



*Sundhedsklynger:*

*Hvordan lykkes vi med dem?*

# Sundhedsklynger: Hvordan lykkes vi med dem?

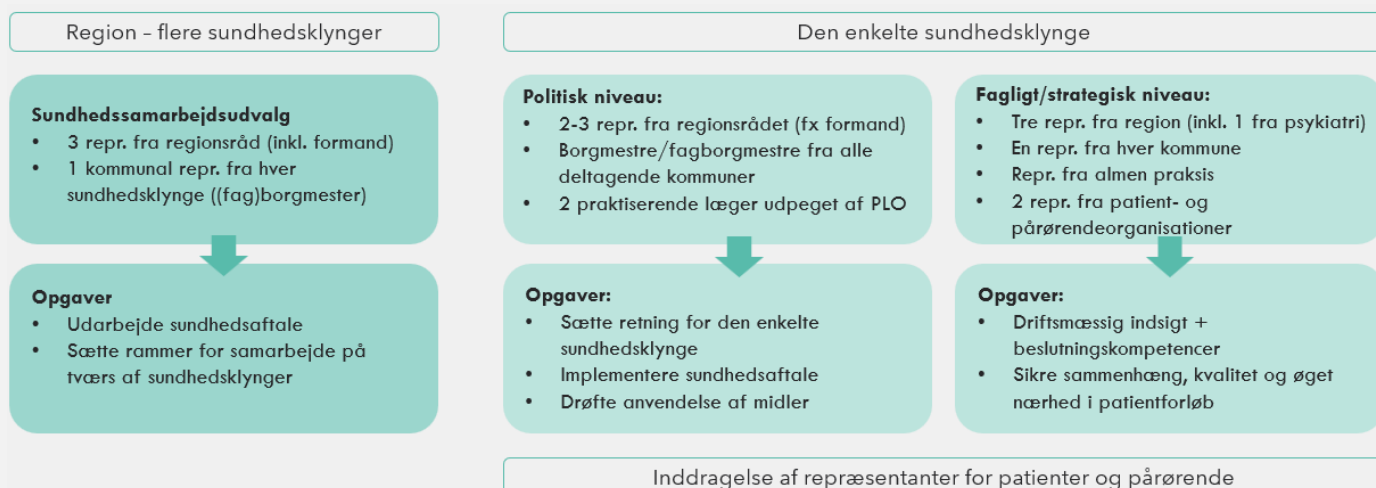
*Af Mickael Bech forsknings- og analysechef i VIVE, Claus Bjørn Billehøj partner i Mobilize Strategy Consulting og Søren Barlebo Rasmussen managing partner i Mobilize Strategy Consulting.*

**Fremtidens sundhedsvæsen har helt sikkert behov for de kommende sundhedsklynger og den sammenhængskraft, de gør muligt. Men hvordan skal vi udvikle det tværsektorielle samarbejde om klyngerne, og hvordan undgår vi, at de bliver et bureaukratisk mønster, som ikke gør en forskel for patienterne? Hvad skal sundhedsklyngerne særligt være gode til - hvad skal vi fokusere på? Hvilke dilemmaer kan sundhedsklyngerne støde på, og hvor skal de starte?**

I denne korte artikel vil vi først kort argumentere for behovet for sundhedsklynger; hvordan den demografiske udvikling vil trække os i denne retning. Sundhedsklynger er dog ikke et mål i sig selv, og vi vil appellere til, at sundhedsklyngerne også tænkes som et middel til at lave en strategisk kulturændring i retning af helhedsorientering og populationsansvar i hele sundsvæsenet - fra almen praksis og speciallæger over kommuner til hospitaler og til regioner. Vi vil beskrive, hvordan vi sammen kan udvikle klyngerne - en form for strategisk roadmap for fremtidens proces med at skabe sundhedsklyngerne. Vi diskuterer, hvordan vi kan undgå, at samarbejdet om sundhedsklyngerne bliver kvalt i bureaukratiske strukturer, der ødelægger den fælles energi i processerne - fordi vi ikke kan skabe fokus og fremdrift på det konkrete niveau, der i sidste ende skaber værdi for borgerne. Sidst, men ikke mindst, vil vi drøfte, hvad klyngerne særlig skal gøre os gode til: sammen at skabe mere innovation i sundhedsvæsenet.

Indledningsvist tillader vi os at invitere os selv med til det første hypotetiske møde i Sundhedssamarbejdsudvalget, hvor vi kort følger et regionsmedlem og to borgmestre på vej til mødet.

Sundhedssamarbejdsudvalget bliver det politiske styringsorgan på regionalt niveau. Sundhedssamarbejdsudvalget erstatter det tidligere Sundhedskoordinationsudvalg og Praksisplanudvalget og har til opgave at udarbejde en sundhedsaftale og sætte fælles rammer for udviklingen af samarbejdet på tværs af regionens sundhedsklynger. Sundhedsklyngernes organisering er illustreret nedenfor:



## Det første møde i sundhedssamarbejdsudvalg - god energi men også dilemmaer

Jørgen, som har siddet i regionsrådet i to perioder, er på vej til mødet i sundhedssamarbejdsudvalget. Han er fuld af ideer til, hvordan presset på regionens hospitaler kan mindskes ved et bedre samarbejde med alle kommunerne i regionen. Jørgen mener, at regionen med udgående funktioner kan være med til at sikre, at nogle ældre ikke indlægges eller kommer akut på hospitalerne, hvis de udgående funktioner får et godt samspil med kommunale funktioner, som sikrer en ensartet kvalitet.

Jørgen er stadig fyldt med energi efter mødet, men han bruger også de næste par dage til at tænke over, hvorfor hans ideer ikke blot blev omsat til handlinger med det samme. Jørgen har på fornemmelsen, at han blev misforstået undervejs, og at det var svært at finde fælles fodslag for, hvad sundhedsklyngen skulle tage sig af. Samtidigt fyldte det meget, at økonomi umiddelbart kom til at stå i vejen for at drøfte det konkrete indhold.

Mette har netop forladt rådhuset og borgmesterkontoret, hvor hun har haft sin plads de sidste tre år. De sidste dage er gået med at drøfte indsats for at rekruttere medarbejdere til ældreplejen, som trykker lidt på Mettes ellers så gode humør. Det er ikke svært at blive lidt sortsynet, og energien til at se nye muligheder er ikke lige den største her til eftermiddag. Mette ser dog frem til, at hun sammen med de øvrige borgmesterkollegaer og regionsmedlemmerne får tænkt en fælles vision for fremtidens sundhedsvæsen, hvor kommunerne får hjælp til håndteringen af de mange flere +80-årige. Mette har haft gode snakke med hospitalet i kommunen, og de har et rigtigt godt samarbejde. Der er etableret mange relationer på tværs af hospitalet og kommunens plejeenheder, som er kommet borgerne til gode. Der er også nye, fælles udviklingsprojekter på vej. Mette er meget begejstret for udviklingen, men hun ved også, at hendes borgmesterkollegaer ikke helt deler hendes visioner for, hvordan fremtidens ældrepleje skal se ud.

Mette er derfor også afventende til mødet, da hun helst ikke vil fremhæve sin egen kommune som et mønstereksempel på samarbejdet med hospitaler. Mette synes det første

møde ender lidt uforløst. Hun kører hjem med ondt i hovedet, og hun ærgrer sig over, at hun ikke sammen med sine borgmesterkolleger kunne finde fælles fodslag til for alvor at adressere de vigtigste problemer og få etableret nogle fælles målsætninger.

Charlotte, som har været borgmester længere end de fleste, har længe talt for, at der manglede sammenhæng i sundhedsvæsenet. Sundhedsklyngerne er en begyndelse, men Charlotte er også utålmodig efter, at der sker nogle større strukturelle ændringer, og har alt for ofte stødt på manglende forståelse for, hvilken indsats de yder i kommunerne.

Charlotte er fra starten af mødet klar til foreslå fælles kvalitetsstandarder, ensartede tilbud på tværs af kommunerne og krav til, hvad hospitalet skal kunne levere til kommunerne. Charlotte synes, hun er nødt til at hæve stemmen flere gange under mødet, da hun er ved at miste tålmodigheden. Hvorfor plukker vi ikke bare de modne frugter og går i gang med de helt åbenbare samarbejdsmuligheder? Charlotte føler ikke, mødet fører til noget, og overvejer, om hun skal løse en kalenderkonflikt ved næste møde ved at melde fra til det kommende møde i sundhedssamarbejdsudvalget.

Da Jørgen, Mette og Charlotte tilfældigt mødes til en KL-konference en måned senere bliver de enige om, at de på næste møde må gå et skridt tilbage og drøfte fælles målsætninger for deres sundhedsklynge, prioritering af særlige målgrupper og en fælles forpligtelse på at fastholde deres energi og engagement for at lykkes i fællesskab. De glæder sig alle tre til det kommende møde.

Lad os nu vende tilbage til, hvad sundhedsklyngerne skal løse, og hvordan de skal gribe det an.

## **Demografisk pres på den nuværende organisering**

Sundhedsvæsenets organisationer og sektorer opfylder hver forskellige opgaver og formål. Organisering i selvstændige organisatoriske enheder med egne datasystemer - hospitaler, almen praksis, rehabiliteringscentre, ældrepleje, mv. - betyder, at de kan specialisere sig og sikre den bedst mulige opgavekvalitet. Dette betyder samtidigt, at det kan være vanskeligt at skabe sammenhæng mellem opgaveløsningen i én enhed, som påvirker opgaveløsning i andre organisatoriske enheder og på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet.

Der er flere grunde til, at den nuværende organisering bliver sat under pres, idet vi fremover vil få mere behov for sammenhæng mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet, og dertil kommer, at borgerne vil efterspørge denne sammenhæng i langt højere grad end i dag. Lad os her bare nævne to, som omhandler et samarbejdende og populationsbaseret sundhedssystem. Sammenhæng i behandlingen er for det første særligt vigtigt for patienter, som lider af flere samtidige sygdomme (Buch, Jensen & Brorholt 2018). Og

denne gruppe vil vokse, når antallet af ældre stiger (Schjøtz et al. 2017). Især antallet af +80-årige vil sætte sundhedsvæsenet under pres. Problemstillingerne med manglende sammenhæng og multisygdom er bestemt ikke nye, men med den stigende aldring, så bliver problemet meget mere nærværende, og det vil samtidigt flytte det relative pres i det samlede sundhedsvæsen.

Det stigende antal +80-årige vil øge presset relativt mere på kommunerne end på hospitalerne, men alle sektorer vil komme under pres (Iversen & Kjellberg 2018). Hvis alle sektorer forsøger at suboptimere og kun ser på løsninger inden for egen organisation, så kommer vi helt sikkert ikke til at kunne lykkes med at overkomme dette demografiske pres de kommende 10-20 år, hvor der også samtidigt bliver færre hænder til at tage sig af de mange flere ældre.

Som Mette ovenfor oplever, så er rekrutteringsudfordringer allerede meget nærværende. Vi kan ikke forvente blot at løse det demografiske pres ved at kunne rekruttere flere. Vi er nødt til at styrke opgaveløsninger, som styrker det samlede sundhedsvæsen bestående af de tre sektorer - hospitalerne, almen praksis og kommunernes sundhedsvæsen. Deres gensidige afhængighed bliver kun større med en stigende andel ældre, som både har større plejebestand og som lider af flere samtidige sygdomme.

**For det andet** vil vi fremover have nye videnmæssige muligheder for at forebygge ved at se populations- og livsforløbsorienteret på, hvilke faktorer der igennem et liv typisk vil generere hvilke sygdomme i en population. Det vil give et pres på at forebygge, at disse sygdomme udvikler sig. En forebyggelse, der også kræver mere sammenhæng, helhedsorientering og samarbejde.

## **Sundhedsklyngerne skal skabe helhed og sammenhæng**

Der er således flere grunde til, at vi har behov for sundhedsklyngerne. De skal modarbejde silodannelsen mellem sundhedsvæsenets forskellige dele og skabe den sammenhæng, som fremtidens demografiske udvikling i højere grad vil kræve.

Den 11. juni 2021 blev grundlaget for sundhedsklyngerne skabt som en efternøler til den årlige økonomiaftale med regeringen. Sundhedsministeren udtalte: *"Nu tager vi for alvor fat om udfordringen med manglende sammenhæng. Det har været sundhedsvæsenets akilleshæl i alt for mange år. Vi har i den grad brug for at tænke indsatsen for ældre og mennesker med bl.a. kroniske sygdomme og psykiske lidelser bedre sammen på tværs af sygehus og kommune og styrke kvaliteten i det nære sundhedsvæsen. Med sundhedsklyngerne får vi en del af skelettet til de forandringer, vi ønsker for sundhedsvæsenet, og strukturen vil indgå i de kommende forhandlinger med partierne om en samlet*

*sundhedsaftale. Tak til Danske Regioner og KL for godt samarbejde om at finde en løsning.” (Sundhedsministeriet 2021).*

I aftalen om sundhedsklyngerne står der kort beskrevet, hvad sundhedsklyngernes opgave bliver. Bl.a. fremgår det, at *“De nye sundhedsklynger skal tage fælles ansvar for den fælles population i optageområdet (populationsansvar) med fokus på at løse udfordringer, herunder styrke sammenhæng og bedre behandlings- og rehabiliteringsforløb for de borgere, der har forløb på tværs af regioner, kommuner og almen praksis, og samtidig være en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen.”* (Regeringen, Danske Regioner & KL 2021).

Manglende sammenhæng er bestemt ikke en ny problemstilling. De årlige landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser (LUP) har i en årrække dokumenteret, at manglende sammenhæng udgør en særlig udfordring (Højgaard, Kjellberg & Bech 2018). Helt tilbage i 1985 blev manglende sammenhæng også fremhævet i Betænkning nr. 1044 om samordning i sundhedsvæsenet. Og vi har fortsat ikke løst det helt centrale dilemma, måske tværtom.

Den manglende sammenhæng er forårsaget af, at et specialiseret og funktionsopdelt sundhedsvæsen kræver koordination mellem gensidigt afhængige aktører. Samtidigt kan vi se, at incitamenterne til at skabe sammenhæng og koordinere enten ikke er til stede, for svage eller måske endda direkte giver anledning til konflikter på tværs af aktører og sektorer.

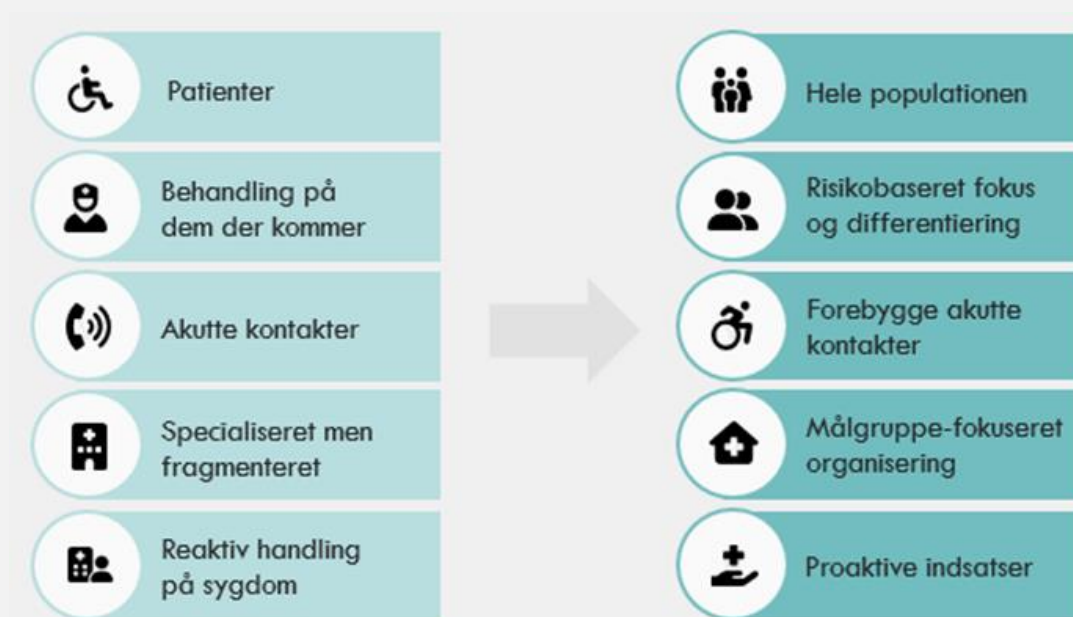
Man kan vel roligt tale om, at det er et godt eksempel på et såkaldt “wicked problem”. Men hvad skal der så til for, at sundhedsklyngerne kan lykkes? Hvad skal de fokusere på, og hvordan skal de ledelsesmæssigt lykkes med opgaven?

## **Sundhedsklyngerne skal understøtte en strategisk kulturændring**

Sammenhæng og det demografiske pres på det samlede sundhedsvæsen kræver mange tiltag og indsatser, men det kræver først og fremmest en fælles strategisk ambition for udviklingen i sundhedsvæsenet på tværs af alle politiske og organisatoriske enheder (Bech 2021). Denne fælles ambition skal samle aktørerne om, hvad de gerne vil opnå i fællesskab, og det skal omsættes til konkrete målsætninger, som guider prioriteringen af indsatser i klyngerne.

Vi ved, at strukturer og incitamentet påvirker samarbejde, men samtidigt er ændringer af disse ikke i sig selv en garanti for, at forandringerne lykkes – og i hvert fald ikke forandrer hen mod det, vi ønsker (Alderwick et al. 2021, Mason et al. 2015). Sundhedsklyngerne skal derfor også være med til at forandre en kultur til, at det er naturligt at samarbejde og naturligt, at de meget specialiserede dele af sundhedsvæsenet understøtter det fælles.

En kulturforandring skal omstille fra et mindset og tilgange i det fragmenterede og silo-baserede system til et samarbejdende populationsbaseret sundhedssystem. Nedenfor er skitseret overskrifter for nogle centrale udviklingselementer i en sådan kulturel omstilling, som kunne danne grundlag for drøftelserne i de kommende sundhedsklynger. Den kulturelle omstilling går fra det sygdomsfokuserede, reaktive og system-bevarende perspektiv til det målgruppe- og sundhedsfokuserede fokus, hvor organisering og tilgangen skal understøtte en mere proaktiv tilgang til udsatte målgrupper.



Sundhedsklyngerne, og den strategiske proces hen mod etableringen af dem, skal sikre, at alle aktører får et samlet blik på hele populationen frem for alene på de patienter, som møder frem. Kulturen skal omstilles fra alene at reagere reaktivt på de patienter, som kommer ind ad døren, til i højere grad også at agere proaktivt. Dvs., hvor vi potentielt forebygger indlæggelser og imødekommer behov for dem, som ikke møder op, ikke bliver tilset på et lavt effektivt omsorgsniveau på et tidligt tidspunkt eller får behandling for sent.

Samtidigt skal vi omstille vores fokus fra, at indsatser er bestemt af den nuværende organisering til at tænke, hvilken organisering og hvilke indsatser der bedst understøtter sundhed for forskellige befolkningsgrupper med forskellige behov. Vi skal designe processer og indsatser på tværs af nuværende opbygninger, så vi bedst understøtter en ny fælles kultur.

Men hvordan kommer de forskellige aktører i gang med en fælles proces mod denne strategiske kulturelle ændring? Hvad skal man kunne sammen fremover?



## Et "roadmap" for Sundhedsklyngerne

Med inspiration fra forskningen i "population health management" (Steenkamer et al. 2017, Struijs et al. 2015) vil vi udpege seks trin med centrale aktiviteter, som sundhedsklyngerne og etableringen af dem bør have fokus på. De seks aktiviteter er samtidig en ramme for den samlede omstilling af sundhedsvæsenet, som sundhedsklyngerne kan medvirke til. De seks trin er ikke en engangsøvelse, men snarere end løbende proces, hvor aktørerne i en sundhedsklynge får etableret en fælles forståelse af problemstillinger ud fra fælles data og et blik på fælles problemer. Gentagelse af de seks trin er således også en ramme for fælles læring om udviklingen og af effekterne af fælles indsatser.

### Boks 1: Population health management i seks trin

Population health management har fokus på facilitering og koordination af indsatser og programmer mellem alle de relevante aktører, som påvirker befolkningsgruppers sundhed og behandling af sygdom ud fra befolkningsgruppernes forskellige behov og risiko for sygdom og sygdomsforværring (Steenkamer et al. 2017).

Seks centrale aktiviteter:

1. **Fælles blik på hele population.** Fælles overblik over en populations socio-demografi og fordelingen af sygdom og forbrug af sundhedsydelser inden for hele sundhedsvæsenet på tværs af hospital, almen praksis og kommune.
2. **Vurdering af populationsmål.** Fælles data- og monitoreringsgrundlag for vurdering af befolkningens sundhed, kvalitet af behandling og forbrug af sundhedsydelser.
3. **Risikostratificering.** Fælles blik på segmentering af befolkningsgrupper med forskellige typer af behov og identifikation af særlig risikogrupper og grupper med særlige forbedringsmuligheder.
4. **Udpege indsatser for segmenter af populationen.** For risikogrupper - segmenter i populationen - som trækker særligt meget på sundhedsvæsenet eller har særlige behov udvikles og implementeres indsatser på tværs af aktører.
5. **Evaluering og monitorering på tværs.** Udvikling af fælles muligheder for løbende at følge og monitorere indsatser og programmer på tværs af aktører.
6. **Kvalitetsudvikling og -sikring på tværs.** Udvikling af fælles rammer for kvalitetsudvikling og -sikring af forløb og indsatser på tværs, som giver mulighed for fælles opfølgning og læring.

Disse seks aktiviteter er inspireret af (ibid., Struijs et al. 2015).



Et fælles blik på befolkningen, indsatser for risikogrupper i befolkningen, som trækker på ydelser i alle sektorer, samt fælles muligheder for opfølgning og kvalitetsudvikling er helt centrale for at understøtte arbejdet med at styrke samarbejdet og sammenhængen på tværs. Tilmed er det fælles blik vigtigt for at udpege de særlige grupper, hvor der kræves særlige indsatser og programmer på tværs af alle aktører.

Det fælles overblik og udpegning af særlige risikogrupper i befolkninger er helt centralt, da koordination af indsatser og programmer på tværs er ressourcekrævende (Nolte & McKee 2008). Sundhedsklyngernes ansvar bliver at identificere og udpege de særlige områder, hvor øget (ressourcekrævende) koordination står mål med forventede gevinster for risikogrupper, som har særlige behov og indgår i mange steder af sundhedsvæsenet. Det er samtidigt vigtigt, at sundhedsklyngerne ikke sætter ind over for problemer, hvor omkostningerne ved øget koordination ikke står mål med gevinsterne. Det er også afgørende, at der implementeres effektive indsatser, og det fordrer viden og i mange tilfælde også ny forskning for at afklare, hvad der er effektive indsatser.

For de særlige risikogrupper, dvs. de dele af befolkningen, som har særlige behov, og som trækker meget på mange dele af sundhedsvæsenet, har vi behov for at udvikle indsatser, som både øger kvaliteten af den samlede behandling og samtidigt forhåbentligt mindsker det samlede ressourcetræk. Disse indsatser og programmer vil i mange tilfælde trække på tværs af eksisterende organisatoriske grænser. Derfor bliver der behov for, at sundhedsklyngerne håndterer de strukturelle, organisatoriske og økonomiske barrierer, som potentielt står i vejen for, at indsatser og programmer kan lykkes. Samtidigt er det væsentligt, at sundhedsklyngerne udvikler tilgange til at lave fælles kvalitetsudvikling og -sikring af disse, så vi løbende får mulighed for at skabe bedre fælles viden og læring.

Etableringen af fælles populationsansvar, kvalitetsudvikling og læring kræver etablering af og adgang til fælles data, hvilket er en central første udfordring i forhold til Sundhedsklyngernes fremtidige arbejde. Denne udfordring skal ikke undervurderes, da det juridisk og organisatorisk er svært og omkostningskrævende at få det rette setup,

De seks trin og den fælles indsats med disse er en forudsætning for udviklingen af en fælles infrastruktur og analytisk forståelse af, hvordan vi kan lykkes i fællesskab med at skabe bedre og billigere sundhed for udvalgte befolkningsgrupper. De er derfor kernen i den ønskede kulturelle ændring af sundhedsvæsenet. Det er her, sundhedsklyngerne virkelig kan gøre en forskel, og hvor vi må begynde at udvikle den fælles struktur, som kan gøre samarbejde og koordination på et højere strategisk niveau muligt.

Samtidigt kan vi med de seks trin også komme til at begrave os i administrative rutiner, måling og styring, som vi i forvejen har meget af i sundhedsvæsenet. Så hvordan undgår vi, at ikke allerede fra starten taber energien og mister fokus på en fælles mission for sundhedsklyngerne?

## **Energilæk - derfor taber vi ofte energien når vi opbygger nye strukturer**

Hvordan har vi frem til i dag som regel samarbejdet på tværs af offentlige organisationer som kommuner og regioner? Vi starter med en lang stabsstyret proces, hvor de politiske ledelser arbejder sig ind på hinanden. En proces, der ofte ender med en fælles formulering af intentionerne ved at samarbejde. Godhjertede formuleringer, der siger en masse godt, men som regel også lidt vidtløftige og brede - det kan bevæge sig i mange retninger. Efter dette starter man så en strukturel møderække op, hvor en styregruppe med repræsentanter fra de forskellige organisationer mødes 4-6 gange om året et par timer ad gangen. Ofte travle topledere, der i princippet kan beslutte noget ift. økonomiske hold. Man kan også bede stabene forberede oplæg, som man kan forholde sig til på møderne.

Alt dette er godt og på mange måder naturligt. Men der er også problemer i det. Efter 3-4 møder kommer nogle af de travle topledere ikke. De synes måske ikke, der er fremdrift nok. Man har lidt for luftige diskussioner. Derfor sender de andre som substitutter. Når de nye ledere så skal onboardes, begynder man lidt forfra. Og nu begynder mange at kede sig og synes, at diskussionerne går i ring.

Selvfølgelig er denne beskrivelse karikeret, men den er samtidig heller ikke helt forkert. Denne måde at arbejde på har en indbygget tendens til at generere energilækager. Dette er en af grundene til, at der ikke kommer fremdrift i samarbejdet, og at samarbejdet ikke kommer ned i det konkrete og reelt værdiskabende for borgerne. En anden barriere er, at de fagprofessionelle ikke involveres nok. Hverken forskerne og eksperterne, der har viden på det generelle niveau, eller frontlinjemedarbejderne, der har specifik viden fra hverdagen.

Dræbende for fremdriften og energien er også, at vi breder os ud. Vi prøver at løse alle problemer på en gang. Vi oplister en vifte af forhold, vi skal arbejde på. Til sidst slipper kræfterne op, vi mærker ikke fremdrift, og energien i samarbejdet dør ud.

## **Forskning og innovation**

Hvordan undgår vi så det? Først og fremmest ved at fokusere på det vigtigste. Men hvad er så det vigtigste, når sundhedsklyngerne skal skabes? At de skal være kontinuerte innovationsmaskiner. De skal hjælpe os med at innovere på måden, hvorpå vi sammen i fremtiden laver offentlige sundhedsydelser. Vi skal innovere på basis af forskning. Forskningen skal både hjælpe os med at bestemme, hvad de største problemer er for borgerne, og hvad evidensen siger ift., hvad de rette fremtidige løsninger er. Innovation starter med at bestemme brugernes vigtigste behov.

Men det er ikke nok at lave forskning. Den nye viden skal også sættes i spil. Vi skal derfor bygge en "innovationsbro" mellem den nye viden og hverdagens drift. Det kræver formidling af den nye viden, kompetenceudvikling og uddannelse af de fagprofessionelle i driften. Desuden kræver det arbejde med at skalere de nye løsninger ud i mange organisationer og afdelinger. Vi ved, at man må prioritere i sine indsatser for at bygge en sådan innovationsbro. Man har ikke ressourcer nok til at trække alle potentielle innovationer over broen på én gang. Særligt i inkubationsfasen - der hvor man arbejder med at få udviklingsprojekter ført ind i en driftsvirkelighed - kræves der mange ressourcer, megen fokus og stor energi hos de fagprofessionelle både i udviklings- og driftsdelen af organisationerne (Peters, O'Connor & Corbett 2018).

Centralt i udviklingen af sundhedsklynger bliver således at kunne etablere tværgående samarbejder, der kan bygge innovationsbroer, hvor man hurtigt kan komme i gang med konkrete sundhedsinnovationer tæt på borgerne og med stor involvering af de sundhedsprofessionelle. Det kræver udvikling af nye samarbejdsstrukturer, der målrettet gør det fælles forskningsbaserede innovationsarbejde muligt.

Heldigvis er der internationalt flere erfaringer med samarbejdsmetoder, der kan bygge sådan fælles innovationsbroer. I USA har man særligt arbejdet med metoden collective impact (Kania & Kramer 2011), i England har man særligt arbejdet med udviklingen af Academic Health Science Centers og Academic Health Science Networks (en metode, der også vinder mere og mere frem i andre lande), og de sidste år er missionsorienteret forskning og innovation blevet en mere og mere udbredt og omtalt metode - ikke mindst i EU-systemet (Mazzucato 2019). Det bliver centralt i udviklingen af sundhedsklyngerne at få læringen fra disse metoder indbygget i samarbejdet.

## **Det andet møde i sundhedssamarbejdsudvalg giver håb og energi**

*Jørgen, Mette og Charlotte møder ind til mødet på samme tid og hilser pænt på hinanden. De mindes alle deres gode snak fra konferencen, og på dagsordenen kan de se, at de skal snakke om fælles målsætninger. De har også læst udkastet til en strategi for prioritering af, hvad sundhedsklynger skal tage fat på først. Der ligger ligeledes udkast til en samarbejdsaftale om et fælles forskningscenter, som skal styrke tværsektoriel sundhedsforskning. Alle tre glæder sig.*

*De er fortsat fulde af energi, da de forlader mødet. Også selvom de bestemt ikke blev enige om alt, og på trods af at økonomien for sundhedsklyngen kun er et lille startskud til deres fælles forskningscenter. Men de fik talt om, hvordan samarbejdet kan flytte kulturen og skabe nye innovative fælles måder at skabe mere og bedre sundhed på. De glæder sig til næste møde og til at kunne formidle de første små fælles skridt i retning af et mere sammenhængende sundhedsvæsen. Der er energi i det. Næste gang skal de se på forskellige måder at skabe den fælles struktur på.*

## Referencer

- Alderwick, H. et al., 2021. Will a new NHS structure in England help recovery from the pandemic?, *BMJ*, årg. 372, s. n248.
- Bech, M., 2021. Er sundhedsklyngerne et columbusæg, en nødvendighed eller en humlebi? *Sundhedsmonitor*, 28. juni.
- Buch, M.S., Jensen, M.C.F. & Brorholt, G., 2018. *Sammenhæng i patientforløb Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Højgaard, B., Kjellberg, J. & Bech, M., 2018. *Den statslige styring af det regionale sundhedsområde - Analyse af centrale instrumenter*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Iversen, A.K. & Kjellberg, J., 2018. *Flere ældre og nye behandlinger - Hvad kommer det til at koste? Udviklingen i sundhedsvæsenets økonomi, ressourcer og opgaver*. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Kania, J. & Kramer, M., 2011. Collective Impact, *Stanford Social Innovation Review*. Stanford Social Innovation Review, årg. 9, nr. 1, s. 36-41.
- Mason, A. et al., 2015. Integrating funds for health and social care: an evidence review, *Journal of health services research & policy*, årg. 20, s. 177-188.
- Mazzucato, M., 2019. *Governing Missions in the European Union*. European Commission.
- Nolte, E. & McKee, M., 2008. Integration and chronic care: a review. *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. McGraw-Hill - Open University Press, s. 64-91.
- Peters, L.S., O'Connor, G.C. & Corbett, A.C., 2018. *Beyond the Champion: Institutionalizing Innovation Through People* [E-bog]. Stanford: Stanford University Press.  
Tilgængelig fra: <http://www.sup.org/books/title/?id=26674> [Lokaliseret 05-01-2022].
- Regeringen, Danske Regioner & KL, 2021. *Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger)*.  
Schiøtz, M.L. et al., 2017. Social disparities in the prevalence of multimorbidity - A register-based population study, *BMC Public Health*, årg. 17, s. 422.
- Steenkamer, B.M. et al., 2017. Defining Population Health Management: A Scoping Review of the Literature, *Population Health Management*. Mary Ann Liebert, Inc., publishers, årg. 20, nr. 1, s. 74-85.
- Struijs, J.N. et al., 2015. How to evaluate population management? Transforming the Care Continuum Alliance population health guide toward a broadly applicable analytical framework, *Health Policy*, årg. 119, nr. 4, s. 522-529.
- Sundhedsministeriet, 2021. *Pressemeddelelse den 11. juni 2021* [Online].  
Tilgængelig fra: <https://sum.dk/nyheder/2021/juni/nye-sundhedsklynger-skal-skabe-bedre-patientforloeb-og-udvikling-af-det-naere-sundhedsvaesen>.

## Forfatterne bag

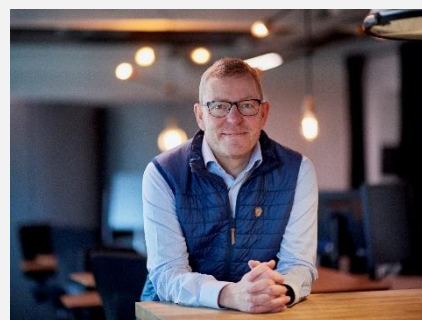
### **Søren Barlebo Rasmussen** **Managing partner i Mobilize Strategy Consulting**

I mere end 25 år har Søren arbejdet med strategisk ledelse i faglige organisationer, både gennem forskning og som institutleder og dekan.



### **Claus Bjørn Billehøj** **Partner i Mobilize Strategy Consulting**

Claus har mange års erfaring i samarbejde og værdiskabelse på tværs af det offentlige, private, investorer, fonde og civilsamfund. Claus er et aktivt medlem i bestyrelsen for Akademiet for Social Innovation.



### **Mickael Bech** **Forsknings- og analysechef, professor, ved VIVE** **- Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd**

Mickael har tidligere været direktør ved UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole med ansvaret for de sundhedsfaglige uddannelser og forskningsaktiviteter på sundhedsområdet. Mickael forsker i sundhedsledelse, sundhedsøkonomi og -politik.

