

TVÆRSEKTORIEL UDREDNING

# Camp 2012



© 2012 by Bent Hansen. All rights reserved. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. For more information, see <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>.

## Baggrundsmateriale

*“Vi skal have mindre fokus på sektoropdelingen og mere på patienternes behov. Det kræver, at vi helt anderledes tænker ud af boksen og udvikler nye forpligtende samarbejdsmodeller omkring konkrete fælles patientgrupper. Det kan for eksempel være de sårbare ældre og nogle af de mest udsatte kronikere. Vi skal tænke i fælles organiseringer med fælles mål, der understøttes af fælles faglig ledelse.*

*Det kræver, at både regioner og kommuner tør satse indflydelse, faglige kompetencer og økonomi i et fælles set-up. Der er gode erfaringer fra andre lande, som vi kan lade os inspirere af. Det kan lade sig gøre at skabe et samarbejde på tværs af myndigheder - endda med væsentlig bedre faglige og økonomiske resultater.*

*For patienterne er det underordnet om de fagpersoner, de møder, kigger på en regional eller kommunal lønseddel. De interesserer sig for, hvordan de får hjælp.”*

# Camp2012 – En ekstraordinær tværsektoriel udredning

## Baggrundsmaterialet

Vi har samlet et par inspirationsoplæg, der hver især kommer med bud på løsningen af udfordringerne i det danske sundhedsvæsen.

KL og Danske Regioner har hver især udarbejdet oplæggene "*Det nære Sundhedsvæsen*" og "*Det hele Sundhedsvæsen*".

Vi har lavet korte sammendrag af de to publikationer, hvor de mest centrale pointer er trukket frem.

Skulle du være interesseret i at læse publikationerne i deres helhed kan du hente dem på KLs hjemmeside og Danske Regioners hjemmeside (se i boksen til højre).

Endelig har vi fået lov at anvende et kapitel fra den endnu ikke udgivne bog: "*Hospitalsledelse – organisatorisk fænomen og faglig disciplin*" (2. udg.), hvor professor **Kjeld Møller Petersen** fra Syddansk Universitet skriver om *ledelse i et tværsektorielt perspektiv*. Her opridser han en del af de udfordringer, der er i samarbejdet mellem kommuner, praksis og hospitaler. Han peger endvidere på en række overordnede løsningsforslag

og initiativer, der kan tages. Se bogens data i boksen til højre.

## Døgnets forløb

Som illustreret nedenfor vil forløbet af døgnet dels indeholde **fælles rådslagninger** og **workshops**, hvor du sammen med 4-5 andre deltager vil skulle arbejde med nogle af de områder vi har identificeret. Skitsen nedenfor illustrerer hvorledes døgnet vil foregå og progressionen her. Du skal forvente, at skulle arbejde efter aftensmaden også.

Om eftermiddagen torsdag den 26. april vil vi have en direkte forbindelse til **Molly Porter fra Kaiser Permanente International** for at drøfte nogle af de ideer og principper, som I har udarbejdet.

Molly Porter er direktør for Kaiser Permanente International. I Kaiser Permanente International er der fokus på lokal "oversættelse" af de særlige forhold, betingelser og kompetencer, som Kaiser Permanente besidder.

Hun har i kraft af hendes internationale erfaring stor indsigt i blandt andet danske forhold og har flere gange besøgt Danmark og været i dialog med danske besøgene i USA.

## Links og andre data

### KL:

"Det Nære Sundhedsvæsen"  
<http://www.kl.dk/Aktuelle-temaer/Det-naere-sundhedsvasen/>

### Danske Regioner:

"Det Hele Sundhedsvæsen"  
<http://www.regioner.dk/Sundhed/Kvalitet+og+forskning/Det+hele+sundhedsvaesen.aspx>

**Bendix, H.W. Digmann, A. Jørgensen, P. og Pedersen, K.M.:**  
Hospitalsledelse – organisatorisk fænomen og faglig disciplin, 2. udg. Gyldendal Public, 2012 (manuskript)

## Tid og sted

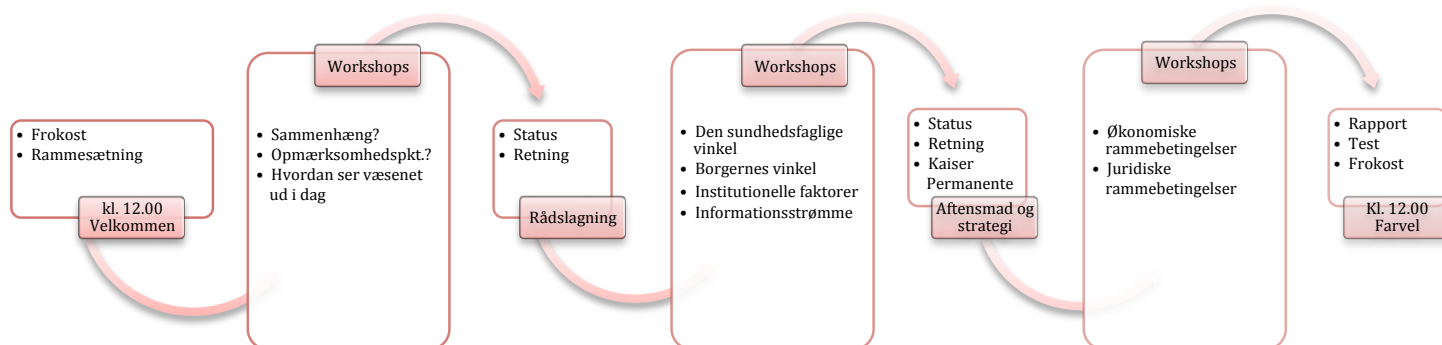
26. april kl. 12.00 til  
27. april kl. 12.00.

Vi starter og slutter med frokost.

10. maj kl. 10.00-16.00.

KALØVIG Center  
Præstekravevej 46,  
8410 Rønde,  
8637 1155  
Kalovigcenter.dk

Skitse: Forløb af Camp2012



Den 26. april 12.00 til aften

Den 27. april til kl. 12.00

# Det Hele Sundhedsvæsen – Danske Regioner

## Indledning

Rapporten "Det Hele Sundhedsvæsen" er Danske Regioners bud på, hvordan visionen om et helt og sammenhængende sundhedsvæsen kan indfries. Med strukturreformen er der opstået nye snitflader og gråzoner mellem regioner og kommuner, som udfordrer målet om at sikre kvalitet, helhed og sammenhæng i patientforløbene. Derfor ønsker Danske Regioner med udspillet at understrege behovet for en omstrukturering, klar opgavefordeling og et stærkt samarbejde mellem de forskellige aktører i sundhedsvæsenet.

"God kvalitet koster ikke nødvendigvis ekstra, men det gør dårlig kvalitet". Sundhedsvæsenet skal kunne tage hånd om alle typer af patienter og mange forskellige patientforløb, men sundhedstilbuddene skal udføres på det niveau, som betyder, at der ydes mest sundhed for pengene. Derfor vil Danske Regioner arbejde ud fra en ny kvalitetsdagsorden, hvor de to principper **faglig og økonomisk bæredygtighed** skal integreres i enhver nytænkning af sundhedsvæsenet.

For at sikre et sådan sammenhængende og velfungerende sundhedsvæsen, tager rapporten udgangspunkt i de 3 nedenstående fokusområder.

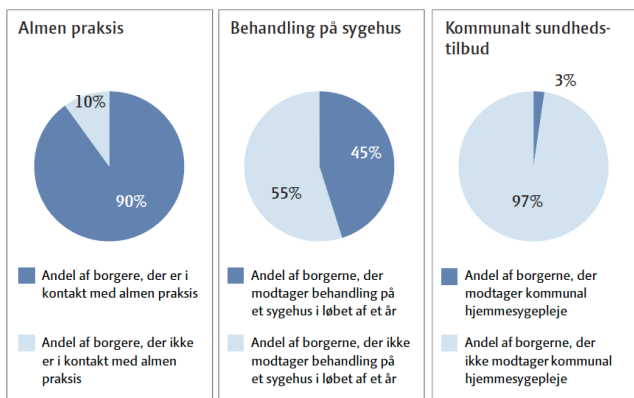
## 1. Organisering

Danske Regioner ønsker et nyt og stærkt samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis – herunder helt nye modeller for samarbejdet.

I rapporten understreges vigtigheden af at have en klar ansvarsfordeling blandt aktørerne, hvis samarbejdet og kvaliteten skal styrkes. For at patienterne ikke "falder mellem to stole" understreges det, at **diagnosticering og behandling af patienter er regionernes ansvar**, mens ansvaret for **genoptræning, rehabilitering og forebyggelse deles mellem regionerne og kommunerne**.

Ansvarsfordelingen er blandt andet begrundet i danskernes kontakt til sundhedsvæsenet, hvor nedenstående figur viser denne for 2011:

Danskernes kontakt til sundhedsvæsenet 2011



Danske Regioner lægger i forlængelse heraf op til, at den **økonomiske incitamentsstruktur ændres**, således at bæredygtighed, helhed og sammenhæng kommer i

centrum. Danske Regioner påpeger eksempelvis, hvordan den **kommunale medfinansiering medfører bureaukrati, splid og usikkerhed omkring ansvaret i forbindelse med fx forebyggelsesindsatsen**. Derfor ønskes den kommunale medfinansiering afskaffet, så der kommer overensstemmelse mellem de faktiske incitamentet og de resultater, der skal opnås.

## 2. Nye tilbud og fysiske enheder

Danske Regioner vil udbygge netværket af tilbud, som er tæt på og nemt tilgængelige for patienterne – herunder sundhedshuse m.v. Det skal sikre sammenhæng og faglig tyngde i behandlingen af patienterne – også i deres nære miljø.

Den almene lægepraksis skal stadig være kernen i de nære regionale tilbud. Derfor skal sundhedshuse og andre fysiske enheder udbygges og videreudvikles, så der er sikret en kvalificeret behandling af patienterne i deres nære miljø.

Til at inddrage og integrere patienten i sit eget behandlingsforløb skal de store potentialer ved telemedicin udnyttes. Patienten skal styrkes som en del af teamet omkring sin egen behandling – *patient empowerment*.

## 3. Delt viden

Der er brug for en **bedre og mere systematisk anvendelse af data og forskningsbaseret viden**, så der skabes høj kvalitet i hele sundhedsvæsenet. Det påpeges i den forbindelse, at kommunerne for alvor kan gøre en forskel ved at tænke forebyggelse ind i de velfærdsområder, de har ansvaret for.

Der skal være **fælles retningslinjer og standarder for, hvordan faglighed og kvalitet kan sikres gennem forpligtende aftaler**. Den Danske Kvalitetsmodel er et vigtigt redskab til netop at sikre en høj kvalitet indenfor sundhedsvæsenet. Derfor er der også stærkt brug for, at praksissektoren og kommunerne hurtigst muligt også forpligter sig til at blive en del af denne model. Borgerne bliver dermed sikret et minimum af forebyggelsestilbud, og disse skal leve op til aftalte kvalitetskrav.

I forhold til genoptræning og rehabilitering er der brug for, at **den faglige viden, som findes på sygehusene, bringes langt bedre i spil i forhold til indsatsen i kommuner og almen praksis**, bl.a. ved at sygehusenes eksperter kan definere patientens behov i én samlet rehabiliteringsplan.

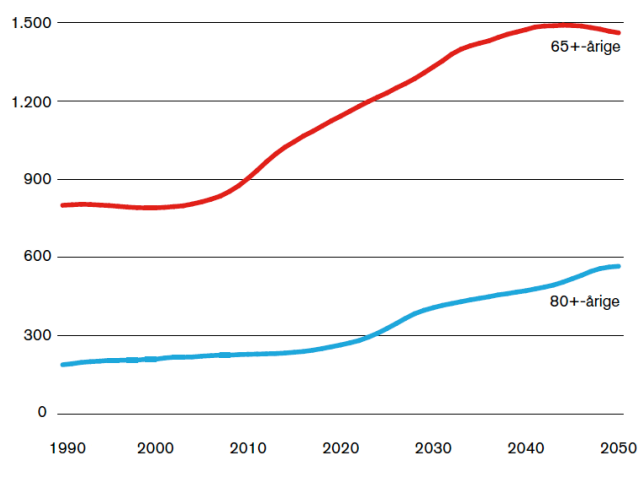
**Sundheds-IT og data skal kunne anvendes på tværs af regionsgrænserne**. De mange teknologiske løsninger (særligt EPJ) skal kunne 'tale sammen' og ved udgangen af 2012 vil regionerne være klar med sammenhængende elektroniske patientjournalssystemer i hele landet. Sådanne landsdækkende løsninger danner basis for de nye teknologiske behandlingsformer som eks. telemedicinske løsninger.

# Det Nære Sundhedsvæsen – KL

## Indledning

KL's sundhedsudspil "Det Nære Sundhedsvæsen" er tænkt som et pejlemærke for KL og kommunernes arbejde i de kommende år og vil danne grundlag for den fremadrettede dialog med staten og regionerne om fremtidens sundhedsvæsen. Udspillet indeholder en række forslag til, hvordan kommunerne kan være med til at sikre et fremtidigt sammenhængende sundhedsvæsen.

I takt med at der bliver flere ældre og plejkrævende kronisk syge borgere, får kommunerne stadig flere sundhedsopgaver. Samtidigt betyder specialiseringen af sygehuse, at flere patienter sendes hjem hurtigere og har brug for genoptræning og rehabilitering.



I udspillet understreges det derfor indledningsvist, at landets 98 kommuner skal blive endnu bedre til samarbejde for at undgå 98 forskellige kvalitetsstandarder og retningslinjer for det nære sundhedsvæsen. Helt konkret præsenteres der i udspillet 12 centrale fokusområder, som skal imødekomme denne udfordring, hvoraf her fokuseres på de 5 nedenstående:

## Kvalitet i det nære sundhedsvæsen

Ved at samarbejde vil kommunerne opnå et patient- og brugergrundlag, der er tilstrækkeligt stort til at sikre et stærkt fagligt miljø med de fornødne faglige kompetencer.

- Kommunerne ønsker at arbejde efter standarder og kliniske retningslinjer, der er særligt udarbejdet til netop kommunerne.
- Kommunerne vil kunne dokumentere og evaluere effekten af de kommunale sundhedsindsatser – her tænkes særligt på at styrke samarbejdet mellem kommuner, regioner og forskningsinstitutioner.

## Telemedicin og velfærdsteknologi

Kommunerne er villige til at satse markant på telemedicin og velfærdsteknologi, men ser en række behov indfriet først:

- Kommunerne skal udvikle en fælles strategi for telemedicin.
- Hjemmesygeplejen skal have et kompetenceløft i takt med at telemedicin udrulles.
- Staten skal udvikle en incitamentsmodel for telemedicin, hvor pengene følger borgeren.

Staten skal sikre standardisering af telemedicinske værktøjer og skal udvikle standarder og infrastruktur i kommunerne.

## Samarbejde med almen praksis

KL påpeger selv, at samarbejdet mellem kommunerne og almen praksis i dag ikke er effektiv nok til at løse mere komplekse sundhedsfaglige problemstillinger, hvorfor det foreslås at:

- Almen praksis skal være forpligtet af sundhedsaftalerne og RLTN (Regionernes Lønnings- og Takstnævn) skal præcisere almen praksis' opgaver i forhold til kommunerne.
- Kapaciteten i almen praksis skal desuden øges, og regeringen bør derfor sikre en offentlig anlægsinvestering for at få en hensigtsmæssig struktur i almen praksis.

## Styring, dokumentation og evaluering

- Kommunerne skal have indflydelse på sygehusplanlægningen, når den har konsekvens for de kommunale opgaver.
- Regionerne skal levere indikatorer og nøgletal til kommunerne som baggrund for den kritiske dialog mellem sygehuse og kommuner.
- Kommunerne skal udarbejde styringsanalyser og nøgletal for kvalificering af indsatsen.

## Finansiering af det nære Sundhedsvæsen

Der skal ske en omprioritering indenfor de eksisterende økonomiske rammer og incitamenter.

- Kommunerne ønsker et økonomisk incitament til at udbrede fælles alternativer til indlæggelse på tværs af kommuner og regioner. Der skal være mulighed for, at regionerne i højere grad kan støtte kommunale indlæggelser.
- Eventuel vækst i sundhedsudgifterne skal prioriteres til forebyggelsesindsatsen og det nære sundhedsvæsen.
- Mere differentieret medfinansiering, således at den kommunale medfinansiering også giver mulighed for at påvirke sygehusforbruget.

# Det nære Sundhedsvæsen – KL (fortsat)

## **Yderligere fokusområder**

De resterende 7 fokusområder er naturligvis også en vigtig del af KL's samlede sundhedsudspil. Disse rummer ligeledes konkrete bud på, hvordan man indenfor det nære sundhedsvæsen i fremtiden håndterer ældre medicinske patienter, borgere med kroniske sygdomme eller psykiske lidelser, borgere med behov for genoptræning, børn og unge, forebyggelsesindsatsen, samt hvordan man øger de sundhedsfaglige kompetencer både på kommunalt, regionalt og landsdækkende plan.

# Det tværsektorielle perspektiv – K.M. Pedersen

Danske Regioner udsendte i 2011 en lille pjece med titlen Det hele Sundhedsvæsen. Pjecen skulle illustrere, at ”at det kan lade sig gøre at skabe et helt sundhedsvæsen med sammenhængende tilbud. Det kan lade sig gøre, hvis alle parter arbejder for det, sætter borgeren/ patienten i centrum og lader kassetænkningen træde i baggrunden”. Regeringen og partierne bag satspuljen offentliggjorde i december 2011 en national handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Med planen har man afsat 97,4 millioner kroner til implementering af fælles regionale-kommunale forløbskoordinator-funktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter. Forløbskoordinatorer er endda indskrevet i regeringsgrundlaget fra oktober 2011.

Som eksemplerne illustrerer, er sammenhængende patientforløb et mantra i sundhedsvæsenet – og har været det mindst siden 1985. Med andre ord kniber det stadigvæk med at skabe bedre sammenhæng. Der er en vedvarende jagt på holdbare løsninger, hvor forløbskoordinatorer blot er én af flere muligheder. Løsningerne afspejler i varierende grad, hvad man tror, er de bagvedliggende årsager til koordinationssvigt, jfr. Danske Regioners fokus på kasseøkonomiske hensyn. En simpel konstatering er, at øget specialisering fører til fragmentering – og dermed behov for såvel koordination som kontinuitet.

## Et simpelt patientforløb på tværs af sektorerne

En alment praktiserende læge modtager et opkald fra hjemmeplejen angående en kvinde på 75 år, som er fundet konfus og med hævede ben i eget hjem. Lægen kommer på hjemmebesøg og indlægger hende akut på nærmeste sygehus. Hun indlægges i en 14-dages periode. Kommunen inddrages i forbindelse med udskrivning, fordi den ældre kvinde fremover har behov for hjemmehjælp 2 gange dagligt samt behov for hjælp til at administrere sin medicin. Sygehuset udskrives patienten til opfølgning hos almen praksis. – Efter to måneder genindlægges patienten af vagtlægen osv.

I Sundhedslovens paragraf 2 står, at der ’skal være sammenhæng mellem ydelserne’. Af bemærkningerne til loven fremgår, at sundhedsvæsenets tilbud til den enkelte skal være karakteriseret af kontinuitet, sammenhæng og tryghed. Lovgivningen skal ifølge bemærkningerne sikre de bedst mulige rammer for sammenhæng i patientforløbene, så den enkelte patient får netop den ydelse, der er behov for på det givne tidspunkt, uanset hvilken myndighed der har ansvaret. Dagens

sundhedsvæsen med mange aktører og forskellige myndigheder er en logistisk udfordring, når man ønsker (endnu) bedre sammenhængende patientforløb.

Ledelsesmæssigt udgør sammenhængende tværsektorielle forløb en udfordring, fordi den traditionelle hierarkiske ledelsesmodel med klare ’kommandolinjer’ ikke gælder for tværsektorielle forløb. Man kan ikke fra hospitalet ’instruere’ dvs. give ordrer til en kommunal hjemmesygeplejerske eller en praktiserende læge og vice versa. Hvis man skal forstå de ledelsesmæssige problemstillinger ved opbygning og vedligeholdelse af tværsektorielle forløb, kan man med fordel tænke i netværksledelse. Interorganisatoriske netværk stiller nye krav til ledere. Ingen parter i et interorganisatorisk netværk kontrollerer hele opgaveløsningen og alle nødvendige forudsætninger. Ingen kan alene skabe klarhed og forudsigelighed i hele netværket. Interorganisatorisk ledelse må baseres på stadig interaktion, dialog og forhandling.

Det forsikringsejede, amerikanske sundhedssystem, Kaiser Permanente, der har ca. 8 mio. medlemmer, udmærker sig ved under ét ejerskab og ét ledelseshierarki at samle alle aspekter af sundhedsvæsenet. På grund af systemets innovative praksis, store fokus på forebyggelse, systematisk sammenhængende indsats og ikke mindst dets resultater i forhold til kronikergruppen har Kaiser Permanente ført til stor interesse uden for USA. En sammenlignende undersøgelse af Kaiser Permanente og det danske sundhedsvæsen peger på en række resultater i amerikansk favør, som understreger den praktiske betydning af at skabe sammenhæng i indsatsen på tværs af den primære (almen praksis, hjemmepleje m.v.), den sekundære (traditionelle hospitaler) og den tertiære (stærkt specialiserede hospitaler og klinikker) sundhedssektor. Men analysen viser også, at dette system er væsentligt dyrere end det danske. Der er næppe tvivl om, at der kan hentes inspiration hos Kaiser Permanente, men man kan næppe direkte kopiere modellen. Det skal bemærkes, at Sundhedsstyrelsens kronikermodel er bl.a. er baseret på erfaringerne i Kaiser Permanente.

## Hvad er (sammenhængende) patientforløb?

Den korte version af svaret er: ’Rette sted, rette behandling, rette tid uden unødvendig ventetid’. Andre stikord er: Velkoordineret, kontinuitet, information til patient og samarbejdspartnere. Det er fristende med et retorisk spørgsmål: Kan det være så svært?

# Det tværsektorielle perspektiv – K.M. Pedersen

I sammenhængende patientforløb er der både en sundhedsfaglig, en organisatorisk og en ledelsesmæssig dimension. De to første er ved at være velkendte, medens den sidste først er ved at få opmærksomhed.

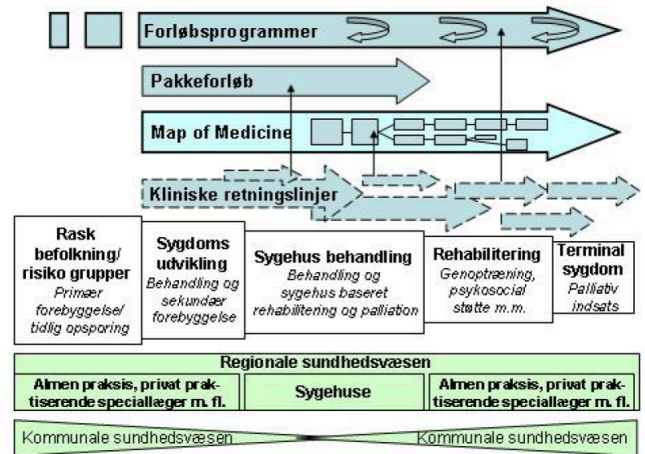
Betragt indledningsvis følgende tre 'autoritative' definitioner:

1. Patientforløb er 'Summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter oplever i relation til den sundhedsfaglige ydelse'. (Dansk Selskab for kvalitet i sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber-og definitioner. 2003. København, DSKS)
2. 'Et forløbsprogram beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede sundhedsfaglige indsats for en given [kronisk] tilstand, der sikrer anvendelse af evidens-baserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, en præcis beskrivelse af opgavefordeling samt koordinering og kommunikation mellem alle involverede parter (Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Del I: Generisk Model. 2008. København, Sundhedsstyrelsen.)
3. Patientforløb: 'organisatorisk forløb der beskriver en patients vej igennem sundhedsvæsenet' (Sundhedsstyrelsens begrebsdatabase)

De tre definitioner lægger vægt på forskellige aspekter, og ingen af dem inddrager ledelsesaspektet. Den første definition skelner ikke mellem organisatoriske og sundhedsfaglige aspekter. Det gør den anden definition, dog med vægt på det organisatoriske (opgavefordeling, koordinering og kommunikation), medens Sundhedsstyrelsens summariske definition alene betoner det organisatoriske.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet nedenstående figur, der viser sammenhængen mellem en række begreber og relationen til sundhedsvæsenets parter. Der ses på hele forløbet fra raske personer til udvikling af sygdom og afslutning på livet. Den øverste del af figuren beskriver, hvilke metoder der findes til beskrivelsen af den sundhedsfaglige og organisatoriske indsats. Den nederste del af figuren viser, hvilke aktører der varetager forskellige dele af forebyggelse og behandling.

Figur 1: Sammenhæng mellem begreber og parter



Kliniske retningslinjer har fokus på anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, mens patientforløbsbeskrivelser har fokus på det sammenhængene patientforløb/patientens vej gennem sundhedsvæsenet, dvs. som minimum det organisatoriske.

En patientforløbsbeskrivelse er en afgrænset patientgruppes vej gennem sundheds- og sygehusvæsenet – ideelt set hele forløbet. En patient-forløbsbeskrivelse beskriver et standard patientforløb og beskriver planlagte og koordinerede sundhedsfaglige handlinger, samarbejde, information og mål for forløbet. Patientforløbsbeskrivelser er tværfaglige, tværsektorielle Pakkeforløb, der normalt er afgrænset til hospitaler, er en underkategori til patientforløb.

Sammenhængen mellem kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser består i, at kliniske retningslinjer understøtter forskellige handlinger i et konkret patientforløb og dermed i en vis forstand er en grundsten i udarbejdelsen af patientforløbsbeskrivelser, men på ingen måder lig med disse.

Map of Medicine (MoM), ([www.mapofmedicine.com](http://www.mapofmedicine.com)) er et engelsk videns- og formidlingssystem, der bygger på en integrering mellem patientforløbsbeskrivelser og kliniske retningslinjer. MoM anvendes af National Health Service i England. Det indeholder knap 400 diagnosespecifikke evidensbaserede patientforløb baseret på kliniske retningslinjer, hvilket efter Map of Medicines vurdering dækker ca. 80% af det samlede behov for patientforløb baseret på kliniske retningslinjer. Systemet har været afprøvet i Danmark i form af et pilotprojekt. Det blev afsluttet ultimo 2009 og blev gennemgået i en

# Det tværsektorielle perspektiv – K.M. Pedersen

evalueringsrapport og 13 delrapporter. Sundhedsstyrelsen og Digital Sundheds hovedkonklusioner var, at der var grundlag for at anbefale en national implementering af Map of Medicine i Danmark. Dette er dog ikke sket.

## Sundhedsaftaler og tværsektorielle forløb

Med Sundhedsloven fra 2007 blev det et krav til regioner og kommuner at udarbejde sundhedsaftaler. De skulle sikre sammenhængende patientforløb på tværs af hospitaler, kommuner og almen praksis. Aftalerne indeholder såvel obligatoriske som frivillige elementer. Aftalerne er flerårige. Man er p.t. inde i anden generation af aftalerne, der strækker sig fra 2011 til 2014.

Den politiske overbygning på aftalerne udgøres af Sundhedskoordinationsudvalgene, hvor der ét i hver region med repræsentanter fra region, kommuner og almen praksis. Hvis der ikke aftales andet, består udvalget af 3 medlemmer udpeget af Regionsrådet, 5 medlemmer udpeget af kommunekontaktrådet i regionen og 2 medlemmer udpeget af praksisudvalget for almen praksis i regionen. Formanden vælges blandt regionsrådets medlemmer.

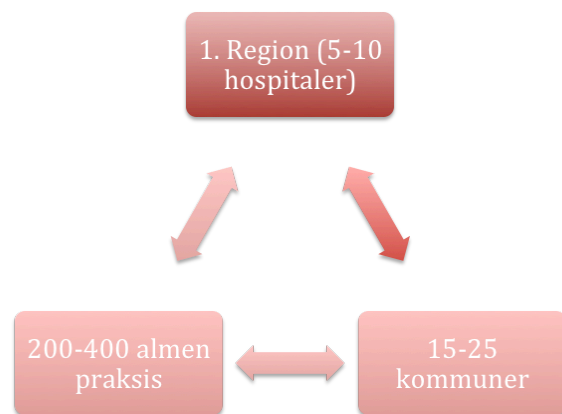
Regionsrådet skal med hver kommunalbestyrelse i regionen indgå en sundhedsaftale om varetagelsen af opgaver på sundhedsområdet. Aftalerne skal som minimum omhandle 1) indlæggelses- og udskrivningsforløb, 2) træningsområdet, 3) behandlingsredskaber og hjælpemidler, 4) forebyggelse og sundhedsfremme, herunder patientrettet forebyggelse, 5) indsatsen for mennesker med sindslidelser, og 6) opfølgning på utilsigtede hændelser.

Det er således ikke rammer for arbejdet med sammenhængende patientforløb, der mangler. Der er en række grundlæggende udfordring med sundhedsaftalerne. For det første, at de primært udtrykker hensigter, som alene forpligter parterne på deres troværdighed, ikke juridisk eller økonomisk. For det andet kan regionen optræde som én aktør, medens der er 20-30 kommuner i regionen, som langt fra altid optræder i forening. For eksempel forpligter de sig ikke i fællesskab på udviklede patientforløb. For det tredje er almen praksis ikke rigtig inddraget. Det vedrører 200-400 praksisenheder per region, og inddragelsen er moderat - ikke fordi man ikke har forsøgt; men fordi almen praksis som aftalepart er endnu mere kompliceret end kommunerne. Almen praksis tænkes endvidere dækket af regionen som aftalepart, dvs. det er ikke praksisudvalgets repræsentanter i sundhedskoordinationsudvalget, der underskriver aftalerne. Dette sidste fremgår tydeligt af Sundhedsstyrelsens evaluering, hvor man i øvrigt

konstaterer, at aftalegrundlag m.m. skal revideres forud for tredje generation. Forinden skal det afklares, hvordan almen praksis kan medvirke mere integreret og forpligtende i sundhedsaftalerne med henblik på samarbejdet med det øvrige sundhedsvæsen.

Figuren nedenfor illustrerer én af grundudfordringer ved at skabe tværsektorielle patientforløb: De mange uafhængige aktører – og dermed spørgsmålet om, hvordan man skaber fælles fodslag en oplevelse af gensidige forpligtelser. Hvem kan – om nogen – tage lederskabet for sådanne forløb?.

Figur 2: Relation mellem sektorerne



## Kontaktpersonordningen

Begrebet kontaktperson blev introduceret i 1999 i forbindelse med den årlige økonomiaftale mellem amter og regering. I første omgang var der ikke fastsat regler for kontaktpersoner på hospitalerne. Det var udelukkende en ordning, der indebar en aftale om, at enhver patient på et hospital var tilknyttet en fast, navngivet person. Fra politisk side ønskede man yderligere at styrke indsatsen for at sikre patienter en mere sammenhængende behandling, hvorfor kontaktpersonordningen indgik i revisionen af Sundhedsloven i 2009, som blev vedtaget til ikrafttræden 1. januar 2009. Ordningen monitoreres løbende.

Overordnet blev ordningen indført med henblik på løsning af udsagnene om mangel på sammenhæng i patientforløbene. De hyppigst anførte formål med ordningen er at planlægge og koordinere indlæggelsesforløbet, at sikre løbende information om undersøgelser, resultater og behandling samt at medvirke ved overdragelse af ansvaret til en anden part/udskrivning. Det er således primært en ordning rettet mod intern koordinering på hospitalerne, om end den



# Det tværsektorielle perspektiv – K.M. Pedersen

også omfatter overdragelse af ansvaret for patienten/brugeren til samarbejdspartnere.

Kun en enkelt undersøgelse belyser, hvordan ordningen fungerer. Undersøgelsen blev gennemført på Odense Universitetshospital på to medicinske og to kirurgiske afdelinger blandt patienter, som havde fået en kontaktperson og blandt kontaktpersonerne. Hovedresultaterne fremgår af tabellerne nedenfor.

**Tabel 1: Patienternes vurdering af, i hvor høj grad de har modtaget udvalgte ydelser i relation til kontaktpersonordningen. Værdierne i tabellen er antal patienter (n = 107).**

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
Informeret om plan for indlæggelsen	73	11	12	11
Løbende information	58	25	18	6
Planlagt udskrivelse	66	24	9	6
Oplevet sammenhæng	77	13	6	8

Forskellen mellem patienternes og kontaktpersonernes vurdering er slående: Kontaktpersonerne vurderer ikke deres indsats nær så positivt som patienterne. Det illustrerer måske en metodisk problemstilling ved aktørbaseret rapportering: parterne vurderer egen og andres adfærd meget forskelligt og stærkt præget af de faglige og følelsesmæssige forhold, som gør sig gældende på området.

Med hensyn til planlægning af udskrivelsen – og dermed overgivelse af stafetten til andre aktører i sundhedsvæsenet - er målopfyldelsen relativ lav sammenlignet med de andre aktiviteter.

**Tabel 2: Personalets vurdering af varetagelse af funktionen som kontaktperson. Værdierne i tabellen er antal medarbejdere (n = 110).**

	I høj grad	I nogen grad	I mindre grad	Slet ikke
Medvirker i undersøgelse/ behandlingsplan	13	31	48	18
Informeret om plan for indlæggelsen	41	32	25	12
Informerer løbende	24	29	41	16
Medvirker ved udskrivelse	19	31	42	18
Gennemfører afsluttende samtale	7	27	47	29
Har mulighed for at varetage funktionen	2	15	62	31

I LUP-undersøgelsen for 2010 anførte 78 % af de indlagte patienter, at de havde haft en kontaktperson, og 43% anførte, at de have haft mere end én. I en supplerende analyse i LUP 2010 undersøgte man, i hvilken grad der var overensstemmelse mellem journal og patientens rapportering om kontaktperson. På et medicinsk afsnit fandt man, at for 54 % var der overensstemmelse mellem journaloplysninger og patientoplevelser. 26 % oplevede at have en

kontaktperson, selvom det ikke var registreret i deres journal, at de havde fået en tildelt. De sidste 20 % havde ifølge deres journal en kontaktperson, men oplevede det ikke.

## Hvor stort er problemet?

I lyset af den massive opmærksomhed omkring patientforløb er det tankevækkende, at der er relativ beskeden videnskabelig belysning af problemets størrelse og karakter, især hvis man interesserer sig for tværsektorielle forløb. Der er i realiteten kun én part, der oplever hele forløbet: patienten. Derfor må man i betydeligt omfang trække på patienterfaringer, når man vurderer problemets omfang.

Tabel 3 og 4 viser relevante resultater fra den landsdækkende undersøgelse af patienttilfredshed i 2010. Det karakteristiske for besvarelserne fra både indlagte og ambulante patienter er, at andelen der vurderer oplevelsen negativt eller meget negativt normalt ligger mellem 10-15%. Der er ca. 700.000 personer indlagt på de danske hospitaler om året. og ca. 1,3 mio. udskrivninger. Antager man, at undersøgelsen er repræsentativ, er der således tale om, at for mellem 70.000 og 100.000 personer var forløbet under og efter hospitalskontakten problematisk på den ene eller anden måde. Desværre siger undersøgelsen ikke noget om alvorligheden af forløbsbristene.

**Tabel 3: Patientvurdering af forløb omkring indlæggelse**

	Meget Positiv	Positiv	Negativ	Meget Negativ
Overflytning mellem afdelinger er godt tilrettelagt	24	65	8	3
Patienten oplever ikke unødigt ventetid, der forlænger opholdet	65	17	11	6
Samarbejdet mellem afdeling og kommunal hjemmepleje er	30	57	8	5
Afdelingens orientering af praktiserende læge er god	21	64	9	5
Patienten har kontaktperson(er) med særligt ansvar	78	Ja/nej spørgsmål		22
Patienten er tryk ved at skulle hjem	37	51	10	2

Der er ikke markant forskel på vurderingen af hospitals-interne og tværsektorielle forhold. Dog synes der at være en tendens til, at samarbejdet mellem hospital og almen praksis ikke vurderes helt så positivt som for de øvrige områder.

Hvis man har som mål, at alle skal være tilfredse med de oplevede forløb, er resultaterne i de to tabeller ikke tilfredsstillende. Hvis man på den anden side mener, at der altid vil være forhold, som opleves mindre tilfredsstillende, er tallene ikke alarmerende. Uheldigvis findes der ikke en facitliste for, hvor tilfredsstillende det kan eller skal være – med mindre tilgangen er en absolut

# Det tværsektorielle perspektiv – K.M. Pedersen

'nul-fejls-holdning'. Der kan naturligvis være politiske servicemål, fx omkring hvor hurtigt epikriser afsendes fra sygehuset. Desværre giver de landsdækkende undersøgelser ikke oplysning om, hvad der ligger bag de negative vurderinger. Er det alvorlige forhold, eller er det småtterier?

**Tabel 4: Patientvurdering af forløb omkring ambulant behandling**

	Meget Positiv	Positiv	Negativ	Meget Negativ
Tilrettelæggelsen af det samlede behandlingsforløb er	34	62	3	1
Ambulatoriet informerer godt om ventetid fra indkaldelse til første	28	65	5	1
Ambulatoriet samarbejder godt med andre afdelinger/	25	67	6	2
Samarbejdet mellem ambulatoriet og kommunal hjemmepleje er godt	25	64	7	3
Ambulatoriets orientering af praktiserende læge er god	19	65	11	5
Patienten oplever ikke unødigt ventetid, der forlænger besøg	58	28	11	3
Patienten er tryk ved at skulle hjem	33	60	6	1

De landsdækkende undersøgelser er ikke diagnosespecifikke, men er i dag så store, at de kan brydes ned på afdelingsniveau, hvorved man kan se, om der er forskelle mellem f.eks. medicinske og kirurgiske afdelinger. Der har været en landsdækkende undersøgelse af knap 20.000 kræftpatienter. For så vidt angår det tværsektorielle samarbejde, var hovedkonklusionerne, at af de patienter, der havde kommunal hjemmepleje/hjemmesygepleje, vurderede over halvdelen samarbejdet om deres behandlingsforløb mellem hospitalet og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje som godt, medens 19 % af patienterne, der vurderede samarbejdet som dårligt eller virkelig dårligt. Et eksempel :

*Jeg har manglet vejledning og råd til det, der skulle ske efter operationen – f.eks. hjemmehjælp og aftale med hjemmesygeplejen. (Patient med brystkræft)*

Når patienterne skulle vurdere, hvordan deres praktiserende læge blev orienteret om deres behandling på hospitalet, vurderede langt hovedparten orienteringen som god (58 %). Hver fjerde patient vurderede, at den praktiserende læge blev virkelig godt orienteret om deres behandling. 16 % vurderede orienteringen som dårlig eller virkelig dårlig.

Et projekt forankret på Odense Universitetshospital: Patientens rejse i sundhedssektoren (PaRIS) undersøgte forløb for tre diagnoser, jfr. tabel 3. To tal afviger ret meget fra det generelle mønster: samarbejdet mellem

hospitalet og samarbejdet mellem hospital og kommunal genoptræning.

**Tabel 5: Sammenhæng og samarbejde for re sygdomme**

Patienternes vurdering af samarbejdet mellem aktørerne. %-del som mener, at:	Diabetes, %	Hjerte, %	Cancer, %
Sygehusafdelinger samarbejder godt internt	76	85	82
Sygehus og egen læge har samarbejdet godt	57	65	62
Sygehuset og hjemmesygeplejen har samarbejdet godt	63	65	70
Sygehuset og den kommunale genoptræning har samarbejdet godt	48	65	47
Sygehuset og hjemmehjælpen har samarbejdet godt	51	57	58
Sygehuset og andre sygehuse har samarbejdet godt	42	59	67

Det er ikke alle hospitalsindlagte, som tager på en stor efterfølgende rejse i sundhedsvæsenet. Hvor mange instanser en hospitalsindlagt patient efterfølgende er i kontakt med i forbindelse med ét problem er desværre ikke særlig velbelyst. PaRIS har undersøgt spørgsmålet i forhold til egen læge, den kommunale hjemmesygepleje, genoptræning og hjemmesygepleje. For de tre diagnoser i tabel 3 er mere end 90 % i kontakt med deres egen læge, medens tallene falder til mellem 30-40% for de kommunale instanser. Der oplyses ikke tal for, hvor mange der er i kontakt med alle de nævnte instanser.

Sundhedsstyrelsens opgørelse over de lovpligtige genoptræningsplaner er en supplerende kilde til oplysning om brug af andre instanser efter hospitalsindlæggelser. I 2011 fik ca. 106.000 patienter en almindelig genoptræningsplan. Sammenholdt med i alt omkring 700.000 indlagte personer svarer det til ca. 15 % på tværs af alle diagnoser.

Hospitalet har været udgangspunktet for det foregående. Det er her de alvorligste tilfælde kommer – de tilfælde som evt. senere har behov for behandling og støtte i det øvrige sundhedsvæsen. Almen praksis er en anden indfaldsvinkel. En undersøgelse fra 2008 belyser denne vinkel. Ca. hver 10. kontakt til alment praktiserende læger førte til henvisning til en anden instans i sundhedsvæsenet, jfr. tabel 4.

**Tabel 6: De praktiserende lægers henvisninger (10% af alle kontakter)**

Henvist til	% (N=4671)
Praktiserende speciallæge	32,1
Sygehusindlæggelse	7,9
Sygehus ambulant	24,2
Billeddiagnostik	16,1
Psykolog	1,8
Praktiserende fysioterapeut	11,3
Hjemmesygeplejen	1,1
Andre kommunale tilbud	1,8

# Det tværsektorielle perspektiv – K.M. Pedersen

Tabel 6: De praktiserende lægers henvisninger (10% af alle kontakter)

Anden instans	2,8
Uoplyst/flere afkrydsninger	0,7
I alt	100,0

Det fremgår tydeligt, at almen praksis' væsentligste samarbejdspartner er praktiserende speciallæger og hospitalet, medens kommunen kun udgør en beskedent del.

Som nævnt i dette afsnits indledning er et så vigtigt emne som patientforløb forbavsende dårligt statistisk belyst, selvom der endda er lovgivet om dem. Af det foregående tegner der sig dog et billede, der viser, at forløbet hospital – almen praksis (og omvendt) er den hyppigste 'rejsevej' – medens hospital – kommunevejen også er ret trafikeret, omend stærkt afhængig af diagnose. Den statistiske belysning af lange rejseveje: almen praksis -> hospital -> ambulatorium -> almen praksis -> kommune osv. er stort set ikke-eksisterende. Karakteren af samarbejds- og koordineringsproblemer er heller ikke velbelyst i statistikken, jfr. næste afsnit

## Hvilke problemer er der?

Udfordringen er at få trekanten hospital-almen praksis og kommune til at fungere sømløst set fra patientens synsvinkel. Sømløst skal forstås som vel-koordineret med så megen kontinuitet som muligt: Rette sted, rette tid, rette ydelse, rette information.

Hvad ved man om barrierer og bump på vejen? Overordnet ved man, at sektorovergange giver anledning til koordineringsudfordringer: Er information om patienten – prøvesvar, epikrise (udskrivningsnotat) osv. – tilgængelig for den modtagende part? Når patienter oplever svigt i behandlingsforløbet, skyldes det som regel manglende samarbejde/koordinering og for ringe kommunikation – eller i visse tilfælde direkte -ubevidst- misinformation. Hertil kommer oplevet, unødvendig ventetid.

Enheden for Brugerundersøgelser har gennemført en kvalitativ undersøgelse af, hvilke faktorer der medvirker til at skabe sammenhæng i et patientforløb i hospitalsregi set fra patientens perspektiv (5). Undersøgelsen viste, at især fire forhold havde betydning for oplevelsen af sammenhæng: 1. Fravær af ventetider, 2. Uproblematisk overgang mellem sygehuse og afdelinger/ambulatorier, 3. Personalekontinuitet og 4. Kendskab til eget behandlingsforløb.

Tekstrammen illustrerer problemstillinger set fra en fagprofessionel synsvinkel. Det kan umiddelbart forekomme ret detaljeret, men vedrører dybest set også forhold som viser tilbage til patienten. F.eks. gentagelse

## Et simpelt patientforløb på tværs af sektorerne

### Det fagprofessionelle perspektiv. Tværsektoriel Audit (kritisk gennemgang) af patientforløb ved praksiskonsulenter. Information til praktiserende læger

Efter at have gennemført en Tværsektoriel Audit af patientforløb for hofte- og knæ alloplastikker (indsætning af proteser) ved Hørsholms kirurgiske klinikker har vi opdaget nogle problemer, som vi vil bede jer være opmærksomme på ved henvisning. - Operationerne foretages i accelereret forløb og det er vigtigt at man har screenet for kronisk sygdom med hæmoglobin og blodsukker. Anamnesen (journaloptagelsen) skal være grundig og velovervejet, da det udgør grundlaget for visitering.

Oplysninger om der er foretaget røntgenundersøgelse: typen (skriv f.eks. røntgen af hofte); hvor (skriv f.eks. Amager røntgen afdeling); hvornår (skriv dag, måned og år). Dette er afgørende for, at ortopædkirurgisk sekretariat kan anmode Billeddiagnostisk afdeling om at rekvirere billeder og lægge disse billeder i billedarkiv (PACS).

Husk at vejlede om ophør af rygning og alkoholforbrug efter sundhedsstyrelsens vejledning, når der henvises til operation.

Overvej differentialdiagnoser: Specielt kredsløbsinsufficiens kan give operationskomplikationer. Tænk på at smerter fra tilstødende områder ryg, hofte og knæ kan meddeles til nærtstående led. - Følgende punkter vedrørende patientens helbred vil vi gerne have svar på i henvisningen i form af ja/nej svar: Kardiologiske (kredsløbs-) problemer; Pulmonale (lunge-) problemer; Hypertension (højt blodtryk); Diabetes; Anæmi (blodmangel)

Genoptræning er nu udelukkende et kommunalt ansvar. Alle patienter får en maskinskrevet genoptræningsplan med hjem ved udskrivelsen.

Postoperativt har knæopererede ofte flere smerter end hofteopererede. På afdelingerne gives tbl. Paracetamol suppleret med morfika efter behov. - Morfika-aftrapning efter operation er et praksisansvar; der medgives medicin til 2-3 dage

Kilde:  
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformatio/almen-praksis/hovedstaden/nyheder/lokalnyheder-planomraader/nord/nord-2008/tvaersektoriel-aud>

af undersøgelse og klarhed om information. Samtidig illustrerer det et værktøj til at afprøve tværsektoriel sammenhæng.



# Det tværsektorielle perspektiv – K.M. Pedersen

Opgaverne omfatter:

- At overvåge og koordinere den patientspecifikke sundhedsfaglige indsats på et givet område (f.eks. relateret til kræftbehandling) samt at udbrede information om indsatsen til relevante sundhedsprofessionelle
- At sikre, at man i patientforløbet tager hensyn til psykosociale behov, konkurrerende lidelser m.v. (dvs. patientcentreret tilrettelæggelse)
- At informere, guide og støtte patienten og dennes pårørende.

De tre skitserede opgave-porteføljer bør ideelt set tage udgangspunkt i en forståelse af, hvad der er af reelle problemer i patientforløbene, jfr. foregående afsnit, og hvad der er vigtigst. Man kan komme lidt i tvivl, om det også er tilfældet.

I tværsektorielt perspektiv bliver det centralt, hvor forløbskoordinatoren, hvis man ser bort fra den praktiserende læges tovholderfunktion, placeres organisatorisk. Den organisatoriske tilknytning skal endvidere kombineres med a) hvilken beslutningskompetence vedkommende skal have (hvis nogen) og b) hvem koordinatoren refererer til. Den stigende kompleksitet er illustreret i figur 3. Dette er selvsagt ikke et argument imod at have

## Et simpelt patientforløb på tværs af sektorerne

”Analysen viste, at forløbskoordinatoren i Nyborg Kommune ikke udøver en tværgående og strukturel form for koordination. Derimod medvirker forløbskoordinatoren, gennem en omsorgsfuld og forstående tilgang til patienten og dennes situation, til at gøre et netværk tilgængeligt, som patienterne kan benytte sig af i deres rehabiliteringsforløb. Det er således mere en ”meningsskabende” end en ”sammenhængsskabende” form for koordination, der ses udfoldet i forløbskoordinatorfunktionen i Nyborg. Særligt omsorgen for patienten og dennes situation træder frem som en væsentlig dimension af, hvordan forløbskoordinatoren praktiserer denne form for koordination.

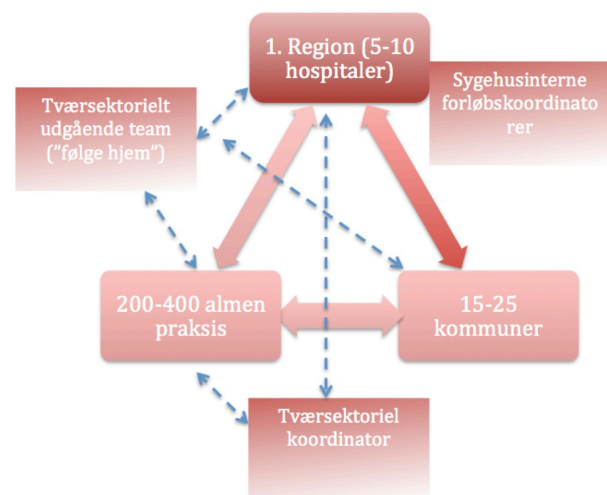
Endvidere er den konkrete udfoldelse af forløbskoordinatorfunktionen tæt knyttet til den person, der er ansat som forløbskoordinator.

Forløbskoordinatoren er via sin personlige og uddannelsesmæssige baggrund placeret i nogle bestemte sociale verdener, hvilket bevirker, at det bliver nemmere at etablere relationer med aktører inden for disse verdener.

forløbskoordinatorene, men understreger betydningen af at klargøre punkterne a) og b). Den værst tænkelige situation er uklar opgavebeskrivelse kombineret med manglende klarhed om beslutningskompetence og tilknytning.

Der er forskel på, om man ser på en forløbskoordinator med kommunale eller hospitalsbriller. Den situation, der skitseres i tekstrammen er næppe ønskværdig og værdiskabende, men er samtidig udtryk for, at rollen som forløbskoordinator er under udvikling. Det er endnu ikke dokumenteret, at forløbskoordinatorene er det helt rigtige svar på udfordringerne med at skabe sammenhængende

Figur 4: Kompleksiteten øges med koordinatorene



patientforløb. Hertil kommer andre spørgsmål, f.eks. om koordinatorfunktionen er en heltidsfunktion eller om det enten var en delfunktion for en sygeplejerske, eller en integreret del af sygeplejerskers og lægers jobbeskrivelse.

Danske Patienter har i et oplæg foreslået, at forløbskoordinatorene bliver forankret i fælles koordinationsenheder, der rummer forløbskoordinatorene ansat i forskellige specialer og sektorer. Som organisatorisk fænomen er sådan en model betænkelig. For det første risikerer man at ende i et ingenmandsland uden nærkontakt til de miljøer, som skal koordineres, og for det andet, vil aktørerne næppe afgive beslutningskompetence til koordinationsenheden.

Danske Patienters forslag om at lade den i indledningen omtalte bevilling på knap 100 mio. til ældre svækkede medicinske patienter bliver en integreret del af sundhedsaftalerne er en interessant mulighed: 'At implementering af forløbskoordinatorene indgår som

# Det tværsektorielle perspektiv – K.M. Pedersen

forpligtigende aftalestof under sundhedsaftalerne, og at de statslige midler til forløbskoordinatorer – i forlængelse heraf – øremærkes til udmøntning mellem sundhedsaftaleparterne' kombineret med en grundig effektmåling. Man er nemlig ikke sikker på, om forløbskoordination har en effekt på de områder, man ønsker forbedret.

## Ledelse af og omkring patientforløb

Ledelsesmæssigt byder patientforløb på særlige udfordringer. Som anført i indledningen til kapitlet stiller interorganisatoriske netværk nye krav til ledere. Ingen parter i et interorganisatorisk netværk kontrollerer hele opgaveløsningen og alle nødvendige forudsætninger. Ingen kan skabe klarhed og forudsigelighed i hele netværket. Interorganisatorisk ledelse må baseres på stadig interaktion, dialog og forhandling. Der er ikke en traditionel hierarkisk kommandovej.

Gustafsson (Gustafsson J. Netværksledelse i offentlige organisationer. Working Paper, Aalborg Universitet, februar 2009), der følges i det følgende, giver følgende definition: 'Interorganisatoriske netværk er sociale former af interorganisatorisk aktivitet omkring udveksling af information, koordineret handling og fælles opgaveløsning – mellem enheder fra legalt separate organisationer, som udgør ikke-hierarkiske sociale systemer'. Definitionen indfanger det væsentlige: Information, koordinering og fælles opgaveløsning, der involveret separate organisationer. Dette er netop kernen i arbejdet med sammenhængende patientforløb.

De hierarkiske ledelsesudfordringer i parternes egne organisationer skygger for udsynet til tværgående samspil og netværksrelationer. Man taler traditionelt ikke om ledelse i forbindelse med parternes tværgående relationer, men om samarbejde, samordning og konkurrence. Der er ingen sanktionsmekanismer i traditionel forstand. Kernen bliver derfor 'overbevisende argumentation', '(moralsk) forpligtethed over for indgåede aftaler, f.eks. sundhedsaftaler' og 'forståelse for, at fælles opgaveløsning er den eneste form for opgaveløsning, hvis det fælles mål, bedre patientforløb, skal nås'.

Gustafsson anfører, at interorganisatorisk ledelse er vanskelig og mangelfuld, og at netværk ofte ikke opfylder forventningerne. En væsentlig årsag hertil er, at interorganisatoriske processer er 'undermanaged' på grund af lederes mentale forankring i pyramideperspektiver (det traditionelle hierarki), manglende indsigt i netværksorganisering og måske manglende accept af, at netværket, de samlede

patientforløb, er en kerneopgave. Hvis de høje forventninger til interorganisatoriske netværk skal indfries, må ledere udvikle deres viden om interorganisatoriske netværk og netværksledelse. Hvad er interorganisatorisk netværksledelse? Hvordan kan man udvikle og lede interorganisatoriske netværk?

Interorganisatorisk ledelse omfatter både ledelse i egen enhed og i netværket, dvs. interorganisatoriske ledere har to ledelsesopgaver. Der er derfor ikke tale om, at man skal aflære de gammelkendte ledelsesprincipper og erstatte dem med nye og anderledes principper. Der er snarere tale om, at man i tillæg til de gamle principper skal udvide sit repertoire med en række principper for netværksledelse og forstå, hvordan disse principper moderniserer og spiller sammen med traditionelle ledelsesformer.

Den største udfordring ligger i, at der ikke er én overordnet ledelse i et interorganisatorisk netværk. Et interorganisatorisk netværk omfatter enheder, der refererer til flere uafhængige magtcentre, som typisk har uklare og flertydige indbyrdes relationer. Selv i netværk, hvor der måtte være udpeget en netværksledelse, der har visse beføjelser i relation til netværksprocesserne, dvs. patientforløbene, vil der være andre betydelige magtcentre i netværket, som i væsentlig grad begrænser netværksledelsens autoritet. Autoritetsrelationerne kompliceres endvidere ofte af, at involverede parter og processer er i berøring med flere, delvist overlappende netværk.

Netværksmodellen i figur 4 er delvist selvforklarende. Gustafsson gennemgår samtlige elementer. Det tillader pladsen ikke her. Kernen er, at netværksprocesserne er i centrum – og de selvstændige aktører står i periferien. Der vises, hvad der skal opbygges – måske især af forløbskoordinatorer. Den fælles ledelsesopgaver for de selvstændige aktører bliver at udfylde (del)cirklerne i figuren. Ikke alt er lige vigtigt, men bør dog tænkes igennem.

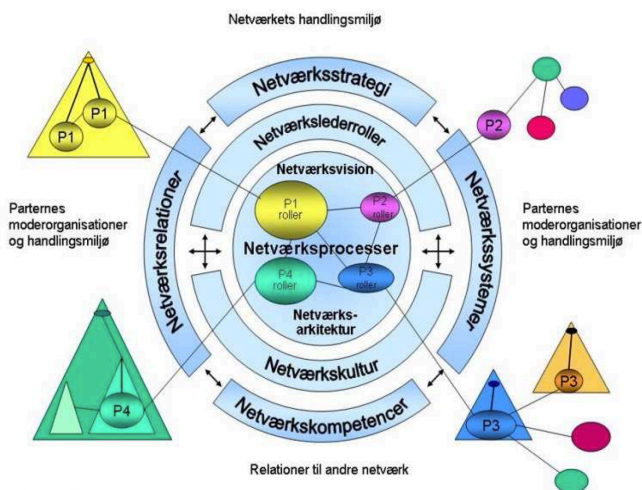
Det er vigtigt med en fælles netværksvision – dvs. en fælles vision for sammenhængende patientforløb. Det er et skift i perspektiv fra enkeltorganisationen til netværket. I stedet for at se på sin egen vision ser man på en netværksvision i relation til patienter, totalopgaver eller fælles udviklingsopgaver. Netværksvisionen udformes omkring en (antagen) fælles interesse i bedre patientforløb og formuleres i form af visioner, mål og værdier. Den vil typisk være lidt forskellig fra enkeltparternes motiver, visioner og mål. Men det er samtidig vigtigt, at parterne kan se deres egne interesser

# Det tværsektorielle perspektiv – K.M. Pedersen

i netværksvisionen. Netværksvisionen må derfor til en vis grad integrere de enkelte parter interesser og den fælles interesse. Det indebærer, at den ofte vil indeholde inkongruente elementer, som kan fastholde parterne i krydspres mellem deres egen enheds vision og netværksvisionen. Interorganisatoriske ledere må lære at håndtere disse modsætninger i forhandlinger, fortolkninger og formuleringer, f.eks. som det fremgår nedenfor i afsnittet om netværksstrategi.

'Netværkssystemer' (i yderste ring) kan fx. være tværsektorielle IT-systemer svarende til, hvad der i dag allerede kendes mellem almen praksis, hospital og apoteker.

Figur 5: Gustafssons generelle netværksmodel. P1-P4 er aktørerne - eks. hospital, almen praksis og kommuner



## Sammenfattende perspektiv

- Behovet for at kunne arbejde med sammenhængende patientforløb er stigende, fordi patienter, pårørende og politikere efterspørger det og fordi mange patientforløb strækker sig over flere sektorer. Spørgsmålet om patientforløb er et paradoksal resultat af specialiseringen i sundhedsvæsenet, der har ført til segmentering med efterfølgende behov for at koordinere, sikre kontinuitet og udveksling af information.
- Det er langt fra al patientbehandling, der fører til mere eller mindre komplicerede forløb. Motorvejen i patientforløb er relationen sygehus-almen praksis, men en væsentligt hovedvej er trekanten sygehus – kommune – almen praksis.
- Den statiske belysning af antal forløb, problemer m.m. er [meget] ufuldstændig med fare for fejlfokusering.

- De to almindeligste løsningsmodeller er forløbsbeskrivelser understøttet af forløbsdiagrammer og forløbskoordinatorer. De præcise opgaver for forløbskoordinatorer er uklare: 'Hvis forløbskoordinatorer er løsningen, hvad er da problemerne?'
- Ledelsesmæssigt fører arbejdet med patientforløb overvejelser om netværksledelse (interorganisatorisk ledelse), der er karakteriseret ved fravær af hierarkisk ledelse og traditionelle sanktionsmekanismer. Netværksledelse er en ny og stor ledelsesudfordring.