at føde ideerne og har dermed haft mulighed for at få indflydelse. Jeg gennemfører prøvehandlinger sammen med hjemmesygeplejersken. Det plejer at virke, mens vi gør det, fordi vi er kommet til at kende hinanden på tværs. Det har været utroligt vigtigt, at jeg har været inddraget i det forberedende arbejde og ikke kun har fået et diktat om, at nu skal vi gøre noget nyt. Det gir stor mening og gir mig lyst til at gøre noget ekstra.«

Frihed og ansvar følges ad

Vi har her et fremragende eksempel på, hvad den interne vertikale kobling mellem ledelse og drift betyder for evnen og lysten til at gøre det »umulige«. Det er tydeligt, at der skabes energi og motivation, når man som medarbejder bliver inddraget i beslutningsprocessen og får frihed til at handle i situationen. Man skal være selvstændig for at kunne agere i situationerne, og det er ikke altid kun let med al den selvstændighed, for med den øgede frihed følger et øget ansvar.

En sygeplejerske udtrykker besindigt kravene til strategisk ledelse således:

»Vi arbejder meget nedefra, med prøvehandlinger, selvfølgelig inden for den ramme og retning, som er udstukket. Men for at sikre, at vi har et stort råderum til at eksperimentere, er det vigtigt, at vi som medarbejdere giver feed-back opad, så vores topledelse ved, hvad der sker, og hvad der virker. Det skaber tillid »nedefra« og på den måde giver det bedre betingelser for at »slippe os løs« – ovenfra.

Midt i bestræbelsen på høj gennemsigtighed og inddragelse af medarbejderne hører vi også udtalelser, som fortæller om manglen på viden og indsigt i strategierne. Når man som medarbejder skal agere mere »frisat«, end man har været vant til tidligere, så er der behov for et større kendskab til politikker og strategier:

»Jeg aner ikke ret meget om, hvad der er oven over min egen ledelse, og det kunne jeg godt have brug for. Jeg ved ikke så meget om den nye sundhedsaftale, men det ville være godt at være orienteret, for at kunne blive mere kreativ i forhold til vores nye ramme.

Udsagnet efterlader os med den tanke, at ganske meget af strategiarbejdet – måske især det tværgående – er hægtet op på nøglepersoner og ildsjæle. Hvad der kan efterlade »resten« af holdet i en væsentlig mere defensiv position. Også dette emne vender vi tilbage til.

b. Horisontalt

På vej mod fælles ledelse?

Et er at arbejde strategisk med en frisættende og innovativ dagsorden i egen organisation. Noget ganske andet er at bedrive strategisk ledelse på tværs af organisatoriske enheder. I modsætning til de cases, vi

tidligere har stiftet bekendtskab med (Digmann 2015), har hovedparten af Midtklyngens medlemmer ikke registreret, at der er forskel på, om man leder tværsektorielt, eller om man leder i egen organisation. Tværtimod er langt over halvdelen af de adspurgte klar til at tage næste skridt frem mod et tættere organisatorisk og ledelsesmæssig set-up.

»Jeg ved sådan set ikke, om der er så stor forskel – begge dele handler om relationel koordinering. Vores ledelsesstrukturer er stadig adskilte – men vi er ved at være modne til en tværsektoriel opgaveløsning.«

Lettere at lede vertikalt end horisontalt

Kun i Silkeborg Kommune møder vi udsagn om, at der er forskel på, om man leder i egen organisation eller på tværs. Forskellen drejer sig ikke om indholdet, men skal findes på metodedelen, da det er lettere at udøve ledelse i den organisation, hvor man dels har ledelsesretten og dels kender kulturen. Det betyder, at den vertikale ledelse opleves at være lettere at udøve end den horisontale. Det betyder dog ikke, at der er et forbehold fra kommunens side i forhold til at »rykke tættere sammen i bussen«. Der er hos alle de interviewede en erkendelse af og en lyst til at fortsætte samarbejdet på tværs.

Vi har mange enslydende udsagn om, hvilken form for ledelse der får samarbejdet mellem kommunenrne og hospitalet til at lykkes. Det bliver en gentagelse af det, vi tidligere har nævnt: relationer, tillid, afsætte tid til at mødes, arbejde på at forstå hinandens perspektiver og have respekt for hinandens kompetencer. Kan man alt det, så er der ingen problemer:

»Der er ingen problemer i det tværsektorielle samarbejde. Det handler om det relationelle, og at tage sig tid til at mødes.«

Det hjælper

Ja – og så kunne vi tilføje en helt afgørende faktor, uden hvilken det relationelle ingen mening har, nemlig opgaven! Hele vejen igennem vores interviews toner en tydelig, fællesgjort og meningsfyldt opgave frem: Hvordan etablerer vi sammenhængende patient/borgerforløb på tværs af vores organisationer? At få den opgave rammesat og kommunikeret har været et centralt omdrejningspunkt for den tværgående klyngestyregruppe. Og det er dét, de gode relationer skal bruges til.

... at sætte borgeren i centrum

Oprindeligt har det været den brændende platform og en fælles vision, der har drevet samarbejdet fremad. Den brændende platform består i en reduktion af sengepladser i hospitalsverdenen med et deraf følgende krav om nedbringelse af indlæggelser og især genindlæggel-

ser. Visionen har haft et perspektiv om »*at holde borgerne ude af sygehuset, da det jo ikke er der, de bliver raske*«, som en medarbejder udtrykker det. Det er vores oplevelse, at den fælles vision om at sætte borgernes perspektiv i centrum har flugtet fint med den mere økonomiske dagsorden om at reducere sengepladser, fordi borgeren »lettere bliver rask hjemme end på hospitalet«. Men om dette sammenfald er en strategisk genistreg eller et svineheld, har vi ikke noget svar på.

Fra forhandling og ledelse til ...

Samarbejdet på tværs af sektorerne har udviklet sig i hele Region Midtjylland, fra at parterne i den første aftaleperiode (2007-11) forhandlede med hinanden, til de i fællesskab i den tredje sundhedsaftale (2015-18) ønsker at finde frem til de bedste løsninger for borgerne. En topleder har oplevet forandringen således:

»I starten lavede vi meget forhandlingsledelse. Men vi kan *ikke* lægger planer for hinanden, vi skal lægge planer sammen! Vi har fået tillid til hinanden – og har lært at respektere, at den andens udsagn er lige så betydningsfuldt som ens eget. Vi bliver nødt til at have en dialog om, hvad den bedste faglige løsning er, i stedet for at komme med løsninger på de andres vegne. Perspektivfundamentalisme er ren gift i denne sammenhæng.«

Parterne har i perioden lært, at det er nødvendigt at aflægge sig egeninteressen, når man skal samarbejde på tværs. Det betyder, at man hver for sig skal være klar over, hvornår det er egeninteressen, der er på spil; samtidig med at man skal kunne respektere den andens interesse. Den kompetence, parterne mestrer i denne sammenhæng, kaldes organisatorisk mentalisering. Begrebet dækker over, at parterne er i stand til at forstå egne og andres behov og følelser og kan tilpasse udsagn og handlinger hertil.

Men der sker intet, hvis ikke den nødvendige tid til samarbejdet frigøres, så partnerskabet kan udvikles. Gør man det, kan den tidligere forhandlingspartner blive til en form for ledelseskollega. En kommunal topleder fortæller:

... partnerskabsledelse

»Vi vælger at investere den tid, det tager, at skabe de relationer. Regionshospitalet anerkender, at kommunen har kompetencerne til at løse opgaven. Både den sygeplejefaglige direktør og jeg har personlige ambitioner om at bevise, at det vi vil, kan lade sig gøre i praksis. Vi samarbejder ved hjælp af tillid og anerkendelse af hinandens perspektiv. På den måde får vi et fælles verdensbillede.«

Det tager tid, når man går fra en situation, hvor det er magt, kontrol og status, der er øverste overlægger, til i praksis at fremme et tillidsbåret samarbejde. Det er ikke alle, der mestrer dette. Vi hører igen og igen, at det er »de rigtige mennesker«, der er med til at fremme det tværsektorielle samarbejde. En chef rejser fra en kommune, en ny kommer til og pludselig kan næsten alt lade sig gøre. Befriende iagttagelse kunne man sige: Rekrutter de rigtig mennesker, så kører det ubesværet. Skæmmende kunne vi også tænke: Er det virkelig rigtigt, at borgeres ve og vel er så personafhængigt? Er det ikke muligt at udvikle en lidt mere solid opgaveløsning? For hvad vil der ske, når »de helt rigtige mennesker« ikke længere er ansat? Er vi så tilbage ved start – eller har samarbejdsformen nået at sætte sig så meget igennem, at det er blevet en del af kulturen på tværs?

Fylder tilfældene for meget?

Der er »licence« til at handle

Ud over tid til at lære hinandens vilkår at kende har det været mindst lige så vigtigt – ja måske ligefrem en konsekvens af det at investere tid i hinanden – at den fælles klyngeledelse har formået at give ubesværet adgang til at handle i dagligdagen, uden at »systemerne« laver unødige benspænd.

Både klyngeledelsen og de opgavebaserede styregrupper ser det som deres opgave at rydde vejen og overlade brolægningen til medarbejderne – i fuld tillid til deres viden, erfaring og ansvarlighed.

Vi registrerer som nævnt tidligere, at mange samarbejder foregår på det uformelle plan, idet både medarbejdere og mellemledere fortæller, at de indgår i flere og flere partnerskaber uden om de formelle kanaler, og uden at topledelsen sætter det i scene.

Klyngeledelsen har vi tidligere beskrevet som den tværgående organisering af topledelser fra de deltagende enheder. Deres opgave er netop at lægge de strategiske rammer og retninger for samarbejdet og herefter sætte disse i spil i driften. Den opgave synes de at være sluppet ganske heldigt fra trods nok af knaster på vejen (jf. afsnittet om barrierer).

Ildsjælenes betydning

En kommunal topchef undrer sig over, at samarbejdet i så høj grad er afhængigt af, at de rette ildsjæle er til stede i organisationen. Hendes bekymring går på, om det er for anarkistisk at satse på gode relationer og ildsjæle i det tværsektorielle samarbejde. Hun udtaler sig meget klart om dilemmaet i på den ene side ikke kun at lade tilfældet råde

og på den anden side at komme til at kvæle ildsjælene ved at styre så meget, at tilfældene begrænses.

Hun er ikke den eneste. Igen hører vi om den (også for os) noget bekymrende tilfældighed, der – trods alle strategierne – synes at hvile over det tværgående samarbejde. Som borgere og brugere af sundhedssystemet får vi denne tanke: »Jeg håber at ramme ind i et godt tilfælde, hvis jeg skulle få brug for hjælp.« Udsagnet efterlader os igen med den overvejelse, om ikke det er muligt at reducere tilfældene ved mere systematisk at arbejde med hele holdet/teamet/afdelingen fremover for at skabe de gode relationer og opbygge ildsjælens vovemod i hele gruppen?

c. Sammenfatning – det første ledelsesrum

Fælles vision og værdi

Det tværsektorielle samarbejde fremmes af parter, der *har* erkendt, at de har en fælles opgave, og besidder en ambition om at løse opgaverne bedst muligt for borgerne. Siden 2007 har Midtklyngen og Sundhedsstyregruppen arbejdet på en fælles levedygtig vision for samarbejdet. Tredje udgave af sundhedsaftalen fra 2015 er i høj grad værdibaseret, og det giver stor mening for både ledere og medarbejdere.

For at samarbejdet på tværs kan lykkes, skal retningen være klar hos de enkelte parter. Som omtalt i afsnit B5 har det været vanskeligt at få de praktiserende læger med, hvad der skaber frustration hos alle.

Forstå hinandens perspektiv

Det er derudover væsentligt, at der afsættes den nødvendige tid til, at parterne forstår og anerkender hinandens perspektiv, og endelig skal de tillade, at de fleste samarbejder lykkes bedst, hvis medarbejderne får lov til at sætte den sunde fornuft i spil. Her kan der opstå problemer, hvis medarbejderne i en afdeling har et større råderum end dem, de skal samarbejde med. Derfor er det af afgørende betydning, at parterne kan tale med hinanden – også om emner, der kan være konfliktfyldte.

Sæt tilfældene i system

Som vi var inde på i afsnit B3, er det tankevækkende, hvor ofte vores interviewpersoner henviser til at, det er de rigtige mennesker, ildsjælene eller tilfældene, der hjælper samarbejdet på vej. Hvordan gør man det tværsektorielle sundhedsarbejde så stabilt, at det også virker, hvis man ikke møder ildsjælen, men bare den helt almindelige sygeplejerske? Det mangler vi at få svar på.

Endelig har vi kraftige indicier på, at den vertikale tillid og kobling i egen organisation er mindst lige så afgørende for det tværsektorielle samarbejde som den horisontale.

3. Frisættende hverdagsledelse

Sæt fokus på handlingerne

Parterne kan formulere nok så klar en retning og udstikke de optimale rammer, men resultatet af anstrengelserne skal måles på, hvordan strategierne omsættes til handlinger, når de rammer driften – netop der hvor medarbejderne løser opgaven ved at sætte borgeren i centrum. Som vi tidligere har hørt, »*så er det netop i mødet med afdelingsniveauet, at det tværsektorielle samarbejde sparker røv*«.

En medarbejder har tydelige forventninger til, hvilken form for hverdagsledelse eller driftsledelse der er nødvendig, hvis de involverede afdelinger og enheder i Midtklyngen skal lykkes med at skabe overgange og patientforløb ud fra et borgerperspektiv og ikke ud fra et systemperspektiv:

»Det er min klare erfaring, at godt samarbejde på tværs af sektorer og grænser kræver rigtig god ledelse i »eget hus«. Hvis vi ikke kan bygge broer internt, så kan vi det da slet ikke på tværs af sektorer.«

Vi har mange samstemmende udsagn fra både ledere og medarbejdere om, hvilken form for hverdagsledelse der fremmer lysten til at kaste sig ud i det tværsektorelle ingenmandsland og organisatoriske mellemrum. En medarbejder fra et af akutteamene er således ganske præcis i sin vurdering af ledelsesbehovet:

Inddrag medarbejderne i ledelses overvejelserne

Det jeg har brug for af min leder, er èn, som er åben, og som fortæller mig om, hvad som er på vej, men jeg har også brug for at have ansvar og være med i processerne, når vi skaber nye ting. Og sådan er det ret meget nu. Der er højt til loftet og jeg bliver inddraget. Vigtigt at jeg bliver hørt og kan sige, hvad jeg tænker og oplever helt frit. Vi er alle sammen nogen som vil udvikling og det har vi også søgt efter. Vi er meget selvstændige.«

Når ledelsesopgaven således overtages af medarbejderne, skal de også have tid til at sætte sig ind i strategierne og som et minimum deltage i drøftelser om, hvordan de kan føres ud i livet.

Fra et ledelsesperspektiv kan frisættelsen tage sig således ud:

»Jeg frisætter ved at være lytsom, og når medarbejderne kommer med deres ideer, bidrager jeg især med risikoanalyser.«

Den samme leder har i dag den oplevelse, at det kræver, at hun tør delegere og lade medarbejderne bidrage aktivt. Det har hun let ved, fordi medarbejderne i høj grad kan selv:

... så kan de selv

»Akutteamet består af meget selvstændige medarbejdere, og de er blevet ansat, fordi de skal være selvstændige. Akutteamets medarbejdere har mange relationer til de ansatte på sygehuset. Min opgave er en i gang imellem at samle op på det overordnede niveau sammen med sygehuset. Der er ikke behov for det store regelsæt. De arbejder værdibaseret ud fra sloganet: med borgeren i centrum. Det er muligt, da vi ovenfra har fået at vide, at det er sådan, vi laver aftaler.«

Medarbejderne på hospitalet oplever, at de forskellige ledelsesniveauer gør det tværsektionelle arbejde lettere ved at de som ledelse ser muligheder og er stede som rollemodeller og sparringspartnere:

»Vores afdelingsledelse var meget god til at se muligheder, og oversygeplejersken havde godt overblik, så det hjalp mig, at hun stillede sig i front. Vores to afdelingssygeplejersker har været gode til at motivere, opmuntre og informere. Der er ingen bremse for de gode idéer – og vejen er ikke lang til vores ledere. De kommer i afdelingen, og det gør det lettere at løbe innovationsprojekter i gang når lederne går først. Ledelse er ikke noget, der foregår væk fra vores hverdag, så ideer og prøvehandlinger har gode betingelser hos os. Vi får oftere tilgivelse, end vi får lov.«

Noget tyder på, at det er muligt – som her på hospitalet – på samme tid at have let ledelsesadgang og ledelse tæt på, samtidig med at man får store frihedsgrader og handlerum. Dette kræver en ledelsesadfærd, som kun de færreste mestrer, idet man skal kunne balancere knivskarpt mellem over- og understyring.

a. Sammenfatning – det andet ledelsesrum

Find den rette balance mellem at være tæt på og holde distancen

Når medarbejderne får indflydelse og råderum til at bruge deres sunde fornuft, så kaster de sig gerne ud i at få nye ideer og prøve dem af uden at indhente tilladelse, hvis ledelseskulturen er til det. Når medarbejderne ved, at de får tilgivelse og støtte, når der opstår beslutnings- eller tolkningstvivl, så er denne ledelsesform med til at dæmpe angstniveauet på områder, der normalt er præget af en nul-fejlskultur.

Men vi ser også en mere grundlæggende forskel på, hvad man tænker som god frisættende ledelse i henholdsvis kommunerne og på hospitalet. En forskel, som kan indrammes af begreberne »ledelse på distance og ledelse tæt på«. Forskellen opstår først og fremmest, fordi akutteamene løser opgaverne i borgernes hjem og ikke har daglig fysisk kontakt med deres leder. De hospitalsansatte har langt større mu-

lighed for at møde deres daglige leder på matriklen. Det afspejler forskellige rammer for at løse ledelsesopgaver, som det er vigtigt at være opmærksom på og forholde sig proaktivt til.

4. Ledelse i mellemrummet

Eksempler på mellemrumsledelse

Der eksisterer endnu ikke nogen egentlig tværsektoriel organisation i Midtklyngen, forstået som en formaliseret fælles organisatorisk enhed, der alene har fokus på de tværsektorielle opgaver. Mange fortæller, at det må være næste skridt, men ingen har taget det endnu. Kan vi alligevel – med afsæt i vores interviews – sige noget mere præcist om, hvilke former for ledelse dette »mellemrum« kalder på, så det mest kraftfuldt understøtter fremdrift i opgaven med at udvikle sammenhængende patient- og borgerforløb?

Vi vover at gøre forsøget og lade os inspirere af fire organiseringer, som alle opererer tværsektorielt – uden at være indrammet i en egentlig fælles organisation. Det er akutteamet i Viborg Kommune, callcentret på sygehuset, akutteamet i Silkeborg Kommune og de såkaldte »boblegrupper«. Som forsmag og signalement på, hvor langt parterne er nået, giver vi ordet til den sygeplejerske, der er en af nøglepersonerne i det tværsektorielle mellemrum:

> »Jeg har brug for en ledelse, der har tillid – og trækker sig, præcis når tid er. Men ledelsen skal også være der, når jeg har brug for det, med støtte og kritiske spørgsmål. Når noget strammer til, så går vi tilbage til vores ledelser og får mandat. Vi har også mange situationer, hvor vi beslutter, og først efterfølgende får vi lov, og det er sjældent, at vi indkalder vores ledelser særskilt. Langt det meste plejer vi at klare »i døren« ...«

Noget tyder på, at det, der virker kompliceret og måske ser uoverskueligt ud for topledelsen, bliver ganske ubesværet, når medarbejderne får lov at operere med hinanden i mellemrummene – givet de rammer og den ledelsesstøtte, de har brug for. Den særlige ledelsesstøtte skal både være tillidsfuld, tæt på, når der er behov for det, og på afstand, når medarbejderne frisættes.

a. Akutteam Viborg

Teamet etableres i 2011 som bindeled mellem almen praksis og det specialiserede sundhedsvæsen, og hovedopgaven er at gøre netop dét, der giver mening for borgeren. Systemperspektivet skal erstattes af et borgerperspektiv. Halvdelen af teamets medlemmer kommer fra hospitalet, den anden halvdel kommer fra kommunen. Lægerne på hospitalet har stået for oplæringen. I løbet af de fire år, hvor teamet har ek-

sisteret, er flere og flere opgaver flyttet fra det højt specialiserede hospital til akutteamet.

Opgaven flyttes fra hospitalet til kommune

På direktør- og chefniveauet oplever man at have været »sneplove«, for, at medarbejderne kunne komme til at folde samarbejdet ud på tværs. Dette genkendes af den ledende overlæge på regionshospitalet. En af de første dage, han var ansat, stod den kommunale chef i døren og spurgte: »Hvad kan jeg hjælpe med«. En topleder fortæller om den strategiske rammesætning af teamets opgave:

»Vi arbejder i høj grad bottom-up. Akutteamet er sat fri og har fået lov til at myldre ind i afdelingerne – både i kommunen og på hospitalet. De arbejder praktiker til praktiker. Og så kan vi som ledere lave alt det kedelige arbejde: »Når I har fundet ud af, hvad der fungerer i praksis – så laver vi den samarbejdsaftale, der formelt gør det muligt. Det hele begyndte med, at jeg sammen med afdelingsledelsen besluttede at arbejde efter et motto der hed: Lad os gøre det, der giver mening – uden at skæve så meget til penge(kasserne), formalia og hvad alle vore kataloger siger om, hvad der er det rigtige at gøre.

Giv medarbejderne beslutningskompetence

Rammen og retningen er sat, og et nærmest åbent rum skal erobres. Hvordan løser et nystartet team, der skal operere i mellemrummet mellem flere organisationer, den opgave? Hvad skal der til for at lykkes i mellemrummet – ud over et stærkt ledelsesmæssigt mandat? Det har akutteamet en række både smertelige og opbyggelige erfaringer med.

Det, der driver lederen af akutteamet, er at give de medarbejdere, der arbejder hos og med borgerne, så stor en beslutningskompetence som muligt. Sigtepunktet er udstrakt selvledelse og delegering. En tilgang, som hun ikke altid får ros for af sine ledelseskolleger:

»Jeg er tit i diskussion med andre ledere om, hvor meget man kan overlade til medarbejderne. De fleste ledere mener, at ledelsesproblemstillinger skal drøftes og besluttes af ledere; hvorimod jeg gerne inddrager medarbejdere i drøftelserne for at få de bedste løsninger. Nogle lederkolleger mener, at jeg lægger for meget over til medarbejderne. De mener ikke, at jeg er tilstrækkelig omsorgsfuld over for medarbejderne. Jeg sender også medarbejdere til arbejdsgrupper, hvor andre afdelinger har valgt at lade sig repræsentere ved lederen. Men så kan de jo netop komme i klemme, synes holdningen at være hos lederkollegerne. Men min oplevelse er, at de medarbejdere, der bliver i akutteamet, bliver, netop pga. de muligheder, de får. De har reel indflydelse og råderum på opgaveløsningen ift borgerne.«

Fjernledelse kan være vanskeligt

Denne form for selvledelse fungerer godt for nogle medarbejdere, mens andre har vanskeligere ved denne ledelsesform, som de omtaler

som »fjernledelse«. Hovedparten af de medarbejdere, vi har talt med, giver udtryk for, at de første år med fjernledelse var vanskelige. Retningen har ikke været tilstrækkelig tydelig for medarbejderne. Teamet har skullet opfinde sig selv og sine opgaver. Det har skabt megen frustration, og det har taget et par år at vænne sig til selvstændigheden og ansvaret i opgaveløsningen. Er der opstået konflikter, har teamet skullet løse dem selv. Den nødvendige kompetenceudvikling har teamets medlemmer ligeledes skullet arrangere. En medarbejder udtrykker det således:

> »Vi kunne godt trænge til, at der var mere føling med os som gruppe. Vi fik lov til at sejle vores egen sø, og det var svært. Jeg har aldrig haft det så svært i mit arbejdsliv og været på nippet til at rejse. Jeg har været så frustreret, at jeg var nødt til at tage et ledelsesmodul for at finde ud af, hvad jeg savnede. Var det at være i et selvstyrende team det samme som ikke at have ledelse? Jeg har fundet ud af, at jeg mangler anerkendelse. At blive set og anerkendt. Alt det andet, det kan jeg selv. Jeg vil gerne have friheden og har ikke brug for en leder, der fortæller mig, hvad jeg skal. Mangler, at der er én, der ser mig en gang imellem. Det har givet ro at få den erkendelse. At det er dét, jeg savner.«

Et nystartet team har således brug for at blive guidet og støttet, uanset at teammedlemmerne er specielt rekrutterede, meget erfarne og højt specialiserede. Det ved lederen godt, men en nødvendig prioritering af andre ledelsesopgaver betød, at hun har været nødt til at neddrosle ledelsen af akutteamet. En begrundelse, der givetvis er rigtig, men som har fået den konsekvens, at teamet har haft manglende opmærksomhed på opgaven. Meget af energien er i de første år i stedet brugt på interne processer, tvivl og afklaring af spændingsfelter. På trods af dette har teamet opnået gode resultater, men det kunne sandsynligvis være gået lettere og hurtigere at nå målet med lidt mere ledelsesopmærksomhed.

... men det bliver bedre med tiden

Efter fem år i teamet, en ganske vanskelig opstart de første par år og bekymringer for det store frirum og selvledelsestanken, så fortæller medarbejderne i dag samstemmende, at de er glade for deres leder og den frisættende ledelse, hun praktiserer, og de ledelsesperspektiver, hun bidrager med.

Imidlertid eksisterer savnet efter anerkendelse fra lederen stadig. Derfor får vi lyst til at stille spørgsmålet om, hvad der skal til, for at medarbejdere kan lære at anerkende hinanden, og især på en sådan måde, at kollega-anerkendelsen har samme værdi, som hvis den kom fra en leder? Kan et team lære det?

Teamet er endnu ikke er parat til den fulde selvledelse, om end de er godt på vej. Måske er nogle medarbejdere fortsat frygtsomme for at blive sluppet helt? Hvis den vurdering holder, så ligger der endnu et stykke ledelsesarbejde at gøre, før teamet er helt flyvefærdigt og kan bevæge sig præcist, frit og kraftfuldt i mellemrummet mellem fag, afdelinger og sektorer. Hvordan det gøres, har vi ingen data på, men vil i afslutningen pege på et par veje at følge.

Som et pudsigt, men måske ikke uvæsentligt, kuriosum hører vi en forskel i oplevelserne, når chefniveauet omkring netop akutteamet fortæller, at deres oplevelse er, at (afdelings)ledelsen har fulgt teamet tæt og har banet vejen. Holdningen har været at give ledelsesmæssig støtte til, at medarbejderne selv kan tage beslutninger og være fri til at tage de nødvendige initiativer.

Forskellen i oplevelsen hænger dels sammen med den dekobling, som vi tidligere har omtalt; dels med den perspektivforskel, der helt naturligt er mellem ledere og medarbejdere. Får man ikke fra begyndelsen taget hånd om – og talt om – disse forskelle, så kan det ikke undgå at få betydning for teamets udviklingstempo og -betingelser.

b. Callcentret på regionshospitalet i Viborg

Callcentret er en enhed, som er foranket på hospitalet, i første omgang som 2-årigt projekt med den hovedopgave at informere, vejlede og rådgive parterne i klyngen om de muligheder, metoder og aftaler, som er sat i søen i mellemrummet mellem parterne.

Med foreløbig et års erfaring gør medarbejdere sig en række tanker om ledelse af en sådan organisering:

Fjernledelse når lederen er tæt på

»Vi har en projektstyregruppe, der består af den ledende overlæge, oversygeplejerske, projektleder samt kontaktpersoner og ledere i kommunerne. Vi sidder med ved møderne, og det er rigtig godt, fordi vi fodrer dem med cases om muligheder og barrierer – og det inspirerer de beslutninger, som skal træffes. Men vi har også et stort handlerum i hverdagen, fordi vores ledelse er modig og har tillid til det, vi sætter i værk, også selv om det er dyrere i første omgang.«

Når ledelsen er til stede i dagligdagen, er medarbejderne tilsyneladende mere modige i forhold til at afprøve nye muligheder. Samtidig illustrerer citatet den knivsæg, der balanceres på, når ledelsen skal være meget omhyggelig med ikke at invadere dagligdagen (ofte i misforstået omhu) og alligevel være til stede, når der er behov for det. Netop i de situationer, hvor det lykkes for ledelsen at etablere et ba-

lanceret råde- og beslutningsrum til medarbejderne, synes ledelse at være værdigivende. Ildsjælene skal have lov til at være ildsjæle – det er det, som driver dem.

En medarbejder i callcentret udtrykker kravene til ledelse i »mellemrummet« meget præcist:

»Mange ledere har en alt for stor leder i maven, hvor de vil og tror de kan styre eller kontrollere næsten alt. I tværsektorielle projekter tror jeg det er vigtig at kunne sætte opgaven i centrum og de personlige lederambitioner på stand by for en tid. Så skal det nok lykkes. Det er derfor, vores samarbejde med Viborg kommune er lykkedes så godt. Ingen har siddet og vogtet på deres eget.«

Vi har hørt det mange gange før: den ledelse, som evner at sætte opgaven i centrum – som omdrejningspunktet for det tværgående samarbejde – kommer lettere ud over sit eget perspektiv, samtidig med at det netop er opgaven, som er den meningsfyldte driver for de fagprofessionelle.

c. Akutteam i Silkeborg

Ledelsesformen skal handles frem

Akutteamet i Silkeborg har eksperimenteret med forskellige former for ledelse. Efter en periode med »fjernledelse« blev der ansat en leder, der ikke gav tilstrækkeligt frirum til medarbejderne. Det var en medvirkende årsag til, at mange forlod teamet. Derfor gennemførte kommunen et lederskifte i efteråret 2015.

En af de kommunale chefer, der har oplevet problemerne på afstand, siger:

»Et akutteam kan være vanskeligt at lede, fordi det inkluderer specialister med forskellige baggrunde. En væsentlig ledelsesudfordring er derfor at få specialister til at fungere sammen i et team, der deler viden og vokser sammen – samtidig med at de skal videregive viden til de mange generalister i den øvrige generation.«

Den særlige opgave, der skal løses i det tværsektorielle mellemrum, kræver – også i Silkeborg – en særlig form for ledelse. En ledelsesform, der skal få specialiserede solister til at fungere optimalt sammen i et team. De medarbejdere, der søger den slags funktioner, har tilsyneladende også personlige kompetencer og behov, som efterspørger ledelse med mere frisættende kvaliteter end den medarbejder, der løser mere almindelige driftopgaver.

Når medarbejderne har været vant til mere eller mindre at skulle klare sig selv, så opbygger de ledelseskompetencer. Et teammedlem fortæller:

... både hos ledere og medarbejder

»De første 4 år havde vi ingen leder tæt på, så da var jeg meget alene og lærte at tage beslutninger selv på den lidt hårde måde. Men det er jeg glad for i dag – jeg blev god til selv at træffe beslutninger og det har været godt for mig. Man bliver lidt sej af det, så der skal mange ting til at ryste mig i dag.«

Nu er der ansat en leder, som medarbejderne skal vænne sig til at bruge – og vi hører en klarhed i, hvordan det skal foregå:

»Jeg har længe arbejdet for en kultur, hvor vi selv kan håndtere, beslutte og være med i processen. Sådan arbejder vi i dag, og det er godt. Men jeg kan også godt se, at det er godt med en leder, der kan sætte rammerne og sparres med – især i gråzonerne. Det bruger jeg min leder til i dag.«

Når medarbejderne først har fået lov til at påtage sig ledelsesopgaver, er det svært efterfølgende at begrænse råderummet. Det kan næsten kun gå galt. Derfor har det stor betydning, at ledere og medarbejdere er i dialog om, hvilken aktuel form for ledelse i mellemrumsarbejdet medarbejderne har behov for i en kommende periode.

En medarbejder fra hospitalet, der arbejder i borgernes hjem, udtrykker sig således om den ledelse, hun har brug for:

»Jeg får opbakning fra ledelsen, der spørger ind til projekterne. Jeg har i dag meget frie hænder. Frihed under ansvar. Det gir lyst til at gøre noget mere. Jeg oplever, at det er unikt her, da jeg hører fra vores ERFA-grupper, at det er meget mere strikst på andre hospitaler, hvor de udegående skal redegøre for deres tidsanvendelse og dokumentere. Jeg tilrettelægger selv mit skema. Det er vigtigt for mig. Jeg har uddannet sig til specialist, og det gir nogle andre muligheder.«

Frihedsgraderne synes at været tæt forbundet med både lysten og modet til at drive opgaveløsningen i mellemrummet fremad. Det er således ikke den store forskel på de behov, medarbejderne har, hvad enten de er ansat på hospitalet eller i kommunalt regi.

d. Boblegrupperne

I vores interviewrunde har vi dels hørt om boblegruppen som en metode til at udvikle ideer og dels observeret et møde i en boblegruppe. Boblegruppen består af repræsentanter fra kommunerne og forskellige hospitalsafdelinger, og gruppen mødes med et par måneders mellemrum.

Fra vores interviews havde vi indtryk af, at en boblegruppe fungerede som en slags idékuvøse, rugekasse eller inspirationsfora på tværs i klyngen, og at gruppen dermed havde en vis status og pondus.

Koordinering eller idéudviklig

Med forbehold for vores begrænsede indsigt og data vedr. boblegrupper virkede det boblemøde, vi overværede, snarere som en slags koordinerende og informerende driftgruppe, hvis fornemste opgave var at fjerne sten på vejen og understøtte sikker drift i mellemrummene mellem sektorerne.

Vi oplevede ikke, at gruppen fungerede som det tværgående udviklingsforum, vi havde hørt om.

Er den nye funktion som koordinatorer – hvis vores oplevelse er rigtig – kommet ubemærket snigende? Skyldes det mangel på tydelig ledelsesmæssig ramme og funktion? Eller har opgaven været tilstrækkelig tydelig for gruppens medlemmer? I hvert fald blev vi efterladt med en fornemmelse af, at boblegruppen nok har en vigtig funktion, men at det blot var en ganske anden, end vi havde forventet. Hvis forventningen stadig er, at gruppen skal udvikle nye ideer, så kræver det en mere tydelig rammesætning og procesledelse af gruppens arbejde.

e. Sammenfatning – det tredje ledelsesrum

På vej mod frisættende ledelse

Det er en udfordring at lede på tværs af sektorerne, og det er en ekstra udfordring at skulle frisætte de medarbejdere, der skal fungere i mellemrummet mellem de tre sektorer. Det kalder på den særlige ledelsesform at være til stede netop i dét øjeblik, der er behov for ledelsessparring eller anerkendelse. Derudover skal man formå at holde afstand og have tillid til, at medarbejderne klarer opgaveløsningen optimalt på egen hånd.

I de to kommunale akutteam er der eksperimenteret med forskellige ledelsesformer. Hovedindtrykket er, at der har været for lidt ledelse til stede ved opstarten. Herefter har Silkeborg forsøgt med for meget ledelse, og først i efteråret 2015 virker det, som om ledelsen af teamene er ved at finde den rigtige form. Det har taget tid og har kostet mange frustrationer undervejs. Energi, der i stedet kunne have været brugt på de borgerrettede opgaver.

På hospitalet giver de frisatte medarbejdere ikke udtryk for de samme frustrationer, men de har også lejlighed til dagligt at støde ind i lederen på gangen eller i døren.

D. Konklusioner og anbefalinger

I det følgende præsenterer vi fem tværgående konklusioner og deraf følgende anbefalinger.

1. Strategisk tværgående ledelse.
Midtklyngen har demonstreret evnen til at levere en ramme- og retningssættende tillidsbaseret, strategisk ledelsesform, som hovedsageligt er skubbet i gang og initieret top-down, men som i vidt omfang er udviklet og ledet buttom-up. I denne forstand er driften sat fri til at eksperimentere med sammenhængende patientforløb. Herom vidner en række af de eksperimenter, der ser ud til at lykkes, og hvoraf flere allerede er klar til at blive implementeret i en større sammenhæng.

Rammesætningen lykkes bedst vertikalt

Eksempler som Flex-KOL, hjerterehabilitering, blodtransfusion, IV-behandling i hjemmet og callcenteret er alle komplicerede tværgående samarbejder, hvor den strategiske ledelse både vertikalt og horisontalt har været afgørende, men ikke alene tilstrækkelig for de resultater, der er skabt.

Den strategiske rammesætning er primært lykkedes vertikalt og kun delvist horisontalt. Det horisontale samarbejde har været den største ledelsesudfordring på grund af de mentale knaster, der ligger i at skulle sætte sig ud over egeninteressen. En disciplin, som ikke er alle toplederes spidskompetence. Det har taget tid og er i vid udstrækning hjulpet på vej, af ikke mindst et insisterende relationsarbejde, som har fremmet de åbenlyst meget vigtige uformelle forbindelser og netværk på tværs af klyngens partnere.

Dekoblingen mellem strategi og drift

Trods stærke intentioner om at »vende bøtten på hovedet« og arbejde mere aktivt »buttom-up« synes den fortsatte ledelsestænkning – hvor top og bund, strategi og drift er adskilte størrelser – også at være den foreløbige begrænsning på, hvor langt klyngen kan nå inden for rammerne af denne ledelsesforståelse. Vi ser således fortsat adskillelse og dekobling mellem strategi og drift som den største hindring for at optimere det tværsektorielle arbejde.

Hertil kommer, at meget af det strategiske arbejde er placeret hos nøglemedarbejdere og ildsjæle, der indtil nu er lykkedes med både at være brobyggere, fremskudte poster, strategiske informanter og »stemmer fra dybet«, samtidig med at de har fungeret som frontløbere, overbevisere og »pushere« for de strategiske tiltag, som topledelsen – her klyngestyregruppen – har formuleret.

Det fører os frem til en antagelse om at det tværgående samarbejde – ikke mindst med blikket rettet mod fremtiden – skal tilføres endnu mere kraft. Vi har vores tvivl om, hvorvidt denne kraft kan leveres og bæres af de trods alt få skuldre og gode intentioner, som topledelsen og en række nøglemedarbejder og ildsjæle repræsenterer.

... skal ophæves

Denne antagelse fører frem til en anbefaling om, at hele organisationen (afdelingsvis) fremover skal integreres langt mere dybt i det tværgående arbejde. Det kræver, at topledelserne og klyngestyregruppen har mod til at eksperimentere med mere radikale og frisættende former for strategisk ledelse, hvor medarbejderne (og ikke kun de særligt udvalgte) bliver inviteret ind i forpligtende og bidragende processer, når det fremtidige tværsektorielle samarbejde skal udvikles og afprøves. Netop her produceres den meningsskabende kobling, som vi mener, er et helt afgørende omdrejningspunkt for at lykkes i mellemrummet på tværs af politikker, organisationer, magt, status, hierarki, egeninteresser og ikke mindst fagkulturer.

Der findes i dag relativt let tilgængelige metoder til at bygge disse ledelsesprocesser op, hvor strategi og drift mødes, forbindes og i den forstand kobler sig kraftfuldt sammen (Dall, Bohni, 2012). Metoder, som vi vurderer, kan være hjælpsomme både i forhold til den vertikale forbindelse og ikke mindst i de horisontale koblinger på tværs organisationer. Sagt på en anden måde, så ligger der store potentialer gemt i udviklingen af systematiske strategiske feed-back processer. Det gælder både vertikalt og horisontalt.

2. Frisættende ledelse

En tillidsbaseret ledelsespraksis er på vej

Vores undersøgelse peger på, at den vigtigste kraft, der driver det tværsektorielle samarbejde fremad, hentes i en særlig ledelsespraksis og -stil i driftområderne – både på hospitalet og i kommunerne. Det er en på samme tid guidende og frisættende ledelse, der stimulerer lysten og modet til se at vove sig ud i »ingenmandsland« og gøre det, som endnu ingen præcist ved, hvordan man gør: hvad er muligt, hvad er tilladt og hvor går grænsen? En tillidsbaseret ledelsesform, der er

karakteriseret ved, at der er højt til loftet; ved mulighedstænkning, direkte indflydelse, stort råderåderum, tilgivelse frem for tilladelse, tydelige rammer og støtte, når der opstår beslutnings- eller tolkningstvivl. Frisættelse af viden, ideer, erfaringer, faglige og organisatoriske refleksioner – i en tydeligt rammesat arena – ser ud til at være vital for at drive de nye tværgående samarbejder fremad.

Vi har gennemført en række interview og primært hørt positive omtaler af samarbejdet – både horisontalt og vertikalt. Men vi har også hørt udsagn, der signalerer, at samarbejdet og den gensidige tillid sagtens kan blive bedre. Gad vide, om Midtklyngen er i stand til – på deres nuværende udviklingstrin – at forholde sig konstruktivt til denne kritik? Da der ofte er forskel på »stories told og stories lived«, og da vi i denne undersøgelse primært har koncentreret os om fortællingerne, er vi endnu ikke i stand til at besvare spørgsmålet fyldestgørende.

Men vi vil ved lejlighed spørge Midtklyngen: Hvad er det næste skridt, I vil tage, for yderligere at understøtte og inspirere den tilsyneladende farbare vej, som jeres frisættende ledelsespraksis indtil nu har resulteret i?

3. Selvledelse – er det muligt?

I forlængelse af ovenstående tanker om strategisk forankring, så er vores næste spørgsmål: Hvordan flytter vi det tværgående samarbejde fra at være projektbaseret og båret af prøvehandlinger, til at være opgave- og ledelsesmæssigt forankret i en egentlig driftsorganisation, som udfylder det mellemrum, der muliggør integrerede patient- og borgerforløb?

Svaret fra stort set alle deltagerne i vores undersøgelse er, at der skal opbygges en egentligt tværorganisatorisk driftorganisation, som skal løse opgaver i mellemrummene, og som evner at flyde ind og ud af de respektive partnerorganisationer.

Hvilken ledelse og ledelsesform kalder en sådan ny tværgående organisation på?

Med erfaringer fra de eksperimenter, der er gjort i Midtklyngen, og som vi har beskrevet ovenfor, så bevæger vi os i retning af et svar, som ligger hinsides de klassiske og velkendte ledelsesformer. Hvis de fremtidige tværgående organisationer skal have maksimal bevægelighed og effektivitet i forhold til opgaven og samtidig kraftfuld ledelse,

så kunne et svar være, at der er behov for et udvikle en radikal og nytænkt selvledelse.

... kræver selvledelse

Trods masser af besvær og begyndervanskeligheder påpeger en del af vores interviewpersoner, at netop selvledelse kunne være et elegant og effektivt svar. Det er dog også et svar, som vil udfordre den nuværende ledelsestænkning både blandt ledere og medarbejdere. For det første skal vores mindset og ledelsesforståelse udvikles, og for det andet skal parterne sætte gang i en systematisk træningsopgave for at opbygge en kraftfuld ledelse af høj kvalitet – uden ledere (!). Det vil bidrage til at realisere ønsket om integrerede patientforløb, hvor netop patienten er aktivt medskabende.

Hvis det lyder vildt, så kan vi berolige med, at tankerne er allerede tænkt og afprøvet i praksis i andre organisationer i andre lande. Vil nogen vide mere, kan vi anbefale F. Laloux: »Fremtidens organisation« (Laloux 2015).

Laloux kommer med aktuelle eksempler på succesrige, selvledende enheder og bidrager desuden med en beskrivelse af, hvilke kompetencer disse enheder skal besidde, samt hvilken form for træning det kræver.

4. Hvordan bliver almen praksis en aktiv medskaber?

Midtklyngens markant vanskeligste spørgsmål er at finde svaret på, hvordan almen praksis bliver en ligeværdig og bidragende partner?

Der skal snart ske noget

Hidtil er det kun lykkedes i begrænset omfang – og ganske langsommeligt – at få dele af almen praksis som medspiller. Det er primært sket gennem et individuelt opsøgende og insisterende fokus, der i vores undersøgelse især har været båret af kommunale sundhedsarbejdere.

Det er en alt for skrøbelig tilgang at lade et at de mest centrale partnerskaber være båret af enkeltpersoner i form af kommunale ildsjæle og de mest samarbejdsorienterede praktiserende læger. Skal sundhedsindsatsen med borgeren i centrum lykkes, må den i langt højere grad organiseres og bringes ind i mere forpligtende og energifyldte former. Vi forslår to muligheder.

Den første består i at forme (endnu) et eksperiment med et tværgående tilbud, som er så fagligt og økonomisk interessant for almen prak-

sis, at de slet ikke kan sige nej. Hvordan ser sådan et projekt ud? Det vil vi lade parterne om at samarbejde om.

Den anden mulighed er at gøre det muligt fra begyndelsen at invitere almen praksis ind i designet af et sådant eksperiment for at gøre det både attraktivt og lovende: Hvilken opgave skal løses? Hvordan skal arbejdsdelingen være mellem sygehus, praksislæger, sygehus og kommune? Hvordan er ansvarsfordelingen? Hvordan skal honoreringen tilrettelægges? Hvordan får vi alle med?

I en sådan proces vil der givetvis dukke en lang række forhindringer af helt faktuel karakter op. Vi er dog optimister. Når det har været muligt at løse en lang række af disse udfordringer i det hidtidige samarbejde mellem kommuner og regionen, hvorfor skulle det så ikke være muligt i forhold til almen praksis? Et første skridt kunne være at bruge de allerbedste erfaringer fra det vellykkede samarbejde mellem region og kommuner: tydelig retning, relationsopbygning og et meningsfuldt opgavefællesskab!

5. På borgernes præmisser – for alvor

Når »patienten eller borgeren i centrum« er den øverste overligger for Midtklyngens udviklingsarbejde af de nære sundhedstilbud, er det påfaldende, at vi har mødt så få data på, hvad borgeren egentlig oplever, mener og tænker.

Hvordan bliver borgeren reel medskaber?

I forlængelse af denne iagttagelse har det undret os, at vi så få gange i vores undersøgelse er stødt på mere faktabaserede registreringer af tilfredshed, resultater og økonomiske kalkyler på forsøgene. Det er muligt, at disse data eksisterer, og at grunden til vores undren alene er, at vi ikke systematisk har efterspurgt disse data. Men det undrer ikke desto mindre! Vi hører mange oprigtige udsagn i stil med dette: »Hvad ville jeg have brug for, hvis det var mig, der var patient nu«, men det er næppe tilstrækkeligt. Hvad nu, hvis dette citat blev ændret til: »Hvad har du som patient behov for, at der skulle ske lige nu?« Hvilken form for organisatorisk set-up og nyorientering i fagkulturerne vil kunne understøtte en sådan reel borgerinvolvering?

Derfor synes det oplagt at gå skridtet videre til i egentlig forstand at gøre borgeren til partner og aktør i udviklingsarbejdet. Måske ligger kimen til, at Midtklyngen netop her udvikler og afprøver nye veje til, hvordan patienter, fagprofessionelle og andre interessenter kan brin-

ges ind i konkret samskabende positioner, så man for alvor kan tale om »patienten i centrum«.

E. Perspektivering

I april 2016 præsenterede vi vores resultater for Midtklyngens styregruppe. Drøftelserne efterfølgende mundede ud i, at klyngeledelsen ville fortsætte udviklingsarbejdet på tre områder.

Det fremadrettede arbejde

For det første ønsker parterne at øge videndelingen både vertikalt og horisontalt.

For det andet skal der ske en bredere forankring af det tværgående sundhedssamarbejde, så det ikke kun beror på ildsjæle.

Endelig vil klyngeledelsen styrke mellemrumsledelsen. Der vil således allerede i efteråret 2016 blive igangsat et træningsforløb for nøglepersoner.

En mere specifik opfølgning på erfaringerne fra projektet sker på akutområdet. Her har akutteamet i Viborg Kommune og akutafdelingen på regionshospitalet besluttet at intensivere samarbejdet yderligere, med særligt fokus på at eksperimentere med frisættende ledelse som løftestang for »at slippe den sunde fornuft løs«.

På det teoretiske og metodiske plan kalder projektets konklusioner især på, at der er behov for følge to problemstillinger til dørs.

Den første drejer sig om, hvilken form for strategisk feed-back der skal udvikles for at tøjle bureaukratiets styringsimpuls.

Strategisk feed-back

Flere steder i vores undersøgelse er vi stødt på styringsmæssige barrierer, der – trods ihærdige og velmenende intentioner om det modsatte – synes at generere eller endog forhindre progressive og lovende initiativer for et øget patientfokus og ubesværede opgaveovergange. Vores hypotese er, at ubehaget ved nærkontakt mellem drift og styring endnu er for ubekvemt til, at nogen vover at gøre forsøget. Uroen ved at blive bragt ind i samme rum og således blive tvunget til at reflektere over dilemmaer og sågar paradokser – i fællesskab – synes for monstrøs. Forude må der vente eksperimenter med at bringe disse forskellige perspektiver sammen under former, der fremmer lysten,

udsynet og vovemodet til at se sig som én samtænkende og samskabende organisation.

Den anden problemstilling, vi øjner i horisonten, handler om, hvordan man på samme tid får både kraftfulde og kvalificerede tværgående beslutninger koblet sammen med ubesværet handling i mellemrummene – i overgangene. Lige der, hvor det kan mærkes af borgerne.

Fra kompetente beslutninger til letbenede handlinger

Det ledelsesrum, som mest åbenlyst kalder på fornyelse, er den øverste del af hierarkiet. Det er der, hvor mange kommuner, politikere, interesseorganisationer og direktører samles for at drøfte og beslutte de overordnede strategier og prioriteringer. Dette »sammenrend af selvbeskyttelse« – som en af vores interviewpersoner udtrykker det – kalder i høj grad på fornyelse. Hvordan kan en Sundhedsstyregruppe og en Klyngestyregruppe genopfinde sig selv? Dét vil vi gerne blive klogere på.

Mellemrummets lethed skal ligeledes finde sin form, men netop her har vi allerede antydet et perspektiv, som andre har sat i bevægelse. Fokus er at udvikle opgaveteam i mellemrummene med stor ledelseskraft – men uden ledere. Hvordan tager det sig i i virkeligheden? Også det spørgsmål afventer vi stadig svar på.

Referencer

Dall, Mads Ole; Bohni, Timo: *Frisættende ledelse – kunsten at integrere medarbejdere i ledelsesprocesser.* Frydenlund 2012

Digmann, Annemette: *At lede på tværs af sektorer: nødvendigt og udfordrende.* Økonomistyring & Informatik nr 3 2015

Ingerslev, Karen; Andersen, Per Bo Nørgaard; Digmann, Annemette: *Grænsekrydsende ledelse i praksis.* Erhvervspsykologi nr 4, 2015

Laloux, Frederic. *Fremtidens Organisation. Fra ledelse til selvledelse – fra organisation til organisme.* Forlaget I AM, Silkeborg. 2015