



Samhandlingskapacitet – et forfærdeligt ord, men kernen i fremtidens sundhedsvæsen

*Af Alice Beathe Andersgaard, administrerende direktør Sykehuset
Innlandet, Michael Braüner Schmidt, lægefaglig direktør på
Aarhus Universitetshospital, Petter Andreas Ringen, klinikleder
ved Oslo Universitetssykehus og Søren Barlebo Rasmussen,
partner i Mobilize Strategy Consulting*

Samhandlingskapacitet er et forfærdeligt ord. Det lyder teknokratisk, abstrakt og fjernt fra den kliniske hverdag, hvor patienter behandles, beslutninger træffes under pres, og faglighed udøves i komplekse organisatoriske rammer. Alligevel dækker ordet over noget helt centralt: sundhedsvæsenets evne til faktisk at fungere som et sammenhængende system på tværs af sektorer, professioner og organisatoriske grænser. Og netop denne evne er ved at blive den afgørende faktor for, om de store sundhedsreformer lykkes – eller ender som endnu en strukturel omorganisering med begrænset effekt i praksis.

I Danmark og Norge står sundhedsvæsenet over for omfattende forandringer. Fokus flyttes mod det nære sundhedsvæsen, kronikere, forebyggelse og mere *upstream*-orienterede indsatser. Upstream skal forstås som en flodmetafor. Man kan *downstream* redde mennesker, der falder i vandet, men den største effekt opstår, når man går opstrøms og fjerner årsagen fx et manglende hegn. Overført til sundhedsvæsenet handler upstream om at etablere strukturer, viden og praksisser, der forebygger sygdom og mistrivsel gennem sundhedsfremme, tidlig opsporing og rettidig indsats. Så man fjerner behovet for en masse behandling downstream – den specialiserede. Det er både et fagligt princip og en ledelseslogik, hvor værdien ligger i at reducere behovet for reaktiv behandling ved at handle tidligere, proaktivt og tættere på borgerens hverdag.

Politiske ambitioner om sundhedsråd (DK), helsefællesskaber (NO) og nye samarbejdsformer vidner om en klar erkendelse: Fremtidens sundhedsudfordringer kan ikke løses inden for én sektor eller organisation. Upstream-orienteringen kan kun ske gennem samarbejde mellem en række aktører. Samhandling er ikke længere et supplement til kerneopgaven – den er selve forudsætningen for at kunne levere sammenhængende, bæredygtige og borgernære sundhedsydelser.

Samtidig viser erfaringerne fra praksis, at samhandling er langt mere krævende, end de politiske intentioner ofte forudsætter. Der samarbejdes allerede meget i sundhedsvæsenet, men ofte fragmenteret, personafhængigt og uden en fælles forståelse af mål,

roller og ansvar. Nye strukturer og aftaler skaber ikke i sig selv bedre samhandling, hvis de ikke ledsages af organisatoriske kapabiliteter, der gør det muligt at arbejde sammen i praksis på en regnfuld novemberdag – på tværs af lovgivning, styringslogikker og professionelle kulturer.

Denne artikel tager afsæt i netop dette spændingsfelt. Formålet er at vise, hvorfor samhandling må forstås som en systemisk kapacitet, der skal designes, ledes og udvikles over tid – ikke som et enkeltstående projekt eller en god intention. Med afsæt i erfaringer fra Danmark og Norge, konkrete samhandlingskoncepter og aktuelle reformprocesser argumenterer vi for, at udviklingen af *samhandlingskapacitet* er en afgørende ledelsesopgave i fremtidens sundhedsvæsen. Et forfærdeligt ord, ja – men også nøglen til at omsætte politiske ambitioner til sammenhængende løsninger, der skaber reel værdi for patienter, borgere og medarbejdere.

Mere fokus på klog samhandling

En borger med svær psykisk lidelse og misbrug er tilknyttet et FACT-team, hvor medarbejdere fra kommune og sygehus arbejder i et fælles team omkring borgeren. Behandlingsansvar, opfølgning og kontaktflader er klart aftalt, og teamet har adgang til både sundhedsfaglig og socialfaglig viden. Når borgerens tilstand ændrer sig, justeres indsatsen hurtigt uden nye henvisninger eller brud i forløbet. Samhandlingen fungerer, fordi den er bygget ind i organiseringen – ikke afhængig af enkeltpersoner.

En borger med alvorlig psykisk lidelse og samtidig somatisk sygdom er i behandling i psykiatrien, men indlægges gentagne gange akut på somatisk afdeling. De somatiske symptomer behandles isoleret, mens den psykiatriske problemstilling betragtes som noget separat fra den somatiske sygdom, og der er begrænset koordination mellem afdelingerne. Udskrivelsen sker uden fælles plan for opfølgning, og ansvaret for den samlede indsats er uklart. Borgeren oplever gentagne indlæggelser og manglende sammenhæng.

En borger med psykiske og sociale udfordringer modtager behandling i psykiatrien, mens kommunen varetager bostøtte og opfølgning. Samarbejdet bygger på enkeltstående aftaler og personlige relationer, og når nøglepersoner skifter job, forsvinder overblikket. Ansvar for medicin, opfølgning og krisehåndtering er uklart, og borgeren genhenvises gentagne gange. Samhandlingen svigter – ikke fordi aktørerne ikke vil samarbejde, men fordi der mangler et fælles koncept og fælles kapabilitet.

Disse eksempler er ikke undtagelser, men velkendte situationer i den kliniske hverdag. De illustrerer med al tydelighed, hvor stor forskel der kan være på, når samhandlingen er tænkt ind i organisering, roller og ansvar – og når den ikke er. I det ene tilfælde oplever borgeren et sammenhængende forløb, hvor faglig viden deles rettidigt, og aktørerne handler koordineret på tværs af sektorer. I det andet opstår brud, gentagelser og utryghed, ikke fordi fagligheden eller viljen mangler, men fordi rammerne for samspillet ikke understøtter det.

Forskellen mellem velfungerende og mangelfuld samhandling handler således mindre om enkeltpersoners indsats og mere om de strukturelle og organisatoriske forudsætninger, som arbejdet udfolder sig inden for. Og der er et kæmpe potentiale i det stærke og tætte samarbejde, da man for mange patienter kan forebygge videre udvikling af de somatiske risikofaktorer eller somatisk sygdom, hvis de får tilstrækkelig personlig tilpasning (forstået som tættere personlig opfølgning, tilpasset kommunikation og motivation, de rette strukturerede hjælpemidler osv.) (Goldfarb et al., 2022). Et potentiale der ikke hjemtages, når samspillet mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet ikke fungerer godt nok.

Der foregår allerede i dag et omfattende samspil på tværs af psykiatri, somatik, kommuner og almen praksis. Samarbejde om patientforløb, udskrivelser og opfølgning er en integreret del af hverdagen for mange faggrupper. Men med samfundsprognoser med langt flere ældre borgere, de aktuelle reformer og de meget tydelige politiske

ambitioner vil både omfanget, kompleksiteten og betydningen af dette samspil helt sikkert vokse i fremtiden. Mere forebyggelse, flere borgere med kroniske og komplekse lidelser, mere behandling tæt på borgeren og en stærkere upstream-orientering betyder, at sundhedsvæsenet i stigende grad forventes at fungere som ét sammenhængende system – også selvom ansvaret fortsat er fordelt på mange selvstændige organisationer – hvilket er kernen i den internationale tænkning om *integrated care* (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). Udfordringen fremadrettet er derfor ikke, om der skal samarbejdes mere, men om sundhedsvæsenet bliver væsentligt bedre til at samarbejde på en robust og bæredygtig måde. Organisering – og en klog en af slagsen – er en afgørende forudsætning for at samarbejdet lykkes.

Upstream-downstream-metaforen rummer en vigtig pointe om helhed og langsigtet tænkning, men den kan også skabe en forsimplet forestilling om, at løsninger bevæger sig én vej – fra downstream til upstream. Erfaringerne viser snarere det modsatte: En styrket upstream-indsats forudsætter, at downstream-aktørerne er tæt involveret, bidrager aktivt med specialiseret faglighed og indgår i et løbende, gensidigt samspil. Samhandlingen bliver dermed ikke mindre kompleks, men mere gensidigt afhængig.

Netop derfor er det utilstrækkeligt at forstå samhandling som summen af konkrete projekter, aftaler eller samarbejder i hverdagen. Samhandling må også ses som noget, der skal understøttes, opbygges og vedligeholdes på et mere grundlæggende niveau. Det kræver, at vi træder et skridt tilbage og analyserer forudsætningerne for samspillet: governance-strukturer, roller, kompetencer, fælles begreber, incitament og ledelsesmæssig opmærksomhed. Først når disse forudsætninger er på plads, kan samhandlingen i praksis blive mindre personafhængig, mindre sårbar og mere robust over tid. Det er dette skifte – fra samhandling som aktivitet til samhandling som kapabilitet – der er afgørende for, om fremtidens sundhedsvæsen kan omsætte politiske ambitioner til sammenhængende løsninger med reel værdi for patienter, borgere og medarbejdere.

Fra samhandling som aktivitet til samhandling som kapabilitet

De foregående eksempler og analyser peger på et afgørende perspektivskifte. Hvis samhandling fortsat forstås som noget, der primært finder sted i konkrete samarbejder, projekter eller enkeltstående patientforløb, vil forbedringerne forblive skrøbelige og personafhængige. Fremtidens sundhedsvæsen kræver, at vi løfter blikket og ikke kun spørger, *hvordan* vi samarbejder i den enkelte situation, men også *hvor godt forberedte* vi som organisationer og system er på at samarbejde – på tværs af sektorer, fagligheder og organisatoriske logikker (Cohen & Levinthal, 1990).

Det er her, begrebet *samhandlingskapabilitet* bliver centralt. Samhandlingskapabilitet kan forstås som den samlede organisatoriske evne til at indgå i, understøtte og videreudvikle samarbejde på tværs – også når kompleksiteten er høj, rammerne ændrer sig, eller nøglepersoner skiftes ud. Set i et strategisk perspektiv kan samhandlingskapabilitet forstås som en dynamisk organisatorisk kapabilitet: Evnen til løbende at tilpasse sig, koordinere og handle effektivt i et komplekst og foranderligt system (Teece, Pisano & Shuen, 1997). Det handler ikke kun om at kunne samarbejde, når det lykkes, men om at have de strukturer, kompetencer, relationer og fælles forståelser, der gør samarbejde muligt og effektivt som en integreret del af driften. Med andre ord: Mere samarbejde er ikke nok, hvis organisationerne ikke samtidigt opbygger kapabilitet til at samarbejde bedre. Koordination i komplekse organisationer og mellem organisationer kræver netop både strukturer, fælles forståelse og mekanismer, der binder aktiviteter sammen over tid (Okhuysen & Bechky, 2009).

Opbygningen af denne kapabilitet kræver bevidste investeringer i organisationerne. Det gælder både i hospitaler, kommuner, almen praksis, civilsamfund og på tværs af sektorer. Organisationer skal udvikle kompetencer til at arbejde sammen om fælles forløb, dele ansvar, håndtere gråzoner og navigere i forskellige lovgivningsmæssige og styringsmæssige rammer. Samhandlingskapabilitet er dermed ikke en individuel færdighed, men en kollektiv egenskab, der opstår gennem fælles praksis, fælles læring og fælles forventninger til, hvordan samarbejde skal fungere.

I denne sammenhæng er det vigtigt at skelne mellem *formel* og *relationel* koordinering (Gittell, 2009). Formel koordinering omfatter strukturer som aftaler, organisering, governance-modeller, mødefora og formelle ansvarsplaceringer. Disse elementer er nødvendige og spiller en central rolle i at skabe klarhed og forudsigelighed. Men erfaringerne viser, at de sjældent er tilstrækkelige i sig selv. Relationel koordinering – forstået som fælles forståelse af opgaven, gensidig respekt, tillid og løbende kommunikation – er mindst lige så afgørende for, om samhandlingen fungerer i praksis. Uden stærke relationelle bånd risikerer de formelle strukturer at blive tomme skaller.

Samhandlingskapabilitet opstår netop i samspillet mellem det formelle og det relationelle. Strukturer uden relationer skaber afstand og rigiditet, mens relationer uden strukturer bliver sårbare og personafhængige. Derfor er det en ledelsesopgave at arbejde systematisk med begge dimensioner samtidig. Det indebærer blandt andet at skabe fælles begreber for opgaven, en fælles forståelse af roller og ansvar samt klare og gensidige forventninger til samarbejdet. Når aktører på tværs af sektorer taler forskellige sprog om de samme problemstillinger, opstår der let misforståelser og friktion – også selvom intentionerne er gode.

At opbygge fælles begreber, fælles forståelser og fælles forventninger er derfor ikke et "blødt" supplement til styring og struktur, men en central del af at gøre samhandlingen mere robust og skalerbar. Først når der er en delt forståelse af, hvad man samarbejder om, hvorfor man gør det, og hvad man kan forvente af hinanden, kan samhandlingen løftes fra enkeltstående aktiviteter til en varig organisatorisk kapabilitet. Det er dette skifte, der gør det muligt for sundhedsvæsenet at håndtere øget kompleksitet – og som gør samhandlingskapacitet til en reel forudsætning for fremtidens sundhedsvæsen.

Koncepter for samhandling - fra intention til fungerende praksis

Hvis samhandling skal løftes fra enkeltstående aktiviteter til en varig kapabilitet, kræver det mere end gode relationer og lokale løsninger. Det forudsætter bevidst udvikling af konkrete koncepter, der kan understøtte samspillet på tværs af organisationer og sektorer. Koncepter, som både skaber retning, tydeliggør ansvar og gør samarbejdet mindre sårbart over for personsift og organisatoriske ændringer. I det følgende præsenteres 6 centrale koncepter, som tilsammen kan styrke samhandlingskapaciteten i sundhedsvæsenet - ikke som universalløsninger, men som byggesten, der kan kombineres og tilpasses lokale og regionale kontekster.

1. Governance - fælles rammer for beslutning, ansvar og retning

Governance er et afgørende, men ofte undervurderet, fundament for velfungerende samhandling. I en tværsektoriel kontekst kan governance forstås som det samlede system af regler, processer og strukturer, der fastlægger, hvordan beslutninger træffes, hvem der har ansvar for hvad, og hvordan aktører holdes ansvarlige over for hinanden. God governance skaber klarhed om beslutningskompetence, ansvar og risici og bidrager til gennemsigtighed og tillid mellem parter med forskellige roller, interesser og styringslogikker.

I samarbejde på tværs af organisationer er governance særlig vigtig, fordi der ikke findes én fælles hierarkisk ledelse. Uden klare governance-rammer risikerer samhandlingen at blive præget af uklarhed, parallelle beslutningsspor og uafklarede forventninger. Omvendt kan velfungerende governance kanalisere energi og ressourcer mod fælles mål, balancere forskellige interessenters behov og skabe forudsigelighed i samarbejdet. Governance handler dermed ikke om kontrol i snæver forstand, men om at muliggøre koordineret handling på tværs.

De nye Sundhedsråd i Danmark og helsefællesskaberne i Norge er eksempler på governance-strukturer, der netop har til formål at skabe fælles rammer for samhandling

mellem hospitaler, kommuner og almen praksis. De etablerer fora, hvor strategiske prioriteringer kan drøftes, fælles beslutninger træffes, og ansvar fordeles på tværs af sektorer. Samtidig illustrerer de, at governance ikke i sig selv skaber samhandling, men udgør en nødvendig ramme, som andre samhandlingskoncepter må bygge videre på. Uden klare governance-strukturer bliver samarbejde let personafhængigt og fragmenteret; med dem skabes et mere robust udgangspunkt for fælles handling og langsigtet udvikling.

2. *Strukturer i mellemrummet - når samhandling organiseres mellem sektorer*

Hvor governance skaber de overordnede rammer for samhandling, opstår behovet for mere konkrete organisatoriske strukturer dér, hvor samarbejdet faktisk skal finde sted - i det, man kan betegne som mellemrummet mellem sektorer, organisationer og faglige logikker. Disse strukturer er nødvendige, fordi mange af sundhedsvæsenets mest komplekse opgaver netop ikke passer ind i eksisterende organisatoriske snitflader. Uden bevidst organiserede strukturer i mellemrummet risikerer samhandlingen at blive overladt til enkeltpersoner og uformelle løsninger, som er sårbare over for tidspres, personaleudskiftning og organisatoriske forandringer.

Et tydeligt nordisk eksempel på en sådan tilgang er **SAM-AKS** i Norge. SAM-AKS-projektet er et samarbejde mellem alderspsykiatrisk afdeling ved Sykehuset Innlandet og forskellige plejehjem og hjemmetjenester i Innlandet og fungerer som en fælles struktur, der samler kommuner og sygehus om udvikling og afprøvning af tværsektorielle løsninger for borgere med komplekse behov. I stedet for at organisere samhandling gennem isolerede projekter etableres der et fælles organisatorisk rum for læring, videndeling og fælles udvikling. Dermed opbygges der ikke blot konkrete samarbejder, men også en mere varig kapacitet til at samarbejde på tværs, som kan videreføres og skaleres til nye kontekster.

Tilsvarende ses i tænkningen bag **1,5-linjetjenester** i Norge, hvor der etableres organisatoriske løsninger mellem primær- og specialistniveauet. Her er formålet ikke blot at flytte opgaver, men at skabe fælles beslutningsrum, hurtigere adgang til specialiseret viden og tydeligere fælles ansvar for borgerens forløb. 1,5-linjetjenester illustrerer, hvordan strukturer i mellemrummet kan reducere afstand mellem niveauer og gøre samhandlingen mere operativ og mindre fragmenteret.

Inden for børne- og ungdomspsykiatrien ses lignende logikker i projekter som **SAMBA i Nord-Østerdal**, hvor BUP og kommunerne har etableret fælles strukturer for at styrke samarbejdet om børn og unge med psykiske udfordringer. Her organiseres samhandlingen ikke som parallelle indsatser, men som et fælles ansvar, hvor faglig sparring, rekruttering og opgaveløsning tænkes sammen. Strukturen gør det muligt at handle hurtigt og koordineret, også når problemstillingerne går på tværs af sektoransvar og faglige traditioner.

I Danmark har der været en del udviklinger omkring nye samarbejdsstrukturer. Den Midtjyske samarbejdsmodel, er fx et tværfagligt og tværsektorielt implementeringsforum med deltagelse af Region, kommuner og almen praksis. **STIME-modellen** har været et vigtigt skridt i samme retning. STIME etablerer et tværsektorielt samarbejde mellem psykiatrien og kommunerne om børn og unge i mistrivsel, hvor indsatsen koordineres tidligt og tæt på barnets hverdag. Centralt i STIME er, at der skabes faste strukturer for fælles vurdering, fælles planlægning og løbende dialog, hvilket reducerer risikoen for parallelle indsatser og uklare ansvarsforhold. STIME viser, hvordan strukturer i mellemrummet kan understøtte tidlig indsats og sammenhængende forløb, uden at ansvaret fragmenteres.

Et beslægtet, men bredere eksempel er **KIT (Koordineret Indsats for borgere med psykiske lidelser)**, hvor Region Hovedstadens Psykiatri arbejder med tværsektorielle planer og fælles koordinering. KIT retter sig mod borgere med komplekse og langvarige forløb og etablerer strukturer, hvor psykiatri, kommune og andre relevante aktører

arbejder ud fra en fælles plan. Pointen er ikke blot bedre koordinering i det enkelte forløb, men opbygning af en organisatorisk praksis, hvor fælles ansvar, fælles mål og fælles opfølgning bliver en integreret del af driften.

FACT-modellen (Flexible Assertive Community Treatment), som både bruges i Danmark og i Norge, illustrerer i praksis, hvad samhandlingskapabilitet kan være, når den er tænkt ind i selve organiseringen. Her arbejder kommune og psykiatri i ét fælles team med delt ansvar, fælles prioritering og løbende justering af indsatsen omkring borgeren. Samhandlingen er ikke et supplement til behandlingen, men selve den måde behandlingen organiseres og udføres på. FACT reducerer overgange, uklarhed og sektorbrud, fordi roller, beslutningskompetence og videndeling er integreret i den daglige drift. Dermed viser FACT, hvordan samhandling kan institutionaliseres som en varig kapabilitet – frem for at være afhængig af enkeltpersoner eller midlertidige projekter (Bond, Drake & Mueser, 2001).

Et sidste vigtigt eksempel på en struktur i mellemrummet er satsningen på Individuel jobstøtte (IPS) i Norge. Her er jobspecialister ansat i NAV – altså uden for helsetjenesten – men arbejder tæt integreret med behandlingsapparatet omkring personer med alvorlige psykiske lidelser. Målet er hurtig adgang til ordinært lønnet arbejde, ikke gennem parallelle forløb, men gennem tæt koordinering mellem behandling og beskæftigelsesindsats. IPS bygger på princippet om “place then train” og forudsætter løbende dialog, fælles mål og koordineret opfølgning. Dermed bliver beskæftigelse ikke et tillæg til behandlingen, men en integreret del af den samlede indsats i mellemrummet mellem sundhed og arbejdsmarked.

Samlet set viser disse eksempler, at strukturer i mellemrummet er en afgørende byggesten i udviklingen af samhandlingskapabilitet. De fungerer som organisatoriske brobygninger, der forbinder styringsniveauer, fagligheder og sektorer og skaber fælles rum for handling, læring og ansvar. Effektiv samhandling opstår sjældent spontant; den kræver bevidst organisatorisk design netop dér, hvor systemerne traditionelt har deres

stærkeste grænser. Det er i dette mellemliggende rum, at samhandling kan gå fra intention til fungerende praksis.

Udviklingen af disse mellemliggende strukturer viser samtidig, at psykiatrien på mange måder er kommet langt i arbejdet med at organisere samhandling i mellemrummet. Det hænger tæt sammen med patienternes sygdomskarakteristika, hvor behovene ofte er komplekse, langvarige og strækker sig på tværs af både sundhedsfaglige og sociale indsatser. Netop derfor har psykiatrien været tvunget til at udvikle organisatoriske løsninger, der går ud over traditionelle sektorgrænser og ind i mellemrummet. Denne erfaring rummer et væsentligt, men ofte underudnyttet potentiale i arbejdet med at integrere psykiatri og somatik. Psykiatriens mellemrumstænkning kan således fungere som et vigtigt afsæt for bredere systemisk integration i sundhedsvæsenet – f.eks. inden for kronikerområdet.

3. Roller der går på tværs - når ansvar og faglighed forbindes mellem organisationer

Udviklingen af samhandlingskapabilitet forudsætter ikke kun fælles strukturer, men også roller, der bevidst er designet til at fungere på tværs af organisatoriske og sektorielle grænser. Mange samarbejdsudfordringer opstår, fordi roller og stillinger er indrettet til at fungere inden for én organisation ad gangen, mens patienternes forløb netop bevæger sig på tværs. Tværgående roller har til formål at skabe sammenhæng i disse bevægelser og håndtere de gråzoner, hvor ansvar, opgaver og beslutninger overlapper.

I Norge har Helsepersonellkommissionen introduceret begrebet **”hus og hytte”** som en måde at tænke roller og tilknytning på i fremtidens sundhedsvæsen. Tanken er, at sundhedspersonale fortsat har et organisatorisk ”hus”, men samtidig en faglig eller operationel ”hytte” i en anden del af systemet – fx på tværs af kommune og sygehus. Denne tænkning ligger tæt op ad erfaringer med **dobbeltstillinger**, hvor medarbejdere formelt er tilknyttet to organisationer eller funktioner. Dobbeltstillinger kan bidrage til

bedre videndeling, større gensidig forståelse og mere sammenhængende beslutninger, netop fordi de forbinder perspektiver som ellers holdes adskilt.

En beslægtet rolleforståelse findes i **liaison-roller**, som spiller en central funktion i både interne og tværorganisatoriske samarbejder. En liaison fungerer som brobygger mellem enheder, fagligheder eller organisationer og har ansvar for at sikre løbende kommunikation, koordinering og informationsdeling. Rollen handler ikke blot om at videreformidle information, men om aktivt at oversætte perspektiver, afstemme forventninger og skabe fælles forståelse i komplekse og dynamiske omgivelser. Liaison-roller kan være formelt definerede eller mere uformelle, men fælles for dem er, at de tager ansvar for grænsefladerne mellem systemer.

Tværgående roller kan yderligere styrkes gennem *bevidst mobilitet*, hvor medarbejdere – særligt i onboarding- eller udviklingsforløb – systematisk bevæger sig på tværs af organisationer og sektorer. Ved at tilbringe tid i både kommune, hospital, psykiatri, somatik og almen praksis opbygges en dybere forståelse for helheden, arbejdsgangene og de gensidige afhængigheder i systemet. Et konkret eksempel er, når man opretter midlertidige projektstillinger, hvor en projektleder har en klinikleder på sygehuset som chef, men i hverdagen arbejder i kommunen. Denne form for mobilitet er ikke blot kompetenceudvikling for den enkelte, men en investering i systemets samlede samhandlingskapabilitet. Dette kan eksempelvis også ske gennem organisering af Liaison-somatik og Liaison-psykiatri, hvor der er formaliserede samarbejder på tværs af somatik og psykiatri i hospitalsregi om fælles patienter.

Når roller på tværs, dobbeltstillinger og mobilitetsforløb er tydeligt defineret, ledelsesmæssigt forankret og koblet til både formelle strukturer og relationelle processer, kan de fungere som stærke katalysatorer for samhandling. De reducerer personafhængighed, styrker fælles forståelse og gør samarbejdet mere robust over tid – og bidrager dermed væsentligt til opbygningen af reel samhandlingskapabilitet i sundhedsvæsenet.

4. Stabe der understøtter samspillet - når koordinering bliver en fælles kapabilitet

Ud over governance, strukturer og roller er der behov for organisatoriske stabsfunktioner, som aktivt understøtter samhandlingen på tværs af sektorer og organisationer. I et sundhedsvæsen med stigende kompleksitet kan samspil ikke alene bæres af linjeorganisationen. Der er behov for stabe, som ikke kun betjener egen organisation, men som har mandat og kompetence til at arbejde udadrettet - ind i samarbejdsrelationer, fælles initiativer og tværsektorielle processer.

En sådan stab adskiller sig fra den klassiske, interne stabsfunktion ved netop at have fokus på at skabe bevægelse, sammenhæng og fælles retning på tværs. Staben understøtter ledelsen i at omsætte strategiske ambitioner om samhandling til konkret praksis ved at facilitere samarbejdsprocesser, opbygge fælles begreber, sikre videndeling og følge op på tværgående indsatser. Dermed bliver staben både i specialisthelsetjenesten og kommunerne en vigtig bærer af samhandlingskapabilitet - ikke som beslutningstager, men som katalysator og understøtter.

I praksis kan sådanne - mere mobiliserende - stabe spille en central rolle i forhold til at understøtte sundhedsråd, helsefællesskaber, tværsektorielle teams og fælles udviklingsinitiativer. De bidrager til kontinuitet, overblik og fælles læring på tværs af aktører, også når personer skifter, eller organisatoriske rammer ændrer sig. Samtidig reducerer de risikoen for, at samhandlingen bliver fragmenteret og personafhængig.

Stabe med denne orientering er dermed ikke et ekstra lag bureaukrati, men en organisatorisk investering i at gøre samhandlingen mere robust, mere professionel og mere bæredygtig over tid. Når de er tydeligt forankret og arbejder tæt sammen med både ledelse og praksis, kan de fungere som en afgørende rygrad i udviklingen af et sundhedsvæsen, der reelt hænger sammen.

5. Fælles uddannelse og kompetenceudvikling - når samhandling læres på tværs

Udviklingen af samhandlingskapabilitet forudsætter også målrettet investering i fælles uddannelse og kompetenceudvikling på tværs af sektorer og organisationer. Samhandling opstår ikke automatisk, fordi aktører mødes i nye strukturer eller fora. Den kræver fælles forståelse af opgaven, indsigt i hinandens vilkår og en fælles faglig referenceramme. Uden dette risikerer samarbejdet at blive præget af parallelle logikker, misforståelser og forskellige forventninger til ansvar og beslutningskompetence.

Fælles uddannelsesforløb - både i grunduddannelse, efter- og videreuddannelse samt lederudvikling - kan spille en afgørende rolle i at opbygge denne fælles forståelse. Når fagprofessionelle fra psykiatri, somatik, kommune og almen praksis lærer sammen, opstår der et fælles sprog for samarbejdet og en større forståelse for, hvordan egen faglighed indgår i en samlet værdikæde omkring borgeren. Det styrker ikke blot den relationelle koordinering, men også evnen til at navigere i de formelle strukturer for samhandling. Forskning i interprofessionelt teamwork peger netop på, at fælles læring og fælles træning er centrale mekanismer til at styrke samarbejde på tværs af fagligheder og organisatoriske grænser (Reeves et al., 2010).

Særligt i et sundhedsvæsen med stigende kompleksitet er der behov for kompetencer, som rækker ud over den enkelte professions kernefaglighed. Det gælder kompetencer inden for tværsektorielt samarbejde, fælles beslutningstagning, håndtering af gråzoner og forståelse for forskellige styrings- og lovgivningsmæssige rammer. Fælles uddannelsesinitiativer kan her fungere som en systematisk måde at opbygge disse kompetencer på - ikke som individuelle tillæg, men som en integreret del af organisationernes samlede kapabilitet. Et eksempel er Topplederprogrammet i Norge, hvor sygehusledere og kommuneledere går sammen på en erfaringsbaseret master i Helseledelse.

Når fælles uddannelse kobles tæt til praksis, konkrete samarbejdssituationer og organisatoriske prioriteringer, kan den fungere som en stærk løftestang for samhandlingskapabilitet. Den bidrager til at gøre samarbejdet mindre personafhængigt, mere professionelt og mere bæredygtigt over tid. Dermed bliver fælles uddannelse ikke blot et spørgsmål om kompetenceudvikling, men et strategisk redskab i opbygningen af et sundhedsvæsen, der reelt hænger sammen.

6. Løbende vidensindsamling og følgeforskning - når samhandling gøres løbende

Endelig forudsætter opbygningen af samhandlingskapabilitet, at der arbejdes systematisk med løbende vidensindsamling og følgeforskning, der kan give indsigt i, hvordan samhandlingen faktisk fungerer i praksis. Samhandling er kompleks, kontekstafhængig og dynamisk, og dens effekter kan sjældent aflæses entydigt gennem traditionelle styringsmål alene. Uden systematisk viden risikerer man, at både succeser og fejl forbliver lokale erfaringer, som ikke omsættes til fælles læring.

Følgeforskning og praksisnær evaluering kan bidrage til at skabe fælles forståelse af, hvilke samhandlingskoncepter der virker, under hvilke betingelser og hvorfor. Når forskning kobles tæt til implementering, bliver den ikke et efterrationaliserende element, men et aktivt redskab til løbende justering, forbedring og kvalificering af samarbejdet (Fixsen et al., 2005). Det skaber samtidig større tryghed hos både patienter, borgere og medarbejdere, fordi forandringer ledsages af systematisk refleksion og dokumenteret læring.

Løbende vidensindsamling handler ikke kun om effektmåling, men også om at synliggøre de mekanismer, relationer og organisatoriske greb, som understøtter eller hæmmer samhandlingen. Når denne viden deles på tværs af organisationer og sektorer, kan den danne grundlag for fælles læring og mere informeret ledelse. Dermed bliver viden og forskning ikke et supplement til samhandlingen, men en integreret del af den kapabilitet, som gør sundhedsvæsenet i stand til at samarbejde bedre over tid.

Fra koncepter til kapabilitet - et nødvendigt mindset-skifte

Samlet set viser de seks koncepter, at der allerede findes mange konkrete greb til at styrke samhandlingskapabiliteten i sundhedsvæsenet. Governance, strukturer i mellemrummet, roller på tværs, mobiliserende stabe, fælles uddannelse og løbende vidensopbygning er ikke visioner uden jordforbindelse, men praksisnære måder at arbejde systematisk med samhandling på. Potentialet er til stede - men det realiseres kun, hvis der samtidig sker et grundlæggende skifte i mindset hos både ledere og medarbejdere.

For det første kræver udviklingen af samhandlingskapabilitet, at organisationer investerer tid og ressourcer i at *forstå hinanden*. Det indebærer indsigt i hinandens opgaver, vilkår, styringslogikker og faglige perspektiver - ikke som et engangstiltag, men som en løbende del af driften. Samhandling bliver først robust, når gensidig forståelse er indlejret i organisationernes måde at arbejde på.

For det andet forudsætter stærk samhandling, at fokus flyttes fra organisationernes særinteresser til *borgernes behov som fælles omdrejningspunkt*. Hvis målene primært bliver arenaer for interessekamp mellem sektorer, risikerer samhandlingen at miste sit formål. De mest velfungerende samarbejder opstår, når aktørerne deler et klart billede af, hvilken værdi der skal skabes for borgeren - og lader dette være styrende for prioriteringer og beslutninger.

Endelig kræver samhandlingskapabilitet et mere modent syn på *ressourcer*. I stedet for at konkurrere eller at have lange relationsnedbrydende diskussioner om midler, opgaver og ansvar må ressourcer - både indtægter og omkostninger - kunne fordeles klogt på tværs af organisationer i forhold til den samlede opgave. Det indebærer en bevægelse væk fra snæver budgetlogik og hen imod et fælles ansvar for helheden. Man kan f.eks. arbejde med sammen at identificere mulige ressourcegevinster i de fælles forløb.

Opbygningen af samhandlingskapabilitet er dermed ikke blot et spørgsmål om nye strukturer eller projekter, men om en grundlæggende måde at tænke ledelse, ansvar og samarbejde på. Når dette mindset får fodfæste, bliver koncepterne ikke isolerede tiltag, men byggesten i et sundhedsvæsen, der reelt kan fungere som ét sammenhængende system til gavn for borgere, patienter og medarbejdere.

Konklusion: Samhandlingskapabilitet som sundhedsvæsenets nye fælles investering

Denne artikel har argumenteret for, at samhandling ikke længere kan forstås som et supplement til sundhedsvæsenets kerneopgaver. I et system præget af øget kompleksitet, flere kronikere og stærkere krav om sammenhængende forløb er samhandlingskapabilitet blevet en afgørende forudsætning for kvalitet, bæredygtighed og borgernes tillid. Erfaringerne viser, at reformer, strukturer og politiske ambitioner kun får effekt, hvis sundhedsvæsenet samtidig investerer i de organisatoriske, relationelle og faglige forudsætninger, der gør samarbejde muligt i praksis.

Analysen peger på, at der allerede findes mange konkrete greb til at opbygge denne kapabilitet: klare governance-rammer, strukturer i mellemrummet, roller på tværs, mobiliserende stabe, fælles uddannelse og systematisk vidensopbygning. Men disse koncepter virker kun, hvis de understøttes af et grundlæggende mindset-skifte. Det kræver, at ledere og medarbejdere investerer i at forstå hinanden på tværs af sektorer og fagligheder, at borgernes behov konsekvent sættes over organisatoriske særinteresser, og at ressourcer – både indtægter og omkostninger – kan fordeles klogt i forhold til den samlede opgave. Samhandlingskapabilitet er derfor ikke et teknisk eller administrativt anliggende, men et strategisk ledelsesansvar. Det handler om at tage ansvar for helheden i et system, hvor ingen enkelt aktør længere kan løse opgaven alene. Fremtidens sundhedsvæsen bygges ikke kun gennem nye strukturer og reformer, men gennem evnen til at få systemet til at fungere sammen over tid. I den forstand er samhandlingskapabilitet – et forfærdeligt ord – blevet sundhedsvæsenets nye fælles investering.

Referencer

- Cohen, W. M. & Levinthal, D. A. (1990). *Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation*. *Administrative Science Quarterly*, 35(1), 128-152.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida.
- Gittell, J. H. (2009). *High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*. New York: McGraw-Hill.
- Goldfarb, M., De Hert, M., Detraux, J., Di Palo, K., Munir, H., Music, S., Piña, I., Ringen, P.A. (2022). *Severe Mental Illness and Cardiovascular Disease*. *JACC State-of-the-Art Review*. *J Am Coll Cardiol*, 80 (9), 918-933. DOI [10.1016/j.jacc.2022.06.017](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.06.017), PubMed [36007991](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36007991/)
- Kodner, D. L. & Spreeuwenberg, C. (2002). *Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications*. *International Journal of Integrated Care*, 2.
- Okhuysen, G. A. & Bechky, B. A. (2009). *Coordination in Organizations: An Integrative Perspective*. *Academy of Management Annals*, 3(1), 463-502.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Teece, D. J., Pisano, G. & Shuen, A. (1997). *Dynamic Capabilities and Strategic Management*. *Strategic Management Journal*, 18(7), 509-533.
- Bond, G. R., Drake, R. E. & Mueser, K. T. (2001). *Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness: Critical Ingredients and Impact on Patients*. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(3), 141-159.

Forfatterne bag

Alice Beathe Andersgaard

Administrerende direktør Sykehuset Innlandet

Alice er uddannet læge og speciallæge i fødselshjælp og kvindesygdomme. Hun tog sin cand.med. ved Universitetet i Oslo i 1988 og blev speciallæge i 1995. I 2011 opnåede hun en ph.d. fra Universitetet i Tromsø. Hun har omfattende ledererfaring fra sundhedsvæsenet og har tidligere været afdelingsledende overlæge på gynækologisk-obstetrisk afdeling ved Sykehuset Innlandet Gjøvik, divisionsdirektør for kvinde- og børneområdet, fagdirektør samt vicedirektør i Sykehuset Innlandet.



Michael Braüner Schmidt

Lægefaglig direktør på Aarhus Universitetshospital

Michael Braüner Schmidt er uddannet anæstesiolog og blev overlæge på Anæstesiologisk-Intensiv Afdeling I på Skejby Sygehus i 2000 - nuværende Aarhus Universitetshospital. I 2007 blev han konstitueret ledende overlæge og fra 2008 ledende overlæge på afdelingen. I 2010 færdiggjorde han uddannelsen Master of Public Management fra Syddansk Universitet. I 2011-2016 var han centerchef i Akutcentret på Aarhus Universitetshospital. Herefter blev han lægefaglig direktør på Hospitalsenhed Midt, hvorefter han i 2018 blev lægefaglig direktør på Aalborg Universitetshospital. Siden januar 2023 har han været lægefaglig direktør på Aarhus Universitetshospital. Gennem hele sin ledelseskariere har han været optaget af forbedringer af klinisk kvalitet, ledelse af læger og fremtidens løsninger inden for sundhedsvæsenet.



Petter Andreas Ringen

Klinikleder ved Oslo Universitetssykehus

Petter Andreas Ringen er klinikleder ved Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus og professor i psykiatri ved Universitetet i Oslo. Ringen er medlem i Lokalt samhandlingsutvalg for Oslo universitetssykehus og har erfaring fra flere prosjekter for å bedre samhandling mellom sykehus og kommune. Han arbeidet i flere år som avdelingsoverlege/overlege ved avdeling for psykoselidelser, der rehabilitering til kommunen er en sentral oppgave.



Søren Barlebo Rasmussen

Partner i Mobilize

Søren er ekspert i strategisk ledelse af faglige organisationer. Han har været forsker i dette emne på Copenhagen Business School, hvor han også var institutleder og dekan. De sidste 20 år har han været konsulent og hjulpet mange hospitaler og universiteter i Danmark og Norge med strategisk udvikling - også i samspillet mellem disse to typer af organisationer. Han har arbejdet meget med samspillet mellem forskning og innovation.

