

# Sammenhæng ifølge sundhedspersonale

En litteraturbaseret oversigt over udfordringer og erfaringer  
med at sikre sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet



*Sammenhæng ifølge sundhedspersonale*

*– En litteraturbaseret oversigt over udfordringer og erfaringer med at sikre sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet*

© VIVE og forfatteren, 2024

e-ISBN: 978-87-7582-350-5

Projekt: 302838

Finansiering: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

## **VIVE**

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

[www.vive.dk](http://www.vive.dk)

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



VIVE støtter FN's verdensmål og angiver her, hvilket eller hvilke verdensmål der knytter sig til publikationen.



## Forord

Sundhedsstrukturkommissionen har fået til opgave at foreslå en række modeller for fremtidens sundhedsvæsen i Danmark. I forarbejdet hertil har Sundhedsstrukturkommissionen søgt indblik i sundhedsvæsenets eksisterende udfordringer og viden om behov og mulige løsningsmodeller via inspirationsbesøg i forskellige dele af sundhedsvæsenet, ekspertbidrag og analyser.

Denne litteraturbaserede oversigt over udfordringer og erfaringer med at sikre sammenhæng og samarbejde i sundhedsvæsenet er et af disse vidensbidrag.

VIVE ønsker at takke den reviewer, som har læst og kommenteret på et tidligt udkast af denne rapport.

Opgaven er rekvireret af Sundhedsstrukturkommissionens sekretariat og finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

*Sanne Schioldann Haase*

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



# Indholdsfortegnelse

---

Hovedresultater	5
Afrapportering	9
1 Indledning	10
1.1 Formål og afgrænsning	10
1.2 Læsevejledning	12
2 Hvad opleves som barrierer for sammenhæng?	14
2.1 Organisering som ramme for koordination og kommunikation	14
2.2 Styring og incitamenter	15
2.3 Uklare aftaler om opgave- og ansvarsfordeling	15
2.4 Lokale rammer for og prioritering af sammenhæng	16
3 Sundhedspersonales erfaringer med konkrete tiltag	17
3.1 Aftaler om samarbejde ( <i>sammenkædning</i> )	17
3.2 Fokus på overgange ( <i>koordination</i> )	18
3.3 Nye organisatoriske enheder ( <i>fuld integration</i> )	20
3.4 Styringsrammer	21
4 Forhold, som understøtter sammenhæng	22
Dokumentation	25
Litteratur	26

# Hovedresultater

I denne rapport fremgår en litteraturgennemgang med fokus på, hvad sundhedspersonale oplever som udfordrende for at sikre sammenhængende patientforløb og deres erfaringer med forskellige tiltag, der har haft til formål at skabe sammenhængende patientforløb. Denne rapport er rekvireret af Sundhedsstrukturkommissionens Sekretariat og har til formål:

1. at sammenfatte de forhold, som medarbejdere i sundhedsvæsenet oplever som udfordrende for at skabe sammenhængende forløb for patienter og sikre samarbejde på tværs af aktører, organisatoriske skel og sektorer
2. at sammenfatte medarbejderes oplevelser og erfaringer med tiltag (fx ændrede styringsrammer, organisationsændringer og udviklingsprojekter), der har haft til formål at udvikle og forbedre patientforløb, som inkluderer forskellige sektorer, organisatoriske enheder og/eller aktører.

I rapporten er der fokus på organisatorisk sammenhæng (se tekstboks) og på sundhedspersonalets erfaringer. Patienters perspektiv og ledelsers perspektiv på sammenhængende patientforløb fremgår derfor ikke i denne rapport, om end begge perspektiver er vigtige.

## Organisatorisk sammenhæng

I rapporten tages der udgangspunkt i nedenstående definition på organisatorisk sammenhæng:

- *En konsistent og sammenhængende tilgang til håndteringen af en given sygdom på tværs af fagpersoner, som også tager hensyn til patienters foranderlige behov.*

### **Barrierer for sammenhæng vedrører både styring, organisering og lokale arbejdsgange**

Litteraturgennemgangen tager udgangspunkt i fire overordnede forhold, som kan udfordre sundhedspersonalet i at skabe sammenhængende patientforløb:

*Organisering:* Her fremhæves den specialiserede organisering af sundhedsvæsenet, som sammen med et stigende

antal kronisk syge og multisyge patienter betyder, at patientforløb i mange tilfælde strækker sig over flere sektorer og organisatoriske enheder. Dette er en grundlæggende udvikling, som kræver koordinering og samarbejde fra det involverede sundhedspersonale både på populationsniveau og i relation til den enkelte patient.

*Styring og incitament:* Den specialiserede organisering bidrager til en kompliceret samarbejdsstruktur med aktører, som arbejder under særskilte ressourcemæssige

rammer og incitamentsstrukturer. Det kan medvirke til intern optimering frem for optimering af de processer, som går på tværs af afdelinger. Undersøgelser peger også på, at fælles indsatser for at skabe sammenhæng på tværs af sektorer udfordres af uklare aftaler om, hvordan opgaver, der ligger i grænsefladen mellem to parter, finansieres økonomisk.

*Uklare aftaler om arbejdsgange og opgavefordeling:* Når der ikke er lavet klare aftaler om, 1) hvem der har ansvar for bestemte opgaver, 2) hvornår og hvordan ansvar for patienter overdrages, samt 3) hvordan og hvad der kommunikeres, så udfordrer det sundhedspersonalets mulighed for at bidrage til sammenhængende patientforløb. Mange samarbejdspartnere kan ligeledes være en udfordring, fordi det kan være svært at skabe det nødvendige overblik over fx henvisningsmuligheder og kontaktpersoner. Ligeledes kan forskellige standarder og faglige forståelser, fx af hvornår en patient er indlæggelseskrævende, udfordre samarbejdet mellem sundhedspersonale på tværs af sektorer og dermed føre til usammenhængende forløb.

*Lokale rammer for og prioritering af samarbejde:* Undersøgelser peger på, at de helt lokale rammer for sundhedspersonalets arbejde har betydning for at skabe sammenhængende forløb. Begrænsede ressourcer (tid, personale etc.) kan eksempelvis føre til, at sundhedspersonale prioriterer de opgaver, der ligger inden for deres eget ekspertområde og egen organisatoriske enhed. Fraværet af velfungerende rammer for kommunikation, fx kommunikationsteknologier og fysiske mødesteder, fremgår ligeledes som forhindringer for løbende kommunikation omkring planlægning og prioritering af fælles opgaver. Endelig fremhæves de kliniske kernekompetencer som centrale i forhold til at skabe sammenhæng i patientforløb, idet det kan være en forudsætning for, at patienter henvises korrekt og undgår unødige omveje i deres forløb.

### **Styrket sammenhæng med udgangspunkt i sammenkædning, koordination eller fuld integration**

Gennemgangen af litteratur, der omhandler sundhedspersonalets erfaringer med konkrete tiltag med fokus på at skabe sammenhængende patientforløb, tager udgangspunkt i et kontinuum for økonomisk og organisatorisk integration.

*Sammenkædning* er den løbende, rutinemæssige og sekventielle interaktion mellem sundhedspersonale på tværs af organisatoriske skel og sektorskel, og som har bund i specifikke aftaler om fx kommunikation, henvisningspraksis og arbejdsdeling. Der er ingen økonomisk eller organisatorisk integration. Her peger litteraturen på betydningen af faste mødestrukturer, hvor der kan deles aktuel viden om fx specifikke patienter, belægningsgrad, fælles udfordringer og opgaver m.m. Undersøgelser peger på, at sundhedspersonale oplever det som et bidrag til bedre kommunikation,

lettere henvisningsprocesser og øget gensidig forståelse – dog afhængigt af, om sundhedspersonalet opfatter denne type møder som relevante og som noget, både de og patienterne får gavn af.

Forløbsprogrammer, der rammesætter opgavefordeling og koordination omkring overgange mellem sektorer, kan også betragtes som et eksempel på sammenkædning. Litteraturen peger her på et blandet udbytte. I nogle evalueringer beskriver sundhedspersonale, hvordan forløbsprogrammer har bidraget med større kendskab til arbejdsvilkår og tilbud på tværs af sektorgrænser samt klarere opgave- og ansvarsfordeling. I andre evalueringer peges på uændrede samarbejdsrelationer. Dette tilskrives bl.a. hospitalspersonalets manglende kendskab til henvisningsmuligheder i kommuner, hospitalsansattes manglende gensidige tillid til kvaliteten i kommuners opgaveløsning, og at egne tilbud prioriteres på bekostning af en indsats for et styrket tværgående samarbejde.

*Koordination* handler om et mere styret fokus på patienters overgange mellem organisatoriske enheder i forhold til udvalgte dele af en behandling, fx forløbskoordination. Her er tale om mere bindende og formaliserede aftaler, end det er tilfældet ved sammenkædning. I litteraturen fremgår eksempelvis funktioner med særligt koordineringsansvar for patientforløb, fx fremskudt visitation, følge-hjem-ordninger m.m., som i flere undersøgelser fremhæves som bidrag til mere sammenhængende forløb. Disse ordninger bidrager fx til et styrket samarbejde mellem hospital og kommune via mulighed for løbende kommunikation mellem sundhedspersonalet og større gensidigt kendskab til arbejdsforhold og muligheder på tværs af de to sektorer. Tværsektorielle videomøder er et andet eksempel på forsøg med koordination, som i nogle undersøgelser fremhæves som en mulighed for direkte kommunikation mellem udskrivende og modtagende parter i et patientforløb og er et bidrag til gensidig forventningsafstemning og klarere mål for den enkelte patient. Det gælder for både koordineringsfunktioner og tiltag som videomøder, at det kræver fokus på implementering og klare aftaler om procedurer og arbejdsdeling.

*Fuld integration* handler om organisatoriske sammenlægninger, etablering af multidisciplinære teams og delte økonomiske ressourcer omkring patientgrupper med særlige behov. Her ses eksempler på tværfagligt organiserede enheder rettet mod patienter med lidelser, der involverer flere specialer eller ydelser fra flere sektorer. Her peger litteraturen både på eksempler, som har bidraget positivt til kommunikation og koordinering, og eksempler, hvor eksisterende strukturer, fx specialeopdeling, blev bevaret. Fælles formål og interesser samt relativt afgrænsede patientgrupper er nogle af de forhold, som fremhæves som væsentlige de steder, hvor mere integrerede enheder lader til at fungere godt.

## **Forhold, som understøtter sundhedspersonales arbejde med at skabe sammenhængende forløb**

Der har fra Strukturkommissionens side også været et ønske om at pege på eksisterende rammer og strukturer for sundhedspersonalets arbejde, som bidrager til sammenhæng på en positiv måde. På tværs af den fremsøgte litteratur fremgår en række forhold, som udpeges som understøttende for sundhedspersonales arbejde med at skabe sammenhængende forløb. Disse er:

- Forankring af samarbejde som udviklingsområde på ledelsesniveau/beslutningstagerniveau, idet ledelse/beslutningstagere kan påvirke rammer/vilkår for kommunikation, koordinering etc.
- Arbejdet med at skabe sammenhæng skal opleves som relevant både for patienter og for sundhedspersonalet.
- Samarbejdsaftaler (kommunikation, opgave- og ansvarsfordeling) som er tilpasset den organisatoriske, økonomiske og regulatoriske kontekst, som den skal fungere i.
- Fælles mål, gensidigt kendskab til hinandens tilbud og handlemuligheder samt gensidig tillid og respekt mellem involverede parter.
- Eventuelle koordinatorfunktioner er givet tydelige rammer for deres arbejde, og der skal generelt dedikeres tid og rum (fx faste fælles møder) til arbejdet.
- Mulighed for kommunikation og vidensdeling mellem de involverede parter enten via kommunikationsteknologier eller via understøttende mødestrukturer og fysiske rammer.
- Afklaring af, hvordan økonomiske byrder og gevinster deles.
- Tilstedeværelse og anvendelse af data, som kan bidrage til at udpege områder med særlige sammenhængsudfordringer, patientgruppens behov og relevante indsatser.



# > **Afrapportering**

# 1 Indledning

Regeringen har nedsat en sundhedsstrukturkommission, som har fået til opgave at belyse modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Af kommissoriet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023) fremgår et antal sigtelinjer for regeringens ønsker til fremtidens sundhedsvæsen, herunder:

- Et sundhedsvæsen, der er sammenhængende og samarbejder på tværs af fagligheder, sektorer og geografi, og hvor løsninger inden for fx digitalisering udvikles i fællesskab og hurtigt udbredes
- En opgavefordeling i sundhedsvæsenet mellem sygehuse og det nære sundsvæsen, der sikrer, at patienten kommer i centrum og får en sammenhængende plan for behandling, og hvor der tages et mere samlet ansvar for patientforløbet.

Sammenhæng, opgavefordeling og samlet ansvar for hele patientforløb er ikke nye målsætninger, men er tværtimod løbende søgt imødekommet på nye måder i det danske sundhedsvæsen. Der eksisterer derfor allerede en del litteratur, der belyser barrierer for sammenhæng, og erfaringerne med at indføre tiltag, der har til formål at fremme sammenhæng. Sundhedsstrukturkommissionens Sekretariat ønsker at få sammenfattet de vigtigste indsigter fra den del af litteraturen, som belyser sundhedspersonalets perspektiv på sammenhængsudfordringer og forsøg på skabe mere sammenhængende forløb for patienter.

## 1.1 Formål og afgrænsning

Formålet med dette litteraturbaserede overblik er todelt:

1. at sammenfatte de forhold, som medarbejdere i sundhedsvæsenet oplever som udfordrende for at skabe sammenhængende forløb for patienter og sikre samarbejde på tværs af aktører, organisatoriske skel og sektorer
2. at sammenfatte medarbejders oplevelser og erfaringer med tiltag (fx ændrede styringsrammer, organisationsændringer og udviklingsprojekter), der har haft til formål at udvikle og forbedre patientforløb, som inkluderer forskellige sektorer, organisatoriske enheder og/eller aktører.

### *Fokus på organisatorisk sammenhæng*

Sammenhæng i patientforløb kan anskues fra både patientens vinkel og fra en organisatorisk vinkel (Grøn et al., 2009; Guthrie et al., 2008; Haggerty et al., 2003; Meier et al., 2016). I denne rapport er der fokus på organisatorisk sammenhæng, som kan defineres på følgende måde:

*Konsistent og sammenhængende tilgang til håndteringen af en given sygdom på tværs af fagpersoner, som også tager hensyn til patienters foranderlige behov.* (Haggerty et al., 2003, egen oversættelse).

I andre begrebsafklaringer fremhæves desuden minimal redundans som et væsentligt aspekt af sammenhæng set fra et organisatorisk perspektiv, samtidig med at centrale komponenter i opgaveløsningen ikke må mangle (Jacobsen & Jakobsen, 2014, p. 66; Væksthus for Ledelse, 2022). Udbyttet af sammenhæng kan endvidere relateres til enkelte patienters behov, til patientpopulationers behov og til sundhedsvæsenets behov, fx i form af størst mulig udbytte og effektivitet. Sammenhæng skabes derfor både horisontalt, fx i form af aftaler og kommunikation mellem hospital, kommune og praktiserende læge, og vertikalt i form af overordnet styring og organisering (Buch et al., 2018; Guthrie et al., 2008; Jacobsen & Jakobsen, 2014).

### *Fokus på sundhedspersonalets erfaringer*

I rapporten er der desuden fokus på sundhedspersonales erfaringer med og vurderinger af, hvad der er udfordrende for sammenhæng i patientforløb, og forskellige afprøvede tiltag til at sikre sammenhæng i patientforløb. Patienters perspektiv på sammenhæng er således ikke i fokus, og der er også begrænset fokus på lederes perspektiv på sammenhæng. En del litteratur beskæftiger sig netop med betydningen af ledelse for at sætte rammerne for både formelle aftaler, formelle samarbejdsstrukturer og for at prioritere og anerkende det arbejde, som er nødvendigt for at sikre sammenhængende patientforløb (Hauge et al., 2022; Holm-Petersen & Buch, 2014; Meier et al., 2016; Væksthus for Ledelse, 2022). Ledelsens rolle og betydning fremgår ikke eksplicit i de fremsøgte undersøgelser, hvor fokus er sundhedspersonalets perspektiv på sammenhæng, og udfoldes derfor ikke yderligere i denne rapport. Det er dog oplagt, at ledelsen har indflydelse på og derfor betydning for flere af de forhold, som beskrives nedenfor, og for sammenhæng skabt af horisontale og vertikale strukturer.

Der er ikke skelnet mellem forskellige faggruppers oplevelser, men på forhold, som gør sig gældende på tværs af faggrupper.

## 1.2 Læsevejledning

I det følgende sammenfattes primære indsigter fra eksisterende litteratur med fokus på sammenhængsudfordringer og -løsninger med udgangspunkt i de to delformål.

I kapitel 2 gives et overblik over de forhold, som udfordrer sundhedspersonales arbejde med at skabe sammenhæng i og samarbejde om patientforløb, der rækker over flere aktører, enheder og/eller sektorer.

I kapitel 3 gives et overblik over sundhedspersonales erfaringer med forskellige tiltag, der har haft til formål at udvikle og forbedre patientforløb, der forløber over forskellige sektorer, organisatoriske enheder eller professioner. I dette afsnit tages udgangspunkt i konkrete eksempler på indsatser inden for udvalgte kategorier.

I kapitel 4 afsluttes rapporten med en oversigt over nogle af de forhold, der udpeges som potentielt understøttende for sundhedspersonalets arbejde med at skabe sammenhængende patientforløb.

Denne rapport er baseret på en gennemgang af litteratur, der omhandler sundhedspersonales erfaringer med at sikre sammenhæng i patientforløb både inden for afgrænsede organisatoriske enheder og på tværs af organisationer og sektorer. Der er ikke tale om et systematisk review baseret på internationale database-afsøgninger, men en sammenfatning af hovedpointer fra dansk litteratur. Litteraturgennemgangen tager udgangspunkt i VIVEs egne publikationer af relevans for formålet, og herefter er der inddraget yderligere litteratur via sneboldssøgning og via søgning på forskere og forskningsmiljøer, der har arbejdet med samarbejde og sammenhæng. Der er ikke sat årstidsbegrænsning på den anvendte litteratur.

Der findes relativt meget litteratur, som belyser og problematiserer sammenhæng i patientforløb set fra patienters perspektiv (se fx Johansen & Martin, 2021; Martin, 2010; Topholm & Martin, 2021). Fagpersoners opfattelse af, hvad der udfordrer sammenhængende patientforløb, er ofte ikke den primære genstand for undersøgelser, men fremgår mere indirekte, fx i evalueringer af indsatser indført med henblik på at fremme samarbejde på tværs af sektorer. Her bliver det tydeligt, hvad der (stadig) er svært i forhold til at sikre gode overgange og samarbejde mellem de mange aktører, der kan være involveret i patientforløb. Det er således primært denne type litteratur, som ligger til grund for de fremhævede pointer i kapitel 2.

I kapitel 3 er der taget udgangspunkt i litteratur med fokus på afprøvning af konkrete tiltag som har haft fokus på at skabe større sammenhæng i patientforløb, herunder implementering og afprøvning af tiltag med fokus på aftaler om samarbejde (fx forløbsprogrammer), koordinering af overgange (fx udskrivningsforløb), organisationsændringer og afprøvning af nye rammer for styring.

## 2 Hvad opleves som barrierer for sammenhæng?

I dette afsnit gives et overblik over de væsentligste forhold, som i litteraturen fremhæves som udfordrende for sundhedspersonales bestræbelser på at skabe sammenhæng i patientforløb, der rækker over flere aktører, enheder og/eller sektorer. Her peger litteraturen på en række faktorer, som afstedkommer et behov for og udfordrer bestræbelserne på at opnå sammenhæng (se fx Buch et al., 2018; Højgaard et al., 2018; Jacobsen & Jakobsen, 2014; Meier et al., 2016):

- *Organisering*, der ikke understøtter koordination og kommunikation mellem flere involverede parter
- *Styring og incitament*, herunder forskellige rammer for faglig, juridisk og økonomisk styring blandt de involverede aktører, og incitament, der understøtter opnåelse af målsætninger inden for egen organisatoriske ramme
- *Uklare aftaler om arbejdsgange og opgavefordeling*, herunder også uoverensstemmelse mellem aktørers individuelle mål og mellem aktørers individuelle mål og det samlede mål
- *Lokale rammer og betingelser for samarbejde og koordinering*, herunder ressourcer blandt de involverede aktører, som kan modsvare den indsats, det kræver at opnå det fælles mål.

Disse faktorer udfoldes i det følgende.

### 2.1 Organisering som ramme for koordination og kommunikation

Der er bred enighed i litteraturen om, at **den specialiserede organisering** af sundhedsvæsenet udfordrer både sundhedspersonale og ledelsen i bestræbelserne på at skabe sammenhængende patientforløb (se fx Madsen et al., 2023). Derudover kræver det stigende antal kronisk syge og multisyge patienter involvering fra sundhedspersonale på tværs af sektorer, hvis indbyrdes ansvars- og opgavedeling kan skifte i takt med sygdomsudvikling (Buch & Johansen, 2022). Konsekvensen er, at mange patientforløb strækker sig over flere organisatoriske enheder og sektorgrænser, som kræver koordinering og samarbejde. Komplexiteten i samarbejdsrelationer på

tværs af patientforløbenes enkeltdele handler imidlertid ikke kun om antallet af involverede aktører. Fokus på accelererede og effektive forløb, eksempelvis i form tidlig udskrivning af patienter fra hospital, stiller desuden krav til koordinering og kommunikation mellem de involverede parter, som skal være præcis og falde på det rigtige tidspunkt inden for en ret snæver tidsramme (Madsen et al., 2023; Meier, 2015; Scheller, 2022).

## 2.2 Styring og incitament

For sundhedspersonale kommer den specialiserede organisering ikke bare til udtryk i form af mange samarbejdsrelationer, men også i en kompliceret samarbejdsstruktur bestående af potentielt mange parter med særskilte ressourcer og forskellige faglige og økonomiske incitamentsstrukturer (Buch et al., 2018; Buch & Petersen, 2017; Holm-Petersen & Buch, 2014; Wentzer et al., 2023). Nogle undersøgelser peger eksempelvis på, at andre dagsordner og udviklingsområder end 'sammenhæng' vurderes vigtigere og tager sundhedspersonalets tid (fx Buch & Petersen, 2017; Madsen, 2019). Andre undersøgelser peger på, at der opstår uenighed og/eller uklarhed om, hvordan den økonomiske byrde til opgaver, der ligger i grænsefladen mellem to parter, skal fordeles (fx Wentzer et al., 2023). Desuden har undersøgelser peget på betydningen af de styringsmål, hver enkelt enhed bliver vurderet på, eksempelvis en hospitalsafdelings aktivitet og genindlæggelsesfrekvens, og som i højere grad bidrager til et fokus på intern optimering frem for optimering af de processer, som går på tværs af afdelinger (Madsen et al., 2020; Waldorff & Madsen, 2023).

## 2.3 Uklare aftaler om opgave- og ansvarsfordeling

Relateret til ovenstående fremstår uklare **aftaler om arbejdsgange og opgavefordeling** – fx hvem der har ansvar for bestemte opgaver, hvornår og hvordan, ansvar for patienter overdrages, samt hvordan og hvad der kommunikeres – som en barriere for at skabe effektive patientforløb og også for at skabe patientforløb af god kvalitet (Buch, Thygesen, et al., 2015; Buch & Jakobsen, 2016; Buch & Johansen, 2022; Vinge, 2018). Det går desuden igen, at det i tilfælde af mange samarbejdspartnere kan være en udfordring for sundhedspersonalet at skabe overblik over handlemuligheder, sagsgange og kontaktpersoner blandt disse samarbejdspartnere. Det fremhæves bl.a. af sundhedspersonale på sygehusafdelinger med snitflader til flere kommuner, som er organiseret forskelligt (se fx Madsen & Strandby, 2018), men også af sundhedspersonale, som skal samarbejde internt i egen organisation,

men med flere forskellige teams eller enheder (Vinge, 2018). Der ses også eksempler på, at **uensartede standarder for behandlingsniveau**, fx forskellige forståelser på tværs af sundhedspersonale i forskellige sektorer af, hvornår en patient/borger er behandlingskrævende, kan føre til usammenhængende forløb (Buch, Holm-Petersen, et al., 2016; Madsen et al., 2023).

## 2.4 Lokale rammer for og prioritering af sammenhæng

Koordinering som forudsætning for at skabe sammenhængende patientforløb kan anskues som en praksis rammesat af formelle strukturer, fx faste møder til informationsdeling, håndtering af uklarheder m.m. og en praksis, der foregår ad hoc (Hauge et al., 2022; Madsen, 2015; Scheller, 2022). I forhold til formaliserede strukturer for koordinering og samarbejde så viser undersøgelser, at **manglende prioritering af og ressourcer til koordinerings- og samarbejdsopgaver** udfordrer arbejdet med at sikre gode overgange mellem involverede aktører. Eksempelvis viser undersøgelser, at begrænsede ressourcer (tid, personale etc.) til samarbejde på tværs af sektorer, organisatoriske enheder og fagligheder kan føre til at sundhedspersonale prioriterer de opgaver, der ligger inden for deres eget ekspertområde og egen organisatoriske enhed (Buch & Jakobsen, 2016; Madsen et al., 2023). Heri kan både ligge en løbende, daglig prioritering af de mange opgaver, som sundhedspersonale forventes at løse (Buch & Jakobsen, 2016) og fornævnte uklarhed om, hvem der har et ansvar for opgaver i overgangene, der gør sig gældende. I forhold til ad hoc koordinering fremhæves fraværet af **velfungerende rammer for kommunikation** som barriere for sundhedspersonalets mulighed for koordinering og derved sammenhæng i patienters forløb. Det ses eksempelvis, hvordan kommunikationsteknologier, der ikke er implementeret ordentligt, ikke bruges som aftalt, eller ikke passer med den måde, arbejdet udføres på, bliver en barriere, fx for rettidig kommunikation (Buch & Jakobsen, 2016; Hald et al., 2024; Madsen et al., 2016). Andre undersøgelser peger på manglen på fælles fysiske mødesteder som en forhindring for løbende kommunikation omkring planlægning og prioritering af fælles opgaver (Buch & Topholm, 2023).

Afslutningsvis er manglen på **rette kompetencer** blandt de forhold, som kan udgøre en barriere for sundhedspersonalets muligheder for at skabe sammenhængende forløb. Det fremhæves således i flere undersøgelser, hvordan **den kliniske kernekompetence** spiller en central rolle i forhold til at skabe sammenhæng i patientforløb, idet patienter eksempelvis risikerer at blive sendt ad unødvendige omveje, og at henvisninger m.m. enten forsinkes eller bliver mangelfulde, når de, der laver de faglige vurderinger, ikke har de rette kompetencer (Duvald, 2019; Johansen & Martin, 2021; Madsen et al., 2020; Madsen & Strandby, 2018).



# 3 Sundhedspersonales erfaringer med konkrete tiltag

Sammenhæng i et organisatorisk perspektiv beskrives i nogle publikationer som en bevægelse over et kontinuum, der beskriver graden af økonomisk og organisatorisk integration fra sammenkædning (linkage) over koordination til fuld integration (Buch et al., 2018; Nørgaard & Vestergaard, 2014).

- *Sammenkædning* er den løbende, rutinemæssige og sekventielle interaktion mellem sundhedspersonale på tværs af organisatoriske skel og sektorskel, og som har bund i specifikke aftaler om fx kommunikation, henvisningspraksis og arbejdsdeling. Der er ingen økonomisk eller organisatorisk integration.
- *Koordination* handler om et mere styret fokus på patienters overgange mellem organisatoriske enheder i forhold til udvalgte dele af en behandling, fx forløbskoordination. Her er tale om mere bindende og formaliserede aftaler end det er tilfældet ved sammenkædning.
- *Fuld integration* handler om organisatorisk sammenlægninger, etablering af multidisciplinære teams og delte økonomiske ressourcer omkring patientgrupper med særlige behov.

I det følgende tages der udgangspunkt i dette kontinuum som ramme om gennemgangen af sundhedspersonalets erfaringer med konkrete tiltag, der har haft til formål at skabe mere sammenhængende forløb. Til sidst i kapitlet vil styringsrammers betydning for sammenhæng desuden blive berørt, om end det kun omtales i begrænset omfang i den fremsøgte litteratur.

## 3.1 Aftaler om samarbejde (*sammenkædning*)

Samarbejdet mellem forskellige parter involveret i patientforløb fungerer i mange tilfælde med udgangspunkt i den mere sekventielle organisering af et patientforløb, som kædes sammen af løbende kommunikation, henvisninger etc. (Buch et al., 2018). Det er påvist i mange studier, hvordan fagprofessionelle både anser det for vigtigt og også bruger en anselig mængde ressourcer i deres daglige arbejde på at sikre sammenhæng i patienters forløb i form af både formaliseret og ad hoc-koordinering og kommunikation (Duvald, 2019; Hald et al., 2024; Madsen et al., 2023; Scheller, 2022). Dette arbejde er imidlertid ofte mere usynligt – også i incitamentsstrukturer – end det kliniske arbejde, der søges at skabe sammenhæng imellem, og som beskrevet ovenfor

også risikerer at træde i baggrunden, når tids- og ressourcepres bliver for store (se fx Duvald, 2019).

Litteraturen om tiltag, som har haft til formål at påvirke denne mere dagligdags/rutineprægede form for sammenhæng, der fungerer inden for eksisterende organisatoriske rammer, kan groft opdeles i to grupper. Den ene gruppe handler om betydningen af faste mødestrukturer, hvor der kan deles aktuel viden om fx specifikke patienter, belægningsgrad, fælles udfordringer og opgaver m.m. Disse finder typisk sted i en afgrænset organisatorisk sammenhæng og med samarbejde omkring en afgrænset del af et patientforløb (fx internt samarbejde mellem hospitalsafdelinger) og med mulighed for at mødes fysisk. Flere undersøgelser peger på, at sundhedspersonale anser denne type møder på tværs af specialer eller fagprofessioner som et bidrag til bedre kommunikation, lettere henvisningsprocesser og øget gensidig forståelse (Madsen, 2019; Prætorius & Hasle, 2019). Undersøgelser viser dog også, at sundhedspersonalets opbakning til denne type møder er afhængig af, om de opfatter dem som relevante, herunder at både de og patienterne får gavn af informationsdeling og de beslutninger, der træffes på møderne (Buch et al., 2021; Madsen, 2019).

Den anden gruppe af litteratur omhandler forskellige former for forløbsprogrammer, der rammesætter opgavefordeling og koordination omkring overgange mellem sektorer. Resultaterne herfra er blandede. Fra nogle forløbsprogrammer rapporteres om større kendskab til arbejdsvilkår og tilbud på tværs af sektorgrænser og oplevelse af klarere opgave- og ansvarsfordeling (Buch et al., 2013, 2018; Buch & Johansen, 2022). Fra andre rapporteres om uændrede samarbejdsrelationer, som bl.a. tilskrives nogle hospitalers manglende kendskab til henvisningsmuligheder i kommuner, hospitalspersonales tillid til kvaliteten i kommunernes opgaveløsning, og at der har været lagt flere kræfter i at etablere egne tilbud end i at styrke samarbejdet på tværs af fx hospitaler og kommuner (Buch et al., 2017; Buch, Holm-Petersen, et al., 2016; Buch, Petersen, et al., 2015).

## 3.2 Fokus på overgange (*koordination*)

Der findes i litteraturen en del eksempler på tiltag, der har haft fokus på at skabe bedre udskrivningsforløb i et samarbejde mellem hospital, kommune og almen praksis. Herunder hører etableringen af **funktioner med særligt koordineringsansvar** for patientforløb. Disse funktioner, herunder fremskudt visitation, følge-hjemordninger m.m. er typisk etableret i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse af ældre og sårbare patienter, og bliver i flere undersøgelser fremhævet som bidrag til mere sammenhængende forløb og et styrket samarbejde mellem fx hospital og kommune

(Buch et al., 2019; Buch, Jakobsen, et al., 2016; Madsen et al., 2016). Derudover er plejehjems-læger et eksempel på funktion, som allerede i en tidlig fase har vist sig at bidrage til bedre samarbejde mellem plejehjems-personale og almen praksis (Weatherall et al., 2012). Selvom disse typer tiltag kan kritiseres for kun at lappe på en grundlæggende struktur, som udfordrer ønsket om sammenhængende patientforløb, så fremhæver involveret sundhedspersonale alligevel, at de bidrager til løbende kommunikation mellem personale i hospital og kommuner og større gensidigt kendskab til arbejdsforhold og muligheder på tværs af de to sektorer (se fx Buch, Jakobsen, et al., 2016). Selvom det ikke i alle tilfælde kan påvises, at det påvirker mere hårde endemål, fx genindlæggelser (Buch et al., 2019; Buch, Jakobsen, et al., 2016), så oplever sundhedspersonale generelt, at det giver bedre forudsætninger for at skabe mere sammenhængende forløb og mere trygge forløb for patienterne. Det fremgår dog også, at det kræver et eksplicit fokus på kommunikation og på aftaler om opgave- og ansvarsfordeling mellem dem, der varetager de fremskudte funktioner, og det øvrige personale i både kommuner og på hospitaler (Buch et al., 2017; Madsen et al., 2016).

Et andet eksempel på et forsøg med at skabe en mere koordineret indsats i overgangen fra hospitalsindlæggelse til eget hjem eller til kommunale plejetilbud er et **forsøg med tværsektorielle videomøder** afprøvet i Region Sjælland. Her var fokus på vidensdeling og kommunikation mellem sundhedspersoner fra forskellige sektorer i relation til udskrivelse af såkaldt skrøbelige ældre patienter, dvs. patienter med flere samtidige sygdomme og behov for vedvarende hjælp fra både almen praksis, kommune og hospital (Wentzer & Høgsgaard, 2023). Videomøderne foregik, mens patienten var indlagt og inddrog hospitalsansat læge, sygeplejersker og terapeut, patientens praktiserende læge og en kommunal visitator på et fælles videolink. En undersøgelse af dette konkrete forsøg viser, at der blandt alle parter er en oplevelse af, at videomøderne gav bedre muligheder for koordinering, fordi man kunne stille spørgsmål til de andre parter, og ikke mindst få svar med det samme, samtidig med at man fik blik for de andre parter handlemuligheder, hvilket bidrog til gensidig forventningsafstemning og klarere mål for den enkelte patient. Videomøderne krævede dog eksplicit prioritering af ressourcer, idet op til seks personer skal mødes, samt der derudover skal udpeges en mødeleder, som står for planlægning forud for møderne, som kan stå for det praktiske omkring opsætning af videoudstyr m.m., og som kan lede møderne og sikre, at alle perspektiver kommer frem (Wentzer & Høgsgaard, 2023). I andre undersøgelser beskrives forsøg med lignende videomøder ikke på samme måde som et bidrag til bedre kommunikation og mere koordination (Madsen, 2019). Dette tilskrives primært, at den patientgruppe, der var omdrejningspunkt for videomøderne, var for bred, og at der i mange tilfælde ikke kom oplysninger frem, som parterne ikke kunne have fået på andre måder. I de tilfælde var sundhedspersonalets vurdering (dvs. hospitalsansat personale og praktiserende læger), at de ressourcer, som de lagde i møderne, ikke stod mål med udbyttet – hverken for dem eller patienterne. Derudover blev videomøderne først en realitet, efter at der blev etableret arbejdsgange for at identificere patienter, som kunne have gavn at være genstand for et videomøde, og

forhandlet aftaler imellem hospital, almen praksis og kommuner om, hvornår og hvordan møderne blev afholdt (Madsen, 2019).

### 3.3 Nye organisatoriske enheder (*fuld integration*)

Der findes relativt lidt litteratur med fokus på samarbejde inden for kategorien *fuld integration*. Et eksempel er dog **tværfagligt organiserede enheder** rettet mod patienter med lidelser, der involverer forskellige specialer. I en undersøgelse af sammenhængende forløb for gigtpatienter fremhæves fx Det Nationale Center for Autoimmune Sygdomme (NCAS) (Madsen et al., 2023). NCAS' formål er at forbedre ambulans behandling for patienter med mindst to autoimmune sygdomme<sup>1</sup>, og som har forløb i forskellige specialer. I centret er tilknyttet speciallæger inden for specialerne reumatologi, dermatologi og gastroenterologi, og der er også tilknyttet en diætist, en psykolog og en socialrådgiver. Der arbejdes derfor tværdisciplinært omkring den enkelte patient, og det tilknyttede sundhedspersonale fremhæver en værdi i denne samarbejdsmodel i form af bedre intern kommunikation og koordinering af behandlingsvalg, og at antallet af kontaktpunkter reduceres for den enkelte patient (Madsen et al., 2023). Der er i dette eksempel tale om tilbud til en velafgrænset patientgruppe med behov for en relativt ensartet kombination af specialistkompetencer, en enhed, som ikke overskrider sektorgrænser, og en enhed, der er relativt lille og med sundhedspersonale, der deler faglig interesse og lyst til at arbejde tværdisciplinært. Sundhedspersonalet i NCAS fremhæver selv disse forhold som betydningsfulde for, at denne konstruktion kan fungere (Madsen et al., 2023).

I andre undersøgelser af forsøg med at nedbryde specialegrænser peges der i højere grad på, at eksisterende strukturer for samarbejde, koordination og kommunikation i større eller mindre grad fastholdes. I nogle af forsøgsprojekterne vedrørende Værdibaseret Styring, hvor der indgik organisationsændringer, var der et relativt stærkt pres fra sundhedspersonalet (særligt lægerne) på at bevare den eksisterende specialeopdeling, fordi den blev anset for at være afgørende for at kunne levere behandling af høj kvalitet. Selvom sundhedspersonalet i udgangspunktet anså sammenhængende forløb for at være en værdi, så vægtede de i praksis faglig kvalitet højere (Madsen et al., 2020; Waldorff & Madsen, 2023). Reorganiseringer alene er således ingen garanti for mere sammenhængende forløb selv inden for relativt afgrænsede dele af et patientforløb.

Psykiatriens Hus i Silkeborg er et eksempel på en enhed, der er etableret på tværs af sektorer og med afsæt i et fælles formål om at modvirke udflytningen af lokale psy-

---

<sup>1</sup> Psoriasis, Hidrosadenitis Suppurativa, Rygsøjlegigt, Psoriasisgigt, Colitis ulcerosa og Morbus Crohn.

kiatriske tilbud (Væksthus for Ledelse, 2014). Der er her tale om et tværgående samarbejde om akutte psykiatriske døgnpladser på tværs af behandlings- og socialpsykiatrien. Psykiatriens Hus er en fysisk samlet enhed, hvor både regionalt og kommunalt ansatte arbejder, og hvor det også er lykket at etablere en fælles tværsektoriel ledelse, der er ansvarlig for drift, fælles udviklingsplaner etc. Over tid er det lykket at skabe en fælles kultur, procedurer og fælles retningslinjer, som ifølge opgørelser har bidraget med færre indlæggelser og genindlæggelser sammenlignet med andre kommuner (Væksthus for Ledelse, 2014).

### 3.4 Styringsrammer

Selvom der eksisterer styringsrammer, der i nogen grad fokuserer på sammenhængende patientforløb (se fx Højgaard et al., 2018), så har der også været kritik af et begrænset fokus på de ydelser, som sikrer effektive og sammenhængende forløb på tværs af sektorer (Madsen, 2019). Værdibaseret Styring (senere: Værdibaseret Sundhed), som blev afprøvet på flere danske hospitaler, havde som et af flere formål at skabe fokus på patienters samlede forløb og på at skabe fælles mål for patienters forløb på tværs af sektorgrænser (Madsen, 2019). Der var tale om en række lokale forsøg, hvor hospitaler og hospitalsafdelinger skulle eksperimentere med at lave bedre patientforløb til gavn for de enkelte patienter. Et greb var at fjerne aktivitets-honoreringen på de udvalgte enheder og erstatte det med et fast årligt honorar. Dette viste sig imidlertid at være mindre effektivt i relation til det tværsektorielle arbejde, idet samarbejdspartnere uden for 'test-organisationen' arbejdede inden for en uændret økonomisk styringsramme. Desuden var samarbejdspartnerne ikke udpeget som direkte del af afprøvningen, og de var derfor ikke påvirket af samme politiske og ledelsesmæssige pres (Madsen, 2019; Madsen et al., 2020). Internt opstod der dog muligheder for at arbejde på tværs af organisatoriske skel og på at udvikle nye samarbejdsflader og ændrede arbejdsgange med fokus på hele frem for dele af patientforløb. Det er imidlertid ikke helt tydeligt, om dette var et resultat af den ændrede økonomiske styringsramme eller et øget fokus på de udpegede organisatoriske enheder i projektperioden (Madsen, 2019; Madsen et al., 2020).

Styringsrammer kan også være de kvalitetsmål og kvalitetsstandarder, som er gældende for et givent område. På nær kræftpakkerne er det svært at finde reel viden om, hvordan denne type styringstiltag kan præge til mere samarbejde og sammenhæng. Kræftpakkernes fokus fx på ventetid og ret faste krav til udrednings- og behandlingsforløbene på tværs af de involverede aktører udpeges som en af nøglerne bag succes'en med at sikre effektive forløb helt fra almen praksis til udredning og behandling. Det var en tydelig og ufravigelig ramme, der gjaldt alle involverede. Dertil kom tilførsel af ressourcer og et stærkt ledelsesfokus samt politisk fokus (Hauge, 2018; Vinge et al., 2012).

## 4 Forhold, som understøtter sammenhæng

Der har fra strukturkommissionens side også været et ønske om at pege på eksisterende rammer og strukturer for sundhedspersonalets arbejde, som bidrager til sammenhæng på en positiv måde. Fokus i litteraturen bag denne rapport er de forhold (som skitseret i kapitel 2), der modarbejder sundhedspersonalets intentioner om at bidrage til sammenhængende patientforløb, og dernæst på sundhedspersonalets erfaring med konkrete tiltag rettet mod samarbejde, koordination, kommunikation etc. (som skitseret i kapitel 3).

På tværs af den fremsøgte litteratur fremgår en række forhold, som udpeges som understøttende for sundhedspersonales arbejde med at skabe sammenhængende forløb. Disse er typisk ikke sundhedspersonalets egne vurderinger, men mere analytiske perspektiver på, hvad der har påvirket et konkret forsøg på at skabe mere sammenhængende patientforløb i enten positiv eller negativ retning. Disse er listet i Boks 4.1.

#### Boks 4.1 Forhold, der kan påvirke forsøget på at skabe mere sammenhængende patientforløb

- Forankring af samarbejde som udviklingsområde på ledelsesniveau/beslutningstagerniveau, idet ledelse/beslutningstagere kan påvirke rammer/vilkår for kommunikation, koordinering etc. (fx Buch et al., 2018; Buch, Jakobsen, et al., 2016; Buch & Petersen, 2017).
- Arbejdet med at skabe sammenhæng skal opleves som relevant for både for patienter og for sundhedspersonalet (fx Buch et al., 2018; Holm-Petersen & Buch, 2014).
- Samarbejdsaftaler (kommunikation, opgave- og ansvarsfordeling) som er tilpasset den organisatoriske, økonomiske og regulatoriske kontekst, som den skal fungere i (fx Buch et al., 2018).
- Fælles mål, gensidigt kendskab til hinandens tilbud og handlemuligheder samt gensidig tillid og respekt mellem involverede parter (fx Buch & Jakobsen, 2016; Buch & Johansen, 2022).
- Eventuelle koordinatorfunktioner, som er givet tydelige rammer for deres arbejde, og der skal generelt dedikeres tid og rum (fx faste fælles møder) til arbejdet (fx Buch & Petersen, 2017).
- Mulighed for kommunikation og vidensdeling mellem de involverede parter, enten via kommunikationsteknologier (fx Buch & Jakobsen, 2016; Buch & Johansen, 2022; Madsen et al., 2016) eller via understøttende mødestrukturer og fysiske rammer (Buch et al., 2018).
- Afklaring af, hvordan økonomiske byrder og gevinster deles (Buch et al., 2018; Madsen & Strandby, 2018; Wentzer et al., 2023).
- Tilstedeværelse og anvendelse af data, som kan bidrage til at udpege områder med særlige sammenhængsudfordringer, patientgruppens behov og relevante indsatser (Buch et al., 2018; Buch & Johansen, 2022).

Det er værd at bemærke at disse faktorer ikke handler om sundhedsvæsenets struktur i form af tegningen af et ny organisationsdiagram, en ny sektorinddeling eller nye styringsmæssige rammer. Der er nærmere tale om anbefalinger rettet mod *koordinering* og *sammenkædning*, dvs. de to mindst omsiggribende modeller for sammenhæng, jf. det sammenhængskontinuum, der er beskrevet i kapitel 3. Dette kan hænge sammen med, at mange af de undersøgelser, der henvises til i det ovenstående, omhandler afgrænsede forsøg med eller implementering af tiltag, som afprøves i de eksisterende rammer og strukturer. Undersøgelseernes formål har ikke været

at afsøge konsekvenserne og udbyttet af at ændre på grundlæggende strukturer og rammer, men at søge efter nye måder at samarbejde, koordinere, kommunikere etc. inden for de eksisterende. Omvendt er det ikke muligt at forestille sig et sundhedsvæsen med så relativt kompliceret organisering, hvor der ikke vil være grænser, som sundhedspersonale skal samarbejde over (Mintzberg, 1980). Flere af de listede anbefalinger er derfor formentlig relevante uanset de grundlæggende strukturer og rammer. Meier et al. fremhæver eksempelvis, at der vil være brug for ledelse for at udfylde nye rammer (Meier et al., 2016), og en lignende pointe fremgår også i en oversigt over modeller for samarbejde, der går på tværs af specialer og sektorer (Buch et al., 2018). Her fremhæves det, at de bedste forandringsprocesser typisk ses, når det har været muligt at tilpasse samarbejdsstrukturer til der, hvor de skal fungere lokalt, hvilket både kræver ledelsesforankring, en opmærksomhed på de muligheder og begrænsninger, der er i forhold til at udvikle et mere sammenhængende forløb og etablering af gode relationer både blandt ledere og medarbejdere som afsæt for at etablere en samarbejdskultur (Buch et al., 2018).





# Dokumentation

# Litteratur

- Buch, M. S., Holm-Petersen, C., & Hansen, E. B. (2013). *Status for Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kronisk obstruktiv (KOL) og type 2-diabetes: Evaluering af programmernes implementering i udførende led*. KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Buch, M. S., Holm-Petersen, C., & Hansen, E. B. (2016). *Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for hjerte-kar-sygdomme*. KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Buch, M. S., Holm-Petersen, C., & Hansen, E. B. (2017). *Evaluering af Region Hovedstadens implementering af forløbsprogram for lænderyglidelser*. KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Buch, M. S., Holm-Petersen, C., Johansen, M. B., & Jensen, M. S. (2021). *Evaluering af Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser: Status for pilotafprøvnings aktiviteter samt fagpersoner og patienters erfaringer og fremadrettede perspektiver*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Buch, M. S., Ibsen, R., & Kjellberg, J. (2019). *Tværgående akutfunktion mellem Esbjerg Kommune og Sydvestjysk Sygehus: Organisering, oplevede resultater, effekter og økonomi*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Buch, M. S., & Jakobsen, M. (2016). *Evaluering af indsats for forløbskoordination - slutstatus for regionale og kommunale aktiviteter og resultater*. KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Buch, M. S., Jakobsen, M., Kolodziejczyk, C., & Ladekjær, E. (2016). *Evaluering af indsats for forløbskoordination - erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner*. KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Buch, M. S., Jensen, M. F., & Brorholt, G. (2018). *Sammenhæng i patientforløb: Hvilke modeller og anbefalinger er der, og hvordan kan de bruges i praksis?* VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Buch, M. S., & Johansen, M. B. (2022). *Udvikling af samarbejdsmodeller på tværs af sektorer for mennesker med type 2-diabetes: Vidensopsamling fra tre udviklingsprojekter*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

- Buch, M. S., & Petersen, A. (2017). *Model for koordinerende indsatsplaner og tilhørende koordinatorfunktioner*. KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Buch, M. S., Petersen, A., Bolvig, I., & Kjellberg, J. (2015). *Integrated Care-modellen - indsatsen målrettet ældre medicinske patienter: Et samarbejde mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og Praktiserende Lægers Organisation*. KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Buch, M. S., Thygesen, P., & Johansen, K. S. (2015). *Tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke psykotisk sindslidelse og misbrug*. KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Buch, M. S., & Topholm, E. H.-E. (2023). *Evaluering af pulje til faste, tværfaglige og selvstyrende teams i ældreplejen - midtvejsrapport*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Duvald, I. (2019). Exploring reasons for the weekend effect in a hospital emergency department: An information processing perspective. *Journal of Organization Design*, 8(1), 1–27.
- Grøn, L., Vang, S., & Mertz, M. K. H. (2009). *Den kroniske patient: Nærbilleder af livet med kronisk sygdom*. Dansk Sundhedsinstitut.
- Guthrie, B., Saultz, J. W., Freeman, G. K., & Haggerty, J. L. (2008). Continuity of care matters. *BMJ*, 337(7669), 548–549.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & Mckendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219–1221.
- Hald, A. N., Bech, M., Enemark, U., Shaw, J., & Burau, V. (2024). "Trying to patch a broken system": Exploring institutional work among care professions for inter-professional collaboration. *Journal of Professions and Organization*, 11(1), 1–14.
- Hauge, A. M. (2018). *Kræftudredning uden for kræftpakkerne: Analyse: Hvordan fungerer udredningen i almen praksis og i diagnostisk pakkeforløb?* VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Hauge, A. M., Bjørnholt, B., & Bech, M. (2022). *Lægelig ledelse: Inspirationskatalog: Hvordan hospitalerne kan styrke deres lægelige ledelse med OK21*. 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*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Holm-Petersen, C., & Buch, M. S. (2014). *Litteratur om ledelse af samarbejde på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet*. KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2023). *Kommissorium for Sundhedsstrukturkommissionens*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Jacobsen, C. B., & Jakobsen, M. L. F. (2014). Offentlig styring og koordination. In J. Bolm-Hansen, P. M. Christiansen, T. Pallesen, & S. Serritzlew (Eds.), *Offentlig forvaltning - et politilogisk perspektiv* (pp. 52–77). Hans Reitzels Forlag.
- Johansen, M. B., & Martin, H. M. (2021). *De mange veje til en lungefibrosediagnose: En kvalitativ undersøgelse af udredningsforløb for patienter med autoimmun gigtsygdom, der bliver diagnosticeret med lungefibrose*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Madsen, M. H. (2015). *Emerging and Temporary Connections in Quality Work An Ethnographic Study of Quality Coordinator Work in two Danish Hospital Departments* (PhD Series 39.2015). Copenhagen Business School.
- Madsen, M. H. (2019). *Værdibaseret styring på Bornholms Hospital*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Madsen, M. H., Johansen, M. B., Jensen, D. C., Martin, H. M., Pedersen, L. B., Vixø, K., & Fischer, R. H. (2023). *Udredning og behandling af gig: En undersøgelse af sammenhæng i gigtpatienters udrednings- og behandlingsforløb*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Madsen, M. H., Larsen, A. T., & Kjellberg, J. (2020). *Værdibaseret Sundhed i Rigshospitalets Center for Hjerter-, Kar-, Lunge- og Infektionssygdomme: Evaluering af Region Hovedstadens forsøg med værdibaseret sundhed i en højt specialiseret hospitalsenhed*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Madsen, M. H., & Strandby, M. W. (2018). *Akutmodtagelserne i Danmark: Forudsætninger, udfordringer og fremtidige pejlemærker*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

- Madsen, M. H., Wiuff, M. B., Hansen, E. B., & Kristensen, T. A. (2016). *Følge hjem- og ringe hjem-ordningerne i Region Hovedstaden*. KORA - Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.
- Martin, H. M. (2010). *Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv*. Dansk Sundhedsinstitut.
- Meier, N. (2015). Collaboration in healthcare through boundary work and boundary objects. *Qualitative Sociology Review*, 11(3), 60–82.
- Meier, N., Vestergaard, M. B., & Østergaard, S. (2016). *Ledelse på tværs: Kunsten at skabe sammenhængende patientforløb*. Region Midtjylland.
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A synthesis of the research on organization design. *Management Science*, 26(3), 332–341.
- Nørgaard, B., & Vestergaard, S. (2014). *Integrated Care: Litteraturgennemgang: Arbejdsrapport*. Syddansk Universitet.
- Prætorius, T., & Hasle, P. (2019). Frontline meetings as support for cross-boundary coordination in hospitals. *Journal of Health Organization and Management*, 33(7–8), 884–901.
- Scheller, V. K. (2022). Temporal patient trajectories: Long stories in short admissions. *Journal of Health Organization and Management*, 36(1), 69–86.
- Topholm, E. H.-E., & Martin, H. M. (2021). *Beretninger om livet med inflammatorisk gigt: En interviewundersøgelse*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Væksthus for Ledelse. (2014). *Ledelse over grænser: Erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet*. Væksthus for Ledelse.
- Væksthus for Ledelse. (2022). *Skab sammenhæng for borgeren: Ny inspiration til tværgående ledelse*. Væksthus for Ledelse.
- Vinge, S. (2018). *Kompleksitet i den kommunale hjemmepleje: Analyse af sygeplejerskernes perspektiv på kompleksitet i sygeplejen*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Vinge, S., Rahbæk, A. E., Albæk, J., & Martedal, A. (2012). *Erfaringer med kræftpakker: Fra intentioner til implementering i praksis*. Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitut for Kommuner og Regioner.

- Waldorff, S. B., & Madsen, M. H. (2023). Translating to Maintain Existing Practices: Micro-tactics in the implementation of a new management concept. *Organization Studies*, 44(3), 427–450.
- Weatherall, C. D., Lauritzen, H. H., Hansen, A. T., & Termansen, T. (2012). *Evaluering af "Fast tilknyttede læger på plejecentre". Et pilotprojekt*. SFI - Det Nationale Forskingscenter For Velfærd.
- Wentzer, H. S., & Høgsgaard, D. M. (2023). *Tværasektorielle videomøder om den ustabile patient: En drejebog til at gennemføre virtuelle fireparts møder om udvidet koordinering, 'V4M', mellem hospitalsindlagte ældre, pårørende, hospital, kommune og egen læge*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Wentzer, H. S., Johansen, M. B., & Ruge, M. (2023). *Erfaringer med fremskudt akutfunktion på kommunale sengepladser i eHospitalet: Et beslutningsstøtteredskab til kommunalt partnerskab med Det Nære Sundhedsvæsen, Region Sjælland*. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

VIVE