

# ORGANISERING OG IMPLEMENTERING AF SUNDHED PÅ TVÆRS



## **SUND BY NETVÆRKET**

Organisering og implementering af sundhed på tværs

Sund By Netværket, 2012

1. udgave, 1. oplag, 2012

ISBN (trykt version): 978-87-92848-02-4

ISBN (elektronisk version): 978-87-92848-03-1

### **Manuskript**

Tine Curtis og Maria Bech, Implement Consulting Group

### **Grafisk tilrettelæggelse**

Karin Friis Hansen, Kontur-design

### **Illustrationer**

Colorbox

### **Trykkeri**

Scanprint

Udgivet af

Sund By Netværket

Tak til Sundhedsstyrelsen for finansiel støtte til projektet.



ORGANISERING OG  
IMPLEMENTERING AF  
SUNDHED PÅ TVÆRS



# Forord

Vil vi flytte mærkbart på danskernes folkesundhedstilstand og for alvor knække kurven i forhold til ulighed i sundhed, så er vi i langt højere grad end nu nødt til at fokusere på forebyggelsesarbejdet. Vi kan vente på nationale udmeldinger i form af lovgivning. Vi kan afvente den igangværende udarbejdelse af basispakke for de kommunale sundheds- og forebyggelsesopgaver. Vi kan henvise til afmagt og systemer. Men vi kan også gribe i egen barm og udnytte de muligheder, vi rent faktisk har for at sætte sundhed og forebyggelse bredt på den kommunale dagsorden.

Det har Sundhedsstyrelsen gjort ved at have fokus på "Sundhed på tværs". Det samme har vi i Sund By Netværket gjort sidste år, og vi vil gøre det igen i år. Sund By Netværkets fokus har fundet sted i temagruppen, hvor nye medlemmer kommer til på hvert møde, og hvor vi indkredser gruppens omdrejningspunkt. Resultatet, du sidder med i hånden, er fra en anden indsats, nemlig projektet "Organisering og implementering af sundhed på tværs", hvor vi blandt andet har undersøgt, hvilken betydning organiseringen af kommunerne har for arbejdet med sundhed på tværs af forvaltninger. Undersøgelsen viser, at

det mange steder rent faktisk er lykkedes at få hul igennem muren og få sat gode tværgående initiativer i gang. Den perfekte kommunale model for sundhed på tværs findes ikke. Derimod er målet med at arbejde med sundhed på tværs let at få øje på: Vi skal højne borgernes livskvalitet. Vi skal have forebyggelsen ud i nærmiljøet – der, hvor borgerne er. Vi skal sikre, at sundhed bliver en del af de eksisterende kerneydelser frem for at blive endnu et projekt, som bliver trukket ned over hovedet på eksempelvis skoleafdelingen. Det kræver, at vi bliver bedre til at snakke det samme sprog. Når sundhedsfolk taler om skolebørns sundhed, taler lærerne måske i højere grad om trivsel og betingelser for indlæring. Og er det ikke ligegyldigt, om byplanlæggerne taler om sundhed, så længe de arbejder på at skabe byer, der er sunde og gode at leve sammen i? Vi arbejder allerede mod det samme mål – nu skal vi bare gøre det sammen.

Det kræver, at vi arbejder målrettet på at få sundhed ind i alle politikker. Det er et mål WHO Healthy Cities Network har opstillet, og som Sund By Netværket – og dets medlemmer - har forpligtet sig til at arbejde for. Der er gode erfa-



ringer fra blandt andet de fem kommuner, der medvirker i denne publikation, men der er givet også god inspiration blandt andre kommuner.

En særlig tak til de fem medvirkende kommuner, hvor flere ansatte tålmodigt har fortalt om deres opfattelse af og erfaringer med arbejdet med sundhed på tværs; tak til Aalborg Kommune,

Ikast-Brande Kommune, Gladsaxe Kommune, Slagelse Kommune og Odense Kommune.

*Peter Holm Vilstrup,  
konstitueret formand for Sund By Netværket & formand for temagruppen om sundhed på tværs  
Januar 2012*



# Indhold

Forord	■ 2
Indledning	■ 6
Sundhed på tværs	■ 6
Organisering og implementering	■ 8
Interviewene i kommunerne	■ 11
Publikationens indhold	■ 14
Gladsaxe Kommune	■ 16
Selvstændig afdeling - tværgående i egen forvaltning	■ 11
Aalborg Kommunes organisering	■ 22
Strategisk tværgående forvaltning med egen politisk ledelse	■ 23
Odense Kommune	■ 30
Matrixorganisation med strategisk sundhedsgruppe	■ 32
Ikast-Brande Kommune	■ 38
Sundhedsstab med særlig fokus på sundhedsfremme	■ 39
Slagelse Kommune	■ 46
En cirkel- og kegleformet organisering	■ 47
Organisering og implementering på tværs	■ 56
Den tværgående sundhedsenhed	■ 56
Fokus på faglighed og udvikling	■ 58
Netværksdannelse og kendskab til hinanden	■ 60
Inddragelse, tillid og ejerskab	■ 61
Fælles mål, der giver mening for alle	■ 62
Organisering som dynamisk værktøj – og hvad så fremadrettet?	■ 62
Oversigt over interviewpersoner i kommunerne	■ 66

# Indledning

Denne publikation handler om organisering og implementering af sundhed på tværs. I publikationen beskrives fem kommuners organisering og deres helt konkrete arbejde for at skabe sundhed på tværs. Med henblik på at skabe grundlag for yderligere debat, diskuteres efterfølgende generelle betragtninger vedrørende betydningen af kommunernes forskellige organisering for deres muligheder for implementering af sundhed på tværs.

Udgangspunktet for arbejdet har været, at alle organiseringer vil have fordele og ulemper i forhold til samarbejdet på tværs; vi ønsker ikke at pege på én type organisering som bedre end andre, men derimod at skabe debat om, hvordan man bedst kan udnytte fordele og håndtere ulemper ved den organisering, man aktuelt har i kommunen. Debatten om organiserings betydning for sundhed på tværs er relevant, også fordi kommunernes organisering ikke er statisk, men tværtimod jævnlige forandres med for eksempel reduktion af forvaltninger, sammenlægning af afdelinger og stabe eller flytning af opgaver mellem enheder.

Publikationen fokuserer på kommunernes arbejde med at skabe sunde rammer for borgerne og

etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud (jf. Sundhedslovens §119 stk. 1 og 2). Publikationen har særligt fokus på samarbejdet internt i kommunen om det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Dette fokus indebærer, at kommunernes sundheds- og omsorgsopgaver relateret til ikke mindst sundhedstjenesten, børnetandplejen, forebyggende hjemmebesøg, hjemmesygeplejen og ældreplejen samt kommunernes samarbejde med det regionale sundhedsvæsen og øvrige eksterne parter hovedsageligt inddrages i publikationen som samarbejdsrelationer for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde.

## Sundhed på tværs

Sundhed må skabes i et tæt samarbejde mellem kommunens forvaltningsområder. Dels fordi borgernes sundhed påvirkes af kommunens ydelser og tilbud på en række områder, det være sig skoletilbud, beskæftigelsesindsatser og fritidsmuligheder. Dels fordi indsatsen i de fleste øvrige forvaltningsområder vil være påvirket af borgernes sundhedstilstand, f.eks. behov for pleje og støtte til ældre og borgere med kronisk sygdom,



lediges arbejdsmarkedsevne og børn og unges indlæringsparathed.

Nærværende arbejde bygger på tidligere publikationer på området. Potentialerne ved og baggrunden for, at det er nødvendigt at arbejde med sundhed på tværs, belyses ikke mindst i Sundhedsstyrelsens publikation Sundhed på tværs fra 2010. Publikationen beskriver de kommunale forvaltningsområders interesser i forhold til sundhed og de rammesættende love for arbejdet, samt en række styringsmæssige udfordringer, herunder sikring af sammenhæng mellem po-

litikker, strategier og handlinger. I en nylig publikation fra Sundhedsstyrelsen og Københavns Universitet, 'Ulighed i sundhed – årsager og indsatser' fra 2011, påvises i et livsforløb indsatser, der kan reducere ulighed i sundhed såvel som påvirke befolkningens sundhed og sygelighed i det hele taget. Blandt sådanne indsatser peges for små og mindre børn på betydningen af den tidlige indsats blandt jordemødre og sundhedsplejersker, men også på eksempelvis minimering af børnefattigdom og en særlig indsats for at lære alle børn at læse. For de unge vises ikke mindst

betydningen af ungdomsuddannelse og en lav ungdomsarbejdsløshed, mens der for voksne peges blandt andet på betydningen af inddragelse af arbejdspladser og jobcentre i behandlingen af personer med psykiske problemer. En stor del af disse indsatser ligger uden for det, vi traditionelt betragter som sundhedsområdet. Der er altså tale om indsatser, der skal gennemføres i et forvaltningsområde, der ikke selv kan høste gevinsten af indsatsen, og som først vil kunne ses efter en årrække i form af eksempelvis sparede kommunale udgifter til sygedagpenge, førtidspension eller omfattende pleje eller som sparede omkostninger på samfundsmæssigt niveau i form af produktionstab og udgifter til behandling af sygdom.

Betydningen af kommunernes organisering for indsatserne på sundhedsområdet er tidligere belyst i et casestudie af AKF's Anvendt KommunalForskning (Organisering af forebyggelse og sundhedsfremme – Erfaringer fra kommunernes første år. AKF, 2008). AKFs studie konkluderede, at der ikke syntes at være én organisationsform, der kunne overvinde alle barrierer og udfordringer, men at det for alle organisationsformer sås, at arbejdet blev lettet, når sundhedsområdet var synligt i organisation og havde en vis mængde ressourcer i form af midler, medarbejdere samt ledelse. KL har ligeledes i et notat fra 2010, der bygger på erfaringer fra workshops med 21 kommuner, konkluderet, at der ikke er én organisationsmodel, som er ubetinget bedre end andre, og af faktorer af betydning for samarbejdet på tværs fremhæves især synlighed af området,

tværgående ejerskab til sundhedspolitikken og netværksdannelse på tværs. Der er endvidere indsamlet erfaringer med det tværgående samarbejde i kommunerne i evalueringer af projekter med midler fra centrale puljer (f.eks. Kommunernes deltagelse i KRAM-undersøgelsen, Sundhedsstyrelsens kommunale tobaksforebyggelsespulje og Sundhedsministeriets pulje til forsøg med sundhedscentre). Evalueringerne viser, at det tager tid at lære at arbejde sammen i tværfaglige grupper, at det hjælper at kende arbejds gange og kultur i de øvrige forvaltninger, og at det er nødvendigt med en ramme for samarbejdet - både organisatorisk og opgavemæssigt.

### Organisering og implementering

Viden om, hvordan man mest hensigtsmæssigt organiserer og implementerer sundhed på tværs af kommunen, udgør en væsentlig baggrund for, om man har succes med sine initiativer og skabe mere sundhed hos borgerne. Viden om den bedst mulige organisering og implementering af indsatser indgår i Sundhedsstyrelsens evidensbegreb sammen med evidens om årsager til og udbredelse af sygdom samt evidens om effekter af forebyggelsesindsatser.

Forudsætningen for, at kommunerne effektivt kan skabe sunde rammer for borgerne og etablere sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, er således, at sundhedshensyn integreres i driften og etableres på tværs af kommunale forvaltningsområder og i samarbejde med aktører i det omgivende samfund. Kommunerne er organiseret forskelligt, og opgaverne på sundhedsområ-

det er ofte administrativt placeret forskelligt også i kommuner med sammenlignelig organisering. Uagtet forskellige organiseringer udfordres sundhedsarbejdet af behovet for, at der skabes fælles løsninger i samarbejde mellem flere forvaltningsområder, og at arbejdet forankres organisatorisk for at sikre, at nye løsninger føres ud i livet som tiltænkt. Det gælder ikke mindst, når arbejdet skal udføres af frontmedarbejdere i forvaltningsområder, der ikke har sundhed som det primære mål for indsatsen. Implementering af sunde rammer og tilbud handler således om planlægning, forankring og gennemførelse af initiativer på tværs af kommunale forvaltningsområder.

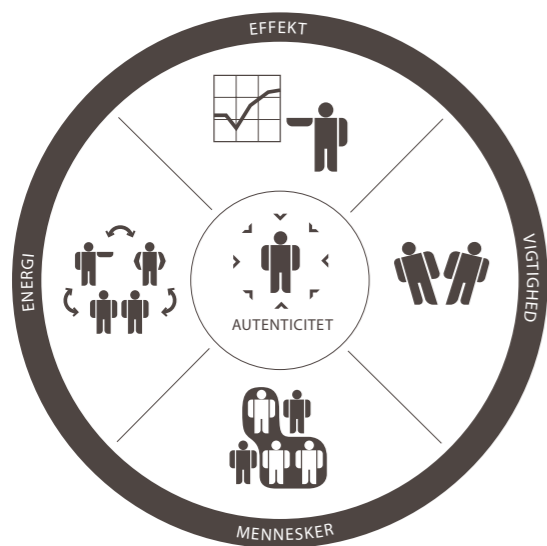
Mange har oplevet, at implementering ikke blot tager lang tid, men også ofte ikke forløber som forventet, og at der derfor ikke har været den ønskede effekt af det nye, man har forsøgt at indføre. Der er blevet vedtaget politikker og strategier, som på papiret har set gode ud, men som ikke eller kun nødtørftigt er ført ud i livet. Der er blevet forsøgt gennemført nye tilbud, som har været planlagt efter alle kunstens regler og måske endog har haft dokumenteret god effekt andre steder, men som man alligevel ikke har kunnet få til at fungere i egen kommune. Og der er blevet udmeldt nye regler og måder at møde borgerne på i f.eks. jobcenteret eller hjemmeplejen, som - formentlig fordi de ikke har givet mening for medarbejderne - aldrig har fået indflydelse på, hvordan tingene faktisk gøres i praksis.

Implementering på tværs kan handle om såvel implementering af politikker og strategier som implementering af nye tilbud eller projek-



ter. Der kan også være tale om implementering af nye regler eller handlemåder, der er defineret centralt – i kommunen eller nationalt – og som skal udmøntes i driften af frontpersonale i en eller flere specifikke forvaltninger. Implementering handler således om alt det, der gøres for at gennemføre noget nyt i praksis – for at forandre praksis.

Implement har på baggrund af erfaringer igennem 15 år med at udvikle og gennemføre



forandringer i danske offentlige og private organisationer udviklet fem principper for implementering (Change & Effect, Implement 2009). Principperne skaber fokus på nødvendigheden af, at dem, der udvikler det nye, har forståelse for den praksis, forandringen skal gennemføres i, og at dem, der har ansvar for gennemførelsen af forandringen, er i stand til at opbygge tillid i relation til andre mennesker (Autenticitet). Det er vigtigt for gennemførelsen af forandringer og for at nå de ønskede mål, at der fra starten sættes ikke blot indsatsrelaterede effektmål, men at der også tænkes og italesættes menneskelige mål for forandringen (Effekt). Desuden fokuseres på inddragelse af alle relevante aktører (Mennesker) og på gennem dialog at arbejde for, at alle aktører oplever indsatsen som meningsfuld og væsentlig (Vigtighed). Endelig skaber principperne opmærk-

somhed mod, hvordan forandringerne kan gennemføres på en måde og i et tempo (Energi), så både dem, der umiddelbart ser fordele ved ændringerne, og dem, der i første omgang mest ser besvær og ekstraarbejde, vil påtage sig opgaven og gennemføre de planlagte forandringer. Vellykket implementering handler således i lige så høj grad om planlægning af processen som egentlig gennemførelse.

Der er endnu kun få studier fra Danmark, der specifikt belyser processer vedrørende implementering af kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatser. Sundhedsstyrelsen publicerede i 2010 en rapport med gennemgang af den internationale litteratur på området (Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport, Sundhedsstyrelsen 2010), og på baggrund heraf udkom i 2011 et inspirationshæfte med beskrivelse af syv forhold, der bidrager til vellykket implementering (Inspiration til implementering af kommunale sundhedsindsatser, Sundhedsstyrelsen 2011).

De syv forhold er:

- Karakteristika ved selve indsatsen
- Organisatoriske faktorer
- Medarbejdernes rolle
- Ledelsens rolle
- Inddragelse af målgruppen
- Dokumentation og evaluering
- Nøjagtighed eller tilpasning

I relation til organisatoriske faktorer konkluderes i inspirationshæftet, at succesfuld im-

plementering fremmes af, at der er tale om en stor og udviklet organisation med en decentral beslutningskultur og systematisk brug af viden og innovation. I relation til samarbejdet mellem enheder i organisationen fremhæves betydningen af eksistensen af lokale netværk, overblik over de relevante aktører og deres interesser og ressourcer samt af at undgå ensidig afhængighed mellem dem.

Materialet fra Sundhedsstyrelsen viser, at implementeringsprocesser er komplekse, og at der ikke findes nogen formel for, hvordan man håndterer samspillet mellem de betydende faktorer.



Det skyldes naturligvis ikke mindst, at der er forskellige lokale betingelser for implementering i danske kommuner; herunder kommunernes forskellige størrelse og geografi, personalemæssige ressourcer, ledelsesopbakning m.v.

## Interviewene i kommunerne

I nærværende publikation beskrives håndtering af udfordringer i arbejdet for at skabe sundhed på tværs i fem kommuner med forskellig organisering. Beskrivelserne af implementering af sundhedsfremme og forebyggelse på tværs bygger på besøg og interview i kommunerne. Kom-





munerne har meldt sig som interesserede i deltagelse på baggrund af en invitation fra Sund By Netværkets temagruppe Sundhed på tværs og er udvalgt under hensyntagen til et ønske om variation i organisationsmodeller, kommunestørrelse og geografisk placering i landet.

I hver af de fem kommuner har vi interviewet ledere og medarbejdere både fra den enhed, der har særligt ansvar for det tværgående sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde, og fra andre afdelinger og forvaltninger, der bidrager til løsning af kommunens samlede sundhedsopgaver. Endvidere har vi talt med ledere og medarbejdere fra institutioner i kommunen, som har samarbejdet med den tværgående sundhedsenhed i større projekter eller lignende. Bagerst i publikationen er en liste over interviewpersoner i kommunerne.

Fordi kommunerne er forskelligt organiseret, ville det ikke have givet mening at spørge til, hvordan samarbejdet fungerer med eksempelvis 'skoleforvaltningen' eller 'ældreforvaltningen'. I stedet har interviewene med udgangspunkt i den aktuelle kommunes organisering handlet om, hvordan opgavevaretagelsen helt konkret håndteres. Vi har derfor spurgt om, hvordan der arbejdes med den borgerrettede sundhedsfremme og forebyggelse i relation til forskellige grupper af borgere, eksempelvis børn og unge, og hvordan der arbejdes i relation til grupper af borgere med behov for særlige sundhedsydelse, eksempelvis borgere med kronisk sygdom. Som et særligt punkt i alle kommunerne har vi desuden talt om processen for udarbejdelse af kommunens sundhedspolitik og om, hvordan samarbejdet om im-

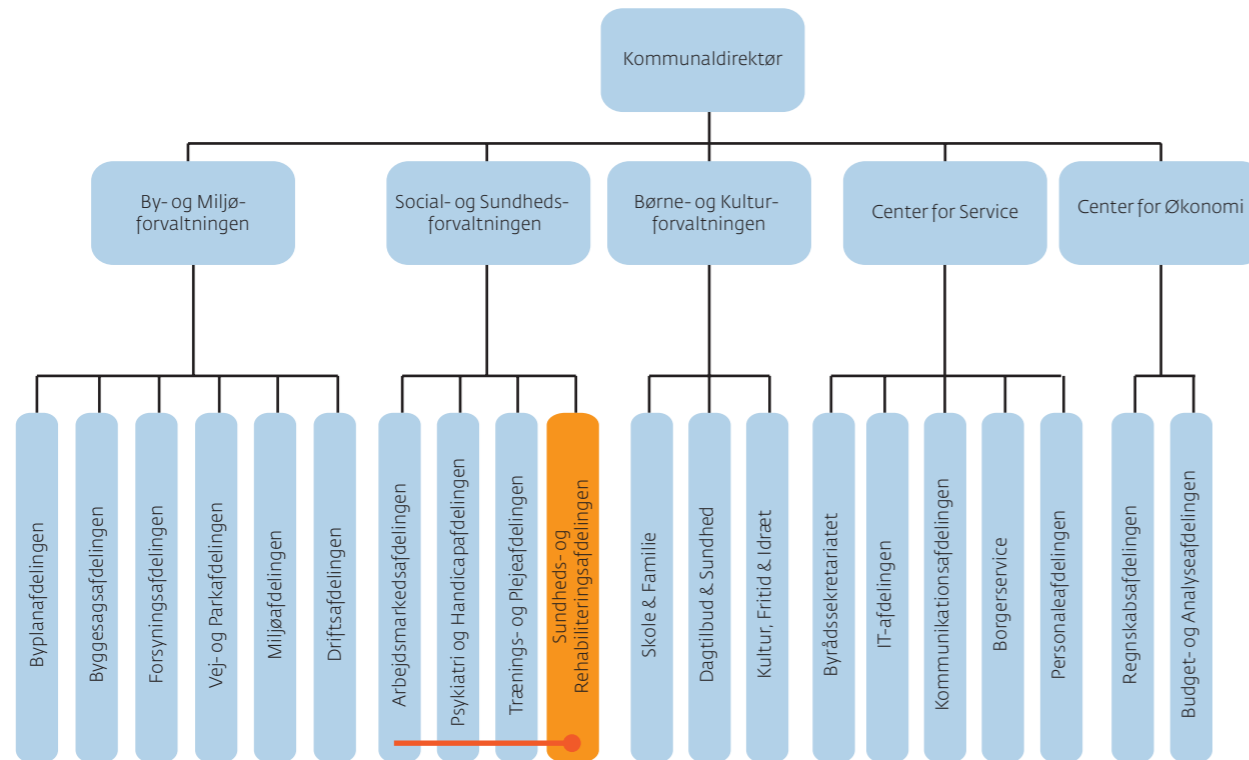
plementeringen af sundhedspolitikken på tværs er organiseret. Endelig har vi i interviewene talt om, hvilken betydning organiseringen har haft for samarbejdet i større tværgående projekter eller indsatser.

## Publikationens indhold

I publikationen fokuseres på beskrivelsen af organiseringen og implementeringen af sundhed på tværs i hver af de fem kommuner. Vi har ikke gengivet alt, der er blevet sagt i de mange interview, men har udvalgt helt konkrete eksempler på opgavevaretagelsen, som vi mener illustrerer betydningen af organiseringen i den pågældende kommune. Sidst i publikationen diskuteres – i forlængelse af tidligere studier på området – væsentlige iagttagelser, der går på tværs af kommunerne. Diskussionerne skal ikke forstås som en fuldstændig opsamling af pointer fra beskrivelserne fra hver af kommunerne.

Alle interviewpersoner har været meget ærlige i deres beskrivelse af erfaringer med samarbejdet om opgaveløsningen og modige i deres beskrivelse af, hvilke fordele og ulemper de ser ved egen organisering. Vi har forsøgt at beskrive både de gode og de mindre gode erfaringer i kommunerne så loyalt som muligt, og kommunerne har accepteret, at der ikke blot er tale om skønninger. Det er vores håb, at ærligheden og modet i de fem kommuner kan give stof til overvejelser om og inspiration til organisering og implementering af sundhed på tværs i andre kommuner rundt om i landet.

# Gladsaxe Kommune



I Gladsaxe Kommune betragtes sundhed som et fælles og tværgående indsatsområde, hvor ansvaret for gennemførelsen af sundhedsrelaterede tiltag og udmøntning af sundhedspolitikken er placeret i de enkelte fagforvaltninger, afhængigt af indholdet i de specifikke tiltag. Forebyggelses-, Sundheds- og Handicapudvalget oversender relevante tværgående sager til de øvrige politiske

fagudvalg og medvirker dermed til at forankre sundhedsarbejdet bredt i kommunens forvaltninger.

Det tværgående sundhedsarbejde er forankret i Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen under Social- og Sundhedsforvaltningen, der desuden omfatter yderligere tre afdelinger – Arbejdsmarkedsafdelingen, Psykiatri- og Handicapafdelingen

samt Trænings- og Plejeafdelingen – og en central stabsfunktion. Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen varetager både drifts- og myndighedsopgaver af linjemæssig karakter og løser samtidig en række særlige tværgående funktioner i forvaltningen.

Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen har overordnet fokus på sundhed og forebyggelse, rehabilitering og tværgående og tværfaglige borgerforløb for voksne. Afdelingen har budgettet for den kommunale medfinansiering og omfatter blandt andet kommunallægerne, tilsynsenhed, hjælpemiddelområdet, koordinering af indsatsen på hjerneskade- og kræftområdet, misbrugsområdet samt Forebyggelsescenteret med motionsvejledning og kostrådgivning, rygestoptilbud og tilbud til voksne borgere med kronisk sygdom. Inden for de sidste knap to år har Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen desuden haft driftsansvaret for flere sociale tilbud som to mødesteder, et forsorgshjem og en enhed, der arbejder med borgere, som har andre problemstillinger end ledighed. Tanken er at integrere social- og sundhedsområdet og sikre en tværgående og rehabiliterende tilgang til borgere med komplekse problemstillinger.

Træning og genoptræning foregår i genoptræningscenteret, der er forankret i Trænings- og Plejeafdelingen. Trænings- og Plejeafdelingen varetager også kerneopgaver i forhold til den ældre medicinske patient, og hjemmesygeplejen ligger under Trænings- og Plejeafdelingen. Sundheds-tjenesten er placeret i Børne- og Kulturforvaltningen, der også står for blandt andet tandplejen

og tilbud til familier med børn og unge samt idræts- og kulturtilbud. Arbejdsmarkedsafdelingen samarbejder med både Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen og Trænings- og Plejeafdelingen om sundhedsopgaver relateret til personer uden beskæftigelse. Økonomi- og Ledelsessekretariatet i Social og Sundhedsforvaltningen har det overordnede ansvar i forhold til arbejdet med sundhedsaftalen.

Kommunen har en tværgående koordinerende sundhedsgruppe, der udgår fra Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen, som har formandskab og sekretariatsfunktion. Under sundhedsgruppen er der p.t. tre arbejdsgrupper, som består af relevante medarbejdere på tværs af afdelinger og forvaltninger. Den koordinerende sundhedsgruppe er ansvarlig for revision af kommunens sundhedspolitik og er derudover efter behov involveret i den overordnede koordination og beslutningstagning på sundhedsområdet på tværs af afdelinger og forvaltninger, mens arbejdsgrupperne er ansvarlige for udformningen af tiltag til sundhedspolitikken handleplan. Til implementering af sundhedspolitikken er der kontinuerligt afsat en pulje på en halv million kroner på budgettet, mens og forslag til projekter og tiltag er arbejdsgruppernes væsentligste opgave, mens den administrative vurdering og indstilling om fordeling af midler foretages i den koordinerende sundhedsgruppe. Den endelige politiske beslutning sker i Forebyggelses-, Sundheds- og Handicapudvalget.



## Selvstændig afdeling - tværgående i egen forvaltning

*”Fordelen ved samarbejde på tværs er, at der ikke er nogen, som kan gøre en ordentlig indsats, hvis de kun tænker på sig selv. Alle er afhængige af, at der er andre faggrupper i spil og dermed andre indfaldsvinkler. Det skaber også udvikling i opgaveløsningen at se tingene fra en anden vinkel.”*

## Forankring og tværgående repræsentation i sundhedsarbejdet

Sundhedsarbejdet i Gladsaxe er i udgangspunktet tænkt som en tværgående opgave, hvilket ikke mindst afspejles i Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingens tværgående funktioner i egen forvaltning samt etableringen af den tværgående koordinerende sundhedsgruppe.

Samtidig er arbejdet dog forankret netop i Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen under

Social- og Sundhedsforvaltningen snarere end i en tværgående stab eller lignende. Den politiske behandling af de tværgående sager vil i forlængelse heraf som oftest blive behandlet af Forebyggelses-, Sundheds- og Handicapudvalget. Dog behandles sager relateret til børns sundhed af Børne- og Ungeundervisningsudvalget.

Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen har som nævnt formandskab og sekretariatsfunktion for den koordinerende sundhedsgruppe, der har ansvar for revision af sundhedspolitikken. Direktørkredsen har siden 2006 haft ansvar for at udpege medlemmer inden for eget forvaltningsområde eller center til at indgå i den koordinerende sundhedsgruppe. I Direktørkredsens beslutningsgrundlag står der blandet andet: *”Det forventes, at afdelingscheferne i den koordinerende sundhedsgruppe efter behov varetager kontakten og koordinationen med de afdelinger i deres respektive fagforvaltninger, der ikke er repræsenteret i den koordinerende sundhedsgruppe.”* Aktuelt er den koordinerende sundhedsgruppe sammensat af afdelingschefer fra de tre øvrige afdelinger i Social- og Sundhedsforvaltningen, en chef fra hver af de øvrige forvaltninger, chefen for Kommunikationsafdelingen og en person fra Personalsekretariatet. Udgangspunktet er således repræsentation på tværs af forvaltninger. Repræsentationen synes dog i praksis ikke at blive oplevet som ligeværdig, fordi der til møderne er fem personer fra Social- og Sundhedsforvaltningen (formand, sekretær og leder fra de tre øvrige afdelinger), mens man fra Børne- og Kulturforvaltningen har valgt kun at have én repræsentant.

Der har i nogen udstrækning været problemer med fremmøde i de underliggende arbejdsgrupper, og dette synes nærmest uundgåeligt at give anledning til en vis usikkerhed fra de øvrige afdelinger og forvaltninger vedrørende, hvorvidt Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen varetager den tværgående opgave med lige stor opmærksomhed mod alles interesser. Deltagelsen i det tværgående arbejde giver også anledning til overvejelser – ikke mindst i Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen – om, hvad der kan gøres for yderligere at sikre forankringen af sundhedspolitikken og dens handleplan på tværs af kommunen.

Det fortælles, at også andre tværgående grupper har udfordringer med deltagelse og fremmøde, og snarere end manglende oplevelse af vigtigheden af arbejdet, synes der således at være tale om generelle problemer der skyldes, at driften i linjen fylder så meget, at det kan være svært at prioritere tid til det tværgående i dagligdagen.

Samtidig forudsætter aktiv deltagelse i det tværgående arbejde, at den viden, man opnår i arbejdet, efterspørges af ledelsen i ens egen linje. I Gladsaxe påpeger man, at en af årsagerne til, at opgaverne relateret til den daglige drift synes at blive prioriteret over det tværgående arbejde, er, at der ikke er tværgående mål. Med de stramme budgetter, der er for forvaltningernes arbejde, vil ledelsen forfølge de opsatte mål, og *’når der ikke er tværgående mål, går man ikke den vej’*. Gladsaxe vil derfor i år for første gang også have tværgående mål.

### *Tværgående udviklingsmedarbejdere og koordinatore*

En af fordelene ved forankringen af det tværgående arbejde i Sundhedsafdelingen er måske netop, at udviklingsmedarbejdere og koordinatore sidder samlet snarere end i hver sin forvaltning med tilhørende driftsområde, hvor de i forlængelse af ovenstående let kunne tænkes at blive så integrerede i den enkelte forvaltning, at de ville få svært ved at tænke og agere tværgående.

De tværgående udviklingsmedarbejdere og koordinatore udgør omtrent halvdelen af medarbejderne i Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingens stab, og gruppen har derfor en størrelse, der muliggør sparring og kompetencedeling. Det tværgående arbejde forudsætter nogle særlige kompetencer i forhold til ikke blot at skabe netværk på tværs af kommunen, men også være i stand til at sikre indflydelse på arbejdet i andre forvaltninger. Det forudsætter, at man *'træder i karakter og er i stand til at sparke døre ind – men på en anerkendende måde'*.

Samlingen af disse kompetencer i Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen udfordres dog af, at medarbejderne på denne måde er placeret relativt lavt i det kommunale hierarki; og det diskuteres, om en placering enten i den centrale stab i Social- og Sundhedsforvaltningen eller i en stab endnu tættere på kommunaldirektøren ville være mere hensigtsmæssig i forhold til at give udviklingsmedarbejdere tilstrækkelig legitimitet til det tværgående arbejde. Som det er nu, har udviklingsmedarbejderne mandat til at lave afta-

ler på tværs af forvaltninger, men de har naturligvis ikke ansvaret for, om opgaverne faktisk bliver løst.

På den anden side menes den samlede organisering af de tværgående udviklingsmedarbejdere frem for en mere central stabsplacering at sikre, at udviklingskraften ikke kommer for langt fra driften og derfor formår at udvikle løsninger, der passer til driften, og at kommunikere udviklede løsninger til medarbejdere i driften. I Gladsaxe nævnes i relation hertil, at der i forbindelse med sundhedsaftalen er behov for fremadrettet at sikre tættere tilknytning af både udviklingsmedarbejdere og medarbejdere knyttet til driften i de afdelinger, der efterfølgende skal implementere aftalen.

### *Det usynlige tværgående arbejde*

Løsningen af kommunens sundhedsopgaver bliver betragtet som en tværgående opgave. Flere interviewpersoner fra Gladsaxe Kommune bemærker, at det er en væsentlig kulturforskel, at Sundhedsafdelingen er fokuseret på at løse opgaver som projekter, mens de øvrige afdelinger er mere fokuseret på drift og mere lovbundne, eksempelvis ældreområdet og måske navnlig beskæftigelsesområdet. Kommunens organisering, hvor Sundhedsafdelingen delvist er tværgående i egen forvaltning, understøttes således af kulturforskelle, hvor udviklingsmedarbejdere i de øvrige forvaltninger og afdelinger anses for først og fremmest at tænke på udvikling i forhold til egne driftsområder og ikke opleves som tværgående i samme grad som konsulenterne i Sundhedsafdelingen.



Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen beskriver dog ikke det tværgående sundhedsarbejde som udelukkende relateret til projektarbejde, men også som et spørgsmål om at plante ny viden, nye metoder og værktøjer i relevante forvaltninger og afdelinger, der så selv skal bære ideerne igennem. Det indebærer, at udviklingskonsulenterne skal have indgående viden om arbejdet og arbejdsgange på de øvrige områder – de

skal vide, hvem der kunne have brug for hvad og hvornår, og hvem de i givet fald skal henvende sig til. Denne type tværgående arbejde er i nogen udstrækning usynlig, og det kan derfor være vanskeligt for de andre områder at se, hvad de får ud af samarbejdet med Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen, og hvilke fordele de kan have af udbygget samarbejde fremover.

Samtidig kan det være udfordrende for konsulenterne i Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen, at deres arbejde med at skubbe til dagsordenen i de øvrige forvaltninger sjældent anerkendes, når der høstes resultater af arbejdet i form af succesrig projektgennemførelse eller vellykkede ændringer af arbejdsgange i driften til gavn for borgerne.

Den manglende synlighed af dele af det tværgående sundhedsarbejde udgør en udfordring for etablering af nye samarbejdsrelationer med de øvrige forvaltninger og afdelinger, idet man i Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen har erfaring for, at konkret samarbejde på tværs oftest initieres af synlige projekter eller tydelig videnoverførsel, eksempelvis i form af kurser, fra sundhedsområdet til et andet område. Erfaringerne viser dog også, at når først samarbejdet er etableret, vil de øvrige områder i stigende omfang selv efterspørge samarbejde på nye områder.

### *Sundhedsarbejdet i øvrige afdelinger og forvaltninger*

Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen og Beskæftigelsesområdet har indledt samarbejde i relation til et konkret projekt, hvor Beskæftigel-

sesområdet betalte Forebyggelsescenteret for et sundhedstilbud for sygedagpengemodtagere. Projektet udsprang af en tidligere ordning med statslig refusion for sundhedstilbud til sygedagpengemodtagere, og selvom den konkrete ordning ikke længere eksisterer, blev der gennem det konkrete projekt åbnet op for samarbejdet mellem de to områder. Begge områder ser en tydelig interesse i samarbejdet; Beskæftigelsesområdet i forhold til at reducere længden af sygedagpengeperioder og Forebyggelsescenteret i forhold til at rekruttere en vigtig målgruppe for arbejdet. Det anerkendes, at der fra begge afdelinger vil være 'egen' økonomi i samarbejdet, og der arbejdes med ideer om placering af medarbejdere fra Beskæftigelsesområdet i Forebyggelsescenteret. Der har været arbejdet meget med kommunikationen mellem områderne, således at der i hvert område er en kontaktperson for samarbejdet, men manglende fælles IT-systemer med persondata anses for en barriere for samarbejdet.

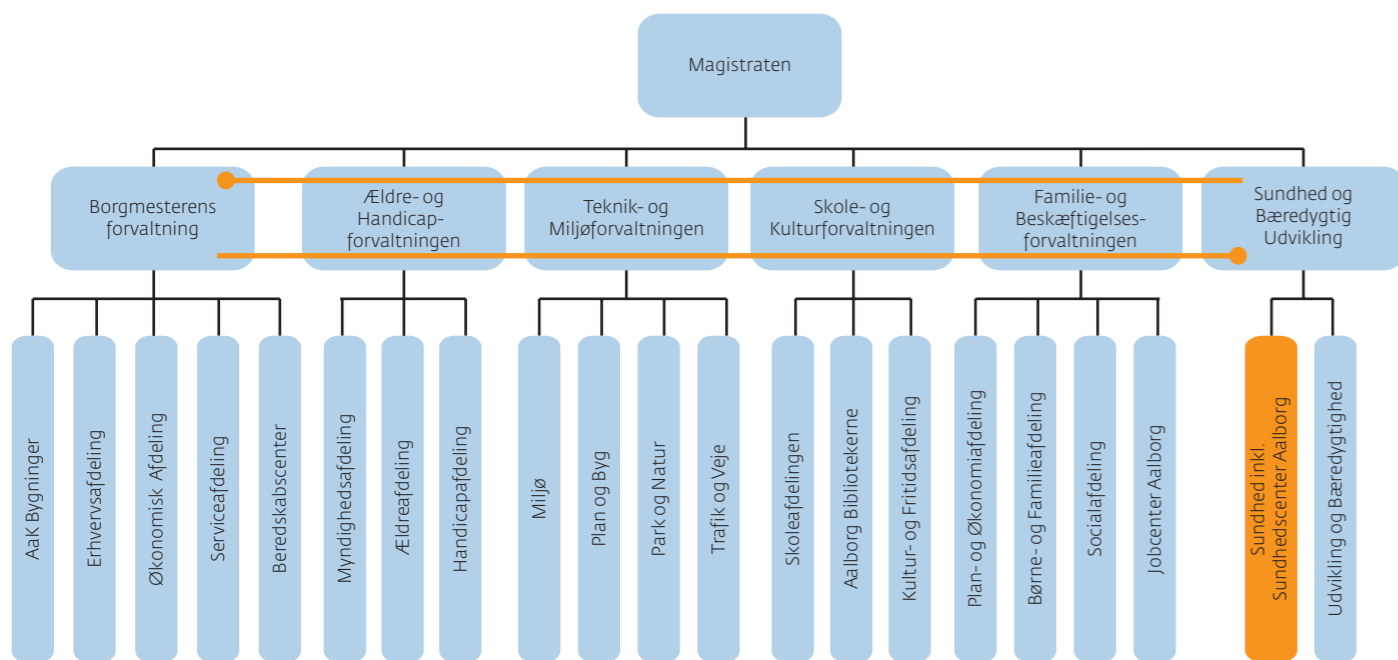
Fælles interesser i forhold til specifikke målgrupper opleves af Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen ligeledes som baggrunden for et øget samarbejde med Psykiatri- og Handicapafdelingen, hvor Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingens viden om borgere med kronisk sygdom nu efterspørges i stigende omfang. Som yderligere eksempel på igangværende projektsamarbejde kan nævnes samarbejde med integrationsområdet, der ligger i Arbejdsmarkedsafdelingen, og hvor sundhedsindsatser kobles til beboerrådgivning i et socialt belastet boligområde med stor arbejdsløshed. Generelt er samarbejdet med de

øvrige afdelinger i Social- og Sundhedsforvaltningen, hvor Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen har en specifik tværgående funktion, godt i gang og under udvikling. Til gengæld opleves det mere vanskeligt at få konsolideret velfungerende samarbejdsflader med afdelinger i de øvrige forvaltninger.

I Børne- og Kulturforvaltningen arbejdes med sundhed ikke mindst i forvaltningens afdeling for Dagtilbud og Sundhed, hvor man blandt andet har arbejdet med mad, måltider og bevægelse og uddannet sundhedsnøglepersoner. Det kan være nærliggende umiddelbart at betragte etableringen af denne afdeling som en succes for implementeringen af sundhed på tværs i kommunen – og som et succesfuldt resultat af det 'usynlige' arbejde i Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen. Etableringen af afdelingen kan dog give anledning til styringsmæssige udfordringer, fordi afdelingen ikke er tværgående og i vid udstrækning gennemfører projekter og nye initiativer uden inddragelse af Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen eller de øvrige forvaltningsområder. Der opstår derfor manglende overblik over, hvilke projekter der er i gang, og hvor de foregår. Ud over udfordringer med at styre kommunens projektportefølje kan man sætte spørgsmålstegn ved, om etablering af flere ikke-koordinerede sundhedsafdelinger i en relativt lille kommune som Gladsaxe kan sikre den bedste udnyttelse af ressourcerne, og om der i det hele taget vil være tilstrækkelige kompetencer og viden på området i hver af kommunens forvaltninger.



# Aalborg Kommune



Bemærk: Forsyningsvirksomhederne er ikke medtaget i ovenstående organisationsdiagram.

I Aalborg Kommune er det overordnede administrative ansvar for koordineringen af sundhedsområdet placeret i forvaltningen Sundhed og Bæredygtig Udvikling, der har egen direktør samt eget politisk udvalg og rådmand. Rådmanden er fuldtidsansat politiker, øverste administrative leder for forvaltningen og udvalgsformand for udvalget. Aalborg Kommunes styreform er ”melleformstyre med delt administrativ ledelse”, hvilket betyder, at der er udvalgsstyre, hvor råd-

mændene som udvalgsformænd tilsammen udgør Magistraten, som er den øverste ledelse af administrationen og kommunens økonomiudvalg.

Den tværgående koordinering af sundhedsområdet i Aalborg Kommune sker via den administrative Styregruppe for sundhed, hvor direktøren i Sundhed og Bæredygtig Udvikling er formand, og hvor der desuden er repræsentanter på afdelingschefniveau fra Ældre- og Handicapforvaltningen, Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen, Teknik-

og Miljøforvaltningen og Skole- og Kulturforvaltningen. Med henblik på koordinering, opfølgning og synliggørelse af tiltag relateret til kommunens samlede løsning af sundhedsopgaverne udarbejdes årlige samarbejdsaftaler mellem Sundhed og Bæredygtig Udvikling og de øvrige forvaltninger i styregruppen for sundhed.

Sundhedsområdet i Sundhed og Bæredygtig Udvikling er organiseret således, at direktøren også er direkte leder for sundhedsafdelingen, som har ansvar for det tværgående sundhedsarbejde i kommunen, herunder koordineringen i forhold til sundhedsaftalerne med regionen og udarbejdelse af kommunens sundhedspolitik, men også udvikling af tværgående aktiviteter og tilbud samt faglig og projektrelateret sparring med de øvrige forvaltninger. På driftssiden omfatter Sundhed og Bæredygtig Udvikling Sundhedscenter Aalborg. Sundhedsområdet i Sundhed og Bæredygtig Udvikling er relativt økonomisk tungt, idet man har ansvar for den aktivitetsbestemte medfinansiering samt vederlagsfri fysioterapi m.m.

De enkelte fagforvaltninger har ansvaret for at få sundhedsopgaven ind i driften på deres områder. Sundhed og Bæredygtig Udviklings driftsområde, Sundhedscenter Aalborg, har ansvar for rehabilitering i forhold til borgere med kronisk sygdom og borgere med kræft samt ansvar for den borgerrettede forebyggelse med blandt andet kost- og rygestopkurser samt sundhedstjek. Sundhedscenteret varetager desuden forebyggende hjemmebesøg til ældre borgere over 75 år.

Ældre- og Handicapforvaltningen varetager

en væsentlig del af kommunens samlede sundhedsrelaterede ydelser, herunder hjemmesygeplejen, træning og genoptræning samt ydelser til fysisk og psykisk handicappede. Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen har ansvar for sundhedsplejen, børnetandplejen og misbrugsområdet, mens Skole- og Kulturforvaltningen har mange sundhedsrelaterede aktiviteter til børn og unge.

## Strategisk tværgående forvaltning med egen politisk ledelse

”Vi har fået boostet sundhed rigtig meget, fordi man har valgt at have sundhed i egen forvaltning. Rådmanden har været meget i pressen. Og sundhed er kommet op på et højt niveau. Hvis ikke vi havde gjort det, havde vi ikke nået de resultater, vi har. Men vi mangler at få fastlagt, hvor ansvaret for sundhed i de andre forvaltninger ligger.”

## Selvstændig forvaltning i mellemformstyre

I Aalborg Kommune synes der er at være enighed om, at organiseringen med selvstændig forvaltning med egen direktør, rådmand og politisk udvalg samt et relativt stort budget har været særdeles betydningsfuld for, at der er opnået gode resultater på sundhedsområdet. Der har været fokus på området fra starten, og der har været et udvalg til at sætte dagsordenen, italesætte udfordringerne og presse på i forhold til løsninger.

Især fremhæves det som vigtigt, at de tværgående sundhedsopgaver ikke er forankret i en anden forvaltning med økonomisk tunge driftsopgaver, fordi politikkerne såvel som den admi-

nistrative ledelse i så fald ville være nødsaget til at prioritere opmærksomheden og midlerne mod driften. Sundhed vil altid ressourcemæssigt set være et lille område i kommunen i forhold til de store velfærdsområder såsom skoleområdet eller ældreområdet. Hvis sundhed blev lagt i tilknytning til sådanne driftsområder, ville det uundgåeligt føre til en underprioritering af eksempelvis det tværgående og udviklende arbejde samt den borgerrettede forebyggelse, der i et her-og-nu perspektiv udgør en omkostning, mens eventuelle gevinster først vil indfinde sig på længere sigt og på tværs af kommunens forvaltningsområder.

Mellemformstyret i Aalborg indebærer stor grad af selvstændighed og adskilte budgetter for forvaltningerne. Samarbejdet mellem Sundhed og Bæredygtig Udvikling og de øvrige forvaltninger, hvor sundhedsafdelingen ofte bidrager til udvikling af indsatser, mens de øvrige forvaltninger står for driften, afhænger derfor i særlig grad af, at de øvrige forvaltninger kan se en interesse – og gerne en besparelse – i forhold til eget driftsområde. Udfordringen er dog, at det ikke altid er den forvaltning, som kan bidrage til nye løsninger, der også efterfølgende kan høste gevinsten. Som følge heraf har Aalborg Kommune udarbejdet en ny budgetmodel, hvor gevinsten ved nye initiativer tilfalder den forvaltning, som har igangsat dem.

### *Samling af udviklingskraften*

Den selvstændige organisering af udviklingskraften på sundhedsområdet i Sundhed og Bæredygtig Udvikling giver god mulighed for samling af

viden og for sparring og vidensdeling internt og mellem konsulenterne i kommunen. Sundhedsafdelingen er anerkendt for sin store faglighed og viden om eksempelvis sundhedsfremme og forebyggelse og sundhedsøkonomi. Afdelingens konsulenter deltager i nationale arbejdsgrupper m.v. og holder øje med, hvilke nye publikationer der bliver udgivet, og hvad der foregår i landets øvrige kommuner.

Ud over den faglige viden på området giver sundhedsafdelingens fokus på udvikling og deraf følgende orientering mod projektarbejdsformen kompetencer i forhold til udvikling af nye ideer, konkretisering og formulering af planer og ansøgning om penge. Konsulenterne oplever, at mens de tidligere selv skulle presse på for at gøre opmærksom på deres kunnen, bliver de nu i stigende omfang direkte efterspurgt og bedt om at sparre og samarbejde med eksempelvis udviklingsmedarbejdere i andre forvaltninger. Fordi mange nye tiltag på sundhedsområdet er tværfaglige og ofte involverer flere afdelinger og eventuelt flere forvaltninger, får konsulenterne i sundhedsafdelingen ofte en koordinerende projektlederrolle i forhold til de mange fagligheder og interesser og i forhold til den overordnede økonomistyring kommunikation og formidling m.v.

Som en yderligere fordel ved at have udviklingskraften på sundhedsområdet samlet i en selvstændig afdeling nævnes også den viden, afdelingen gennem årene har fået om arbejdet i de øvrige forvaltninger. Sundhed og Bæredygtig Udvikling har et stort netværk på tværs af kommunen og ved, hvem der arbejder med hvad og kunne have



interesse i et samarbejde om nye indsatser. Flere påpeger at denne viden er særdeles værdifuld, navnlig i så stor en kommune som Aalborg, hvor det er umuligt for den enkelte at skabe et sådant overblik. Medarbejdere såvel som udviklingskon-

sulenter i andre forvaltninger har ikke det tværgående som opgave og er underlagt et stramt driftsbudget. De er derfor orienteret mod egen forvaltning og har ofte ikke et relevant netværk på tværs af kommunen.



Der er flere eksempler på, at Sundhed og Bæredygtig Udvikling er med til at knytte bånd mellem forvaltninger og afdelinger på tværs af kommunen. Det gælder både, når Sundhed og Bæredygtig Udvikling selv initierer nye projekter eller henvender sig til andre forvaltninger i forsøg på at skabe interesse for midler, der kan søges, og når andre forvaltninger henvender sig til konsulenterne for at høre, om de ved, hvem der kunne tænke sig at være med i et nyt projekt. Der har tidligere været eksempler på, at flere afdelinger i kommunen har søgt midler fra samme pulje uden at kende til hinandens projekter, men

sådanne situationer kan Sundhed og Bæredygtig Udviklings rolle som lokalt 'fundraiser'-kontor være med til at forhindre.

Samtidig med, at der i Aalborg ses mange fordele ved en selvstændig og samlet udviklingskraft for det tværgående sundhedsarbejde, udtrykkes der dog også en vis usikkerhed i forhold til, hvorvidt den samlede placering af udviklingskraften kan medføre mindre grad af opmærksomhed på sundhedsopgaven i de øvrige forvaltninger. I Ældre- og Handicapforvaltningen, hvor en stor del af ansvaret for driften på sundhedsområdet ligger, eksisterer der ikke en selv-

stændig sundhedsenhed eller entydig placering af ansvaret for sundhed, og der mangler derfor overblik over, hvem der sidder med hvilke opgaver og ansvar. Bekymringen handler især om, at udviklingen så at sige kobles fra driften, fordi konsulenterne fra Sundhed og Bæredygtig Udvikling kan mangle forståelse for den daglige drift. Det fortælles, at Sundhed og Bæredygtig Udvikling i nogen grad opleves som at 'have en del af kroppen – hovedet – et andet sted', og at der bliver formuleret ideer i Sundhedsafdelingen, som er svære at sætte i drift efterfølgende.

I Sundhed og Bæredygtig Udvikling er de selv opmærksomme på at åbne sig mod de øvrige områder og indtænke ikke blot de traditionelle sundhedsområder, men også eksempelvis skoler og børnehaver, hvor sundhedstænkningen ikke er del af kerneopgaven. Det anerkendes, at den viden, der opstår af arbejdet med udvikling af nye løsninger, ikke blot er generalistviden og erfaringer, der kan bruges generelt i udviklingen af nye løsninger fremover, men også medfører specifik viden, der gerne skal ud i de områder, som arbejder med opgaverne i det daglige.

### *Sundhedsaftalen og samarbejdet med det regionale sundhedsvæsen*

Sundhed og Bæredygtig Udvikling har ansvar for udarbejdelsen af sundhedsaftalen i samarbejde med regionen og varetager kommunens løbende kontakt med regionen, sygehus og almen praksis. Afdelinger fra andre forvaltninger, som efterfølgende skal stå for driften i forlængelse af sundhedsaftalen, er repræsenteret i et antal ar-

bejdsgrupper, men er ikke direkte medinddraget i forhandlingerne om formuleringen af sundhedsaftalen.

Aalborg Kommune oplever som stor kommune at have en vigtig rolle i forhold til at kunne matche regionen og sikre indflydelse i forhold til sundhedsaftalerne, og generelt anerkendes arbejdet med sundhedsaftalen som så komplekst, at det er en fordel, at det ligger centralt. Sundhed og Bæredygtig Udvikling er dog usikre på, om de øvrige forvaltninger er klar over, hvor stor deres specialtviden er, og hvor meget tid arbejdet kræver, og i de øvrige forvaltninger er der ikke entydigt en oplevelse af god kontakt mellem konsulenterne i Sundhed og Bæredygtig Udvikling og arbejdsgrupperne. Eksempelvis fortælles om situationer, hvor spørgsmål relateret til sundhedsaftalen til tider præsenteres for arbejdsgrupperne med meget kort varsel, hvilket vanskeliggør fyldestgørende indhentning af informationer fra store driftsafdelinger. Problemer med korte tidsfrister i forhold til arbejdet relateret til sundhedsaftalerne bunder dog formentlig snarere i samarbejdet mellem regionen og kommunen end i kommunens interne samarbejde.

Afdelingens ansvar for opgaverne relateret til ikke mindst sundhedsaftalen indebærer, at de har stor viden om sundhedslovgivningen og sundhedsøkonomisk viden samt relativt tæt kontakt til regionen. Denne viden og kontakt til regionen har eksempelvis været en fordel i et stort samarbejdsprojekt mellem Sundhed og Bæredygtig Udvikling og Ældre- og Handicap med henblik på at undgå unødvendige indlæggelser.



## Sundhedspolitikken og ejerskab

Ansvar for udarbejdelse af sundhedspolitikken ligger i den tværgående styregruppe for sundhed. Med henblik på yderligere inddragelse af de øvrige forvaltninger og afdelinger i arbejdet har der været afholdt specifikke møder vedrørende sundhedspolitikken. Som baggrund for møderne læste Sundhed og Bæredygtig Udvikling de øvrige forvaltningers politikker og strategier for at se, hvilke målsætninger de har, og hvor de i forvejen bidrager til at løfte kommunens sundhedsopgaver bredt set. Efter møderne udarbejdede Sundhed og Bæredygtig Udvikling et konkret oplæg til sundhedspolitikken på det pågældende forvaltningsområde. Det viste sig dog, at formuleringen



af mål i det første udkast til sundhedspolitikken blev opfattet som for konkret og detaljeret af de øvrige forvaltninger, der i nogle tilfælde betragtede målene som en indblanding i deres service-niveau. Efterfølgende blev der fundet et niveau, der kunne accepteres i alle forvaltninger.

En af udfordringerne med gennemførelse af møderækker, hvor én forvaltning besøger en anden, er, at det ikke altid er muligt at få møde med de personer, der har stjerner nok på skulderen til at træffe beslutninger. Problemet er ikke stort i den relativt lille stab af konsulenter i sundhedsafdelingen i Sundhed og Bæredygtig Udvikling, der dagligt taler sammen og afstemmer forventninger også på ledelsesniveau. I de store driftsforvaltninger kan det derimod ikke forventes, at mødedeltagerne kan have mandat til at tale på vegne af alle afdelinger, navnlig når der er tale om et nyt område såsom tværgående inddragelse i udarbejdelse af kommunens sundhedspolitik. Her vil kommunikationen internt tage længere tid.

Sundhed og Bæredygtig Udvikling bidrager til implementering af sundhedspolitikken gennem understøttende aktiviteter som netværksmøder og lignende og stiller sig desuden til rådighed med sparring til forvaltningernes arbejde med udvikling af konkrete handleplaner. Det er Sundhedsafdelingens oplevelse, at flere forvaltninger og områder udarbejder handleplaner, der kan integrere sundhed i aktiviteter i hverdagen. Samtidig erkendes det, at der endnu ikke er fuldt ejerskab til sundhedspolitikken i alle forvaltningsområder i kommunen.

## Tværgående samarbejde med delt finansiering

Sundhed og Bæredygtig Udvikling oplever, at samarbejdet med de øvrige forvaltninger øges med tiden – efterhånden som man lærer hinanden at kende, og ikke mindst, efterhånden som man får erfaringer fra konkret samarbejde, hvor man oplever, at tingene ændrer sig positivt. Konsulenter i Sundhedsafdelingen fortæller, at de i de første år ikke var så gode til at se sundhed som middel for de øvrige forvaltninger og derfor heller ikke var så gode til at formidle, hvorfor sundhed også kunne være interessant for de andre.

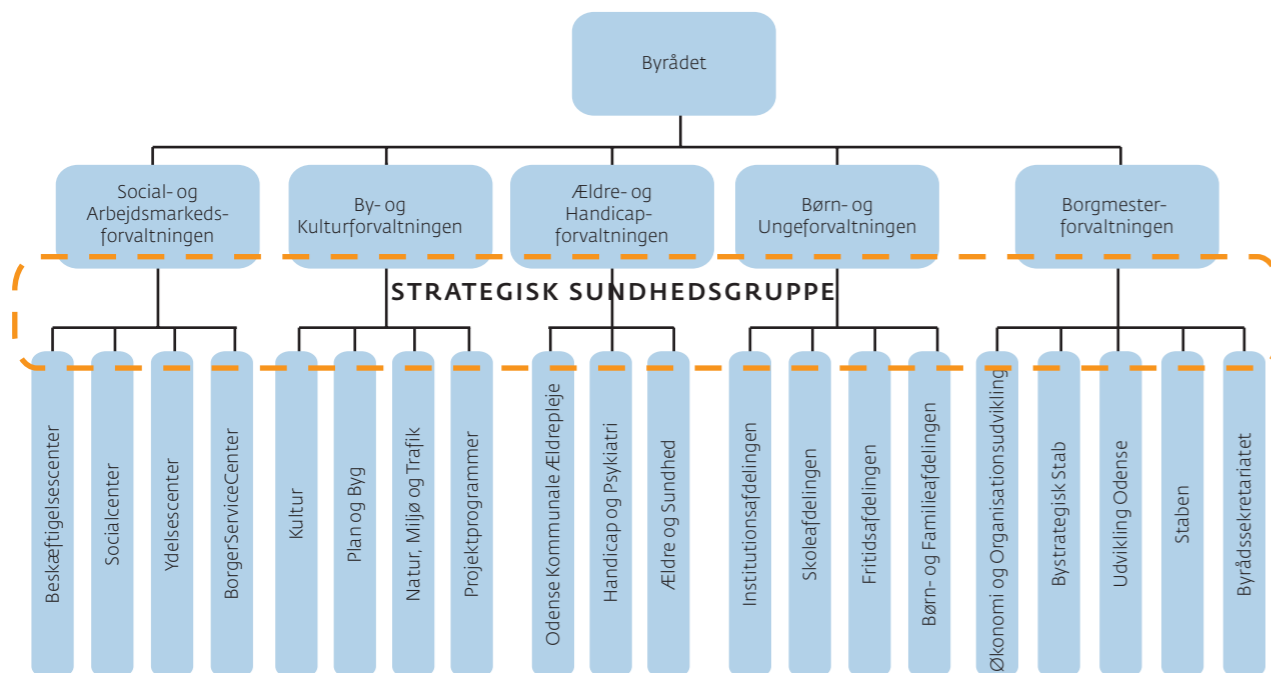
Samarbejdet mellem Sundhed og Bæredygtig Udvikling og specifikt Sundhedscenter Aalborg med Jobcenteret om tilbud om kræftrehabilitering er et godt eksempel på et samarbejde, hvor to forvaltninger går sammen om nye løsninger i forhold til en gruppe borgere, hvor man har fælles interesse. Målet med indsatsen er at få kræftsygemeldte bedre og hurtigere tilbage på arbejdsmarkedet. Konkret går indsatsen ud på, at to sagsbehandlere fra Jobcenteret fysisk er placeret på Sundhedscenteret som en del af det tværfaglige sundhedsteam på området.

Erfaringerne fra indsatsen viser, at borgerne er glade for det samlede tilbud, og at de kommer om ikke hurtigere, så bedre tilbage på arbejdsmarkedet. Der har været en del organisatoriske udfordringer, men projektet kører godt nu, og sagsbehandlere er både glade for at være med i sundhedsteamet, hvor de kan fordybe sig i en særlig borgergruppe, og for samtidig at være forankret i Jobcenteret i Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen, hvor de sikres faglig opdatering.



Accepten af det tværgående samarbejde hviler – ikke mindst med Aalborgs mellemformstyre – på, at begge forvaltninger skal have noget konkret ud af en given investering. I ovenstående tilfælde kan Jobcenteret med finansieringen og placeringen af rådgiverne i Sundhedscenteret hente en besparelse ved at sikre borgerne en bedre og hurtigere tilbagevenden til arbejdet.

# Odense Kommune



I Odense Kommune er sundhedsområdet organiseret som en matrix. Det overordnede ansvar er placeret i direktørgruppen, men koordineres og sikres i en tværgående strategisk sundhedsgruppe, der er nedsat med en chef fra hver af kommunens fem forvaltninger. Den strategiske sundhedsgruppe er projektor organiseret, således at en direktør er udpeget som projektejer med tværgående ansvar for sundhedsområdet både udadtil og indadtil. Formandskabet for den strategiske sundhedsgruppe går på skift hvert andet

år mellem de tre forvaltninger med store driftsopgaver på sundhedsområdet: Børn- og Ungeforvaltningen, Ældre- og Handicapforvaltningen og Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen.

Arbejdet i den strategiske sundhedsgruppe understøttes af en videnscenterfunktion, der omfatter en sekretær for strategisk sundhedsgruppe, en analyseenhed med fire konsulenter samt fem sundhedskoordinatorer. Sekretæren og analyseenheden er centralt finansieret, mens sundhedskoordinatorerne er delvis lønnet af den

forvaltning, de kommer fra, og hvor de har deres daglige arbejdssted. Også konsulenterne i analyseenheden sidder fysisk i hver deres forvaltning, men mødes en hel dag om ugen, hvor de arbejder sammen og koordinerer opgaverne. Sekretæren for strategisk sundhedsgruppe sidder fysisk samme sted som formanden og flytter derfor med til ny forvaltning, når formandskabet skifter hvert andet år.

Direktøren med ansvar for det tværgående sundhedsområde, formanden for strategisk sundhedsgruppe samt projektlederen for analyseenheden udgør et forretningsudvalg, som løbende kan tage sig af opgaver og henvendelser, der ikke kræver deltagelse af hele den strategiske sundhedsgruppe.

Formålet med matrixorganiseringen frem for at have en sundhedsforvaltning eller sundhedsafdeling med ansvar for tværgående opgaver er



at lægge opgaverne så tæt på driften som muligt. Ansvaret for de største opgaver på sundhedsområdet er fordelt mellem forvaltningerne. Hver forvaltning har et hovedansvarsområde, hvor de fungerer som kommunens kontakt og primære samarbejdspartner i forhold til eksterne aktører og er ansvarlige for løbende at sætte fokus på, hvordan udfordringer på det pågældende område håndteres i kommunen; der er således tale om en initiativforpligtelse, men ikke nødvendigvis om, at den pågældende forvaltning selv står for hele opgaveløsningen.

Børn- og Ungeforvaltningen har initiativforpligtelsen for 'Borgerrettet forebyggelse', By- og Kulturforvaltningen for 'Byens rum og miljø', Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen for 'Samarbejdet med almen praksis' og 'Misbrug', Ældre- og Handicapforvaltningen har hovedansvar for 'Patientrettet forebyggelse', 'Sundhedsaftaler' og 'Genoptræning', mens Borgmesterforvaltningen har ansvar for 'Kommunal medfinansiering' og 'Aktivitetsstyring'.

Organiseringen medfører, at det ledelsesmæssige ansvar – også for den tværgående koordinering – er fordelt ud i organisationen til de enkelte forvaltninger. Lederen af en driftsenhed har dermed både ansvar for, at forebyggelse og sundhedsfremme indtænkes i driften, og for at sikre, at der sker en udvikling inden for den sundhedsfaglige drift. Ydermere har lederen ansvar for at samarbejde med kolleger inden for forvaltningen og tage initiativ til koordinering på tværs af organisationen, så der sikres sammenhæng i de opgaver, der berører flere forvaltninger.

## Matrixorganisation med strategisk sundhedsgruppe

*”For os har det været vigtigt at arbejde med sundhed tæt på driften, ude i driften. Sundhed foregår alle steder. Vi var måske længere om at komme i gang og har måske også fået mindre budget end nogle af kommunerne med en sundhedssøjle, men til gengæld går det godt nu. Det hjælper ikke med budget, hvis ikke man kan få tingene ud i driften”.*

### Koordination og ledelse

Matrixorganiseringen af sundhedsområdet er unik for Odense Kommune. Generelt synes der at være stor tilfredshed med organiseringen, hvor relationer på tværs og det at lære hinandens arbejdsområder at kende gør, at søljetænkningen efterhånden bliver nedbrudt. Ligeledes menes projektarbejdsformen, der er en forudsætning i matrixorganisationen, at mindske tilbøjeligheden til det snævre tunnelsyn ind i egen forvaltning. Også de fælles strategier på sundhedsområdet menes at bidrage positivt til at få sundhed mere ud på tværs. Flere fremhæver, at nu da netværkene på tværs og i forvaltningerne er blevet etableret, fungerer organiseringen godt, fordi den muliggør implementering af nye initiativer i driften. Ulempen ved organiseringen er dog netop ikke mindst, at det tager tid at etablere og få til at fungere. Både medarbejdere og ledere betegner matrixorganiseringen som kompleks og besværlig – uden at det dog er i en sådan grad, at de ikke stadig er glade for organiseringen.

En af de store udfordringer ved tværgående initiativer er økonomien. Udfordringen vedrør-

rende implementering af tværgående projekter, hvor ikke alle områder, der bidrager til implementeringen, er med til at høste gevinsterne, er dog ikke unik for matrixorganiseringen. Men matrixorganiseringen synes at have yderligere udfordringer i og med, at der ikke er økonomi og udviklingskraft samlet i en specifik forvaltning eller afdeling. Organiseringen fordrer derfor samarbejde allerede i idéudvikling, eller at ideerne fødes af og udspringer af behov i driften direkte i de enkelte forvaltninger. Der er ingen tvivl om, at det er idealet for Odense Kommune, at alle forvaltninger indtænker sundhed i sin egen kerneydelse og tager selvstændigt medansvar for udviklingen af ideerne.

Matrixorganisationen synes endvidere at være udfordret af et særligt stort behov for, at der skabes et centralt overblik over, hvad der foregår i de forskellige forvaltninger og afdelinger på sundhedsområdet. Både cheferne i strategisk sundhedsgruppe og medarbejdere i videnscenterfunktionen efterspørger overblik for at kunne koordinere og sikre relevant udvikling. Kommunen afprøver et porteføljestyringsredskab, men det opleves som vanskeligt at håndtere i praksis. I det nye år vil man justere på styringsredskabet og ikke mindst sikre inddeling af projekter og indsatser i forhold til forvaltningernes hovedansvarsområder.

For cheferne i strategisk sundhedsgruppe og ikke mindst formanden, der som nævnt skifter hvert andet år, udgør styringen af matrixorganisationen en kompleks opgave, der på en række områder adskiller sig fra deres samtidige ledelsesopgaver i egne forvaltninger. Behovet for koordinering og samarbejde er stort, når beslutninger

træffes i en gruppe, og opgaverne går på tværs af ledelsesstrukturene i øvrigt. Fordelen ved, at formandskabet går på skift hvert andet år, menes at være, at det sikrer et ledelsesmæssigt kendskab til sundhedsområdet på tværs, men det erkendes samtidig, at der går viden tabt i overdragelsen, og at det er besværligt på grund af overlevering af regnskaber, og fordi årshjul og systematikker ikke er ens i forvaltningerne.

Mange synes at mene, at cheferne – for at kunne koordinere og bidrage til udvikling af nye måder at løse opgaverne på – ikke blot kan bidrage med god ’generalist-ledelse’, men må være oprigtigt engageret i sundhedsområdet på tværs af forvaltninger. Selvom flere fortæller, at både ledelse og konsulenter, der arbejder med sundhed på tværs, brænder for sagen, er det måske dog urealistisk ligefrem at basere sin organisation på et sådant engagement.

### Matrixorganisering er netværksbaseret

Som både en styrke og en ulempe ved matrixorganiseringen nævnes, at den i høj grad fungerer ved netværksdannelse. Arbejdet med de tværgående sundhedsopgaver beskrives som igangsætning af konkrete projekter med udgangspunkt i personlige netværk. *’Det handler om at lave aftaler i sit netværk. Skabe nogle netværk omkring sig. Pusle dagsordenen. Formidle videre. Påvirke. Få det ud i fingrene.’*

I forlængelse af ovenstående mener nogle, at matrixorganiseringens funktion er særlig personbåren, fordi både medarbejdere og chefer, der ar-



bejder med området, skal kunne og have lyst til at skabe netværk på tværs. I modsætning hertil mener andre dog, at matrixorganiseringen på sin vis er mindre personbåren, end hvis man var afhængig af, hvem der aktuelt måtte være direktør for en sundhedsforvaltning. I matrixorganisationen med den fælles ledelse og udviklingskraften fordelt i flere forvaltninger er der netop plads til forskellige typer af personer og kompetencer og til de forskellige indfaldsvinkler til sundhedsområdet, der er i forvaltningerne.

Kompetencer til at danne netværk og relationer på tværs er særdeles vigtige for sekretæren



for strategisk sundhedsgruppe, analysegruppen og sundhedskoordinatorerne. Matrixorganisationen stiller store krav til udviklingskraften i videnscenterfunktionen, der både skal kunne tænke strategisk udviklende og have forståelse for driften og samtidig skal kunne samarbejde og skabe netværk både i egen forvaltning og på tværs af forvaltninger.

Sundhedskoordinatoren i Børn- og Ungeforvaltningen støttes i egen forvaltning ved, at der er nedsat en sundhedsgruppe med repræsentanter fra forskellige afdelinger. I forhold til de tværgående relationer er det tydeligt, at sundhedskoordinatoren i Børn- og Ungeforvaltningen, der har initiativforpligtelse i forhold til den borgerrettede forebyggelse, har behov for netværk i alle eller næsten alle de øvrige forvaltninger. I Ældre- og Handicap er en så stor del af arbejdet relateret til sundhed, at man har en decideret sundhedsafdeling i forvaltningen, og koordinatoren er en del af denne afdeling og har ud over

sit arbejde som koordinator desuden ansvar for sundhedsaftalerne, som Ældre- og Handicap har initiativforpligtelsen i forhold til. Sekretæren for strategisk sundhedsgruppe arbejder på yderligere at støtte sundhedskoordinatorerne i deres arbejde ved at facilitere netværk mellem koordinatorene og afholde jævnlige møder med dem samlet.

Der synes generelt i kommunen at være stor opmærksomhed mod, hvor vanskeligt det kan være at ændre både strukturer og tænkning i de enkelte forvaltninger, så de passer til en matrixorganisation. Samtidig mener man, at det er afgørende, at hver af forvaltningerne selv finder en model, der passer til deres arbejde, herunder at skabe gode rammer for sundhedskoordinatorernes arbejde i egen forvaltning og deres netværk på tværs af organiseringen.

#### *Legitimitet til det tværgående arbejde*

Det er nærliggende at tænke, at matrixorganiseringen kan medføre problemer med legitimitet til arbejdet, fordi det ikke er forankret i en specifik afdeling med tydelig beslutningskraft og ledelsesmæssig opbakning. Dette synes dog ikke at være tilfældet i Odense Kommune, hvor man tværtimod har formået at skabe en generel accept af betydningen af arbejdet i den strategiske sundhedsgruppe og dermed skabe legitimitet til det tværgående arbejde.

Legitimiteten illustreres eksempelvis ved, at der ikke er problemer med at få medarbejderressourcer fra forvaltningerne til arbejdsgrupper eller netværk nedsat af strategisk sundhedsgruppe.

Ligeledes oplever sundhedskoordinatorerne, at de har let adgang til hjælp fra særlige ressourcepersoner eller lignende, fordi der generelt er en anerkendelse af, at man har ledelsesmæssig opbakning som sundhedskoordinator.

Forvaltningerne sikrer, at der arbejdes både i egen forvaltning og på tværs af kommunen med det tildelte hovedansvarsområde ved at forpligte en eller flere chefer kontraktligt til arbejdet. I forhold til konkrete arbejdsopgaver i forvaltningerne synes organiseringen omkring strategisk sundhedsgruppe og kontraktstyringen på forvaltningsniveau at fungere godt. Eksempelvis nævnes i relation til arbejdet med sundhedsaftalerne, at matrixorganiseringen bidrager til at sikre involvering af de relevante forvaltninger, fordi der synes at være bred enighed i kommunen om, at man i en matrixorganisering 'ikke bare kan lægge ansvaret over i en anden forvaltning og sige, at det er deres ansvar'. Sådanne udtalelser sættes direkte eller indirekte i forlængelse af en forestilling om, at det, hvis der havde været en sundhedsafdeling, ville have været nemt at placere ansvaret for sundhedsområdet hos denne. Samtidig synes alle at være enige om, dels at accepten af det fælles ansvar måske stadig ikke er nået helt ud i krogene af organisationen, dels at det – som nævnt indledningsvist – har taget lang tid at nå dertil, hvor man er i dag. 'Det er en god model, men den er svær at løbe i gang.'

Implementeringen af et infektionshygiejnisk netværk på tværs af forvaltningerne er et andet eksempel på, at matrixorganiseringen synes at fungere i forhold til det konkrete arbejde. Hy-

giejnenetværket er et projekt under strategisk sundhedsgruppe, hvilket har gjort det muligt at forpligte de øvrige forvaltninger til arbejdet, således at man i f.eks. Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen arbejder med hygiejne i alkoholbehandlingen og på stofmisbrugsområdet, mens man i Ældre- og Handicap arbejder med hygiejne i hjemmesygeplejersken og i Børn- og Ungeforvaltningen på daginstitutioner og i skoler. Der er udarbejdet en hygiejnehåndbog, der løbende opdateres, og som er let at gå til for medarbejderne. Alligevel mener man, det ville være sværere at få spredt viden og indsatsen helt ud i driften, hvis initiativet kom fra en sundhedsafdeling snarere end fra den tværgående strategiske sundhedsgruppe. Da hygiejnenetværket ligger under strategisk sundhedsgruppe, vil driften af netværket flytte med til en anden forvaltning, når formandskabet flyttes. Dette bekymrer dog ikke netværkets projektgruppe, der mener, at en sådan flytning af driftsansvaret netop kan lade sig gøre, fordi arbejdet er organiseret som projekt i en matrixorganisation.

En af de væsentligste udfordringer ved matrixorganiseringen er, at den mangler synlighed. Det vurderes, at de fleste medarbejdere i driften end ikke ved, at kommunen har en strategisk sundhedsgruppe med ansvar for det tværgående sundhedsarbejde, og hvis man leder efter sundhed på kommunens organisationsdiagram, finder man afdelingen for sundhed i Ældre- og Handicapforvaltningen. Dette er ikke et problem for borgerne, der finder relevante oplysninger om kommunens indsatser på sundhedsportalen,

men for ansatte med nye ideer til indsatser eller behov for sparring til udvikling eller lignende synes der at mangle et sted at henvende sig. Der mangler en synlig tilgang til kommunens udviklingsressourcer på det tværgående sundhedsområde. *'Det skal være klart for enhver, at der er den og den, man kan få fat på.'*

### *Stadig tilpasning af den matrixorganiserede model*

I begyndelsen, da kommunen fik ansvar for de nye opgaver på sundhedsområdet, var strategisk sundhedsgruppe forankret i Borgmesterforvaltningen, men efter et par år er ansvaret nu flyttet ud til de store driftsforvaltninger på området, idet det som nævnt går på skift hvert andet år. Formandskabet og sekretariatet lå således først i to år i Ældre- og Handicapforvaltningen og har nu i et år ligget i Børn- og Familieforvaltningen. Projektorganiseringen af strategisk sundhedsgruppe med en specifik direktør udpeget som projektejer er ligeledes en relativt ny organisatorisk ændring. Tidligere refererede den strategiske sundhedsgruppe til den samlede direktørgruppe, hvor det overordnede ansvar er placeret, men dette delte ansvar fungerede ikke optimalt som løftestang for sundhedsområdet, navnlig måske fordi området ikke har eget politisk udvalg.

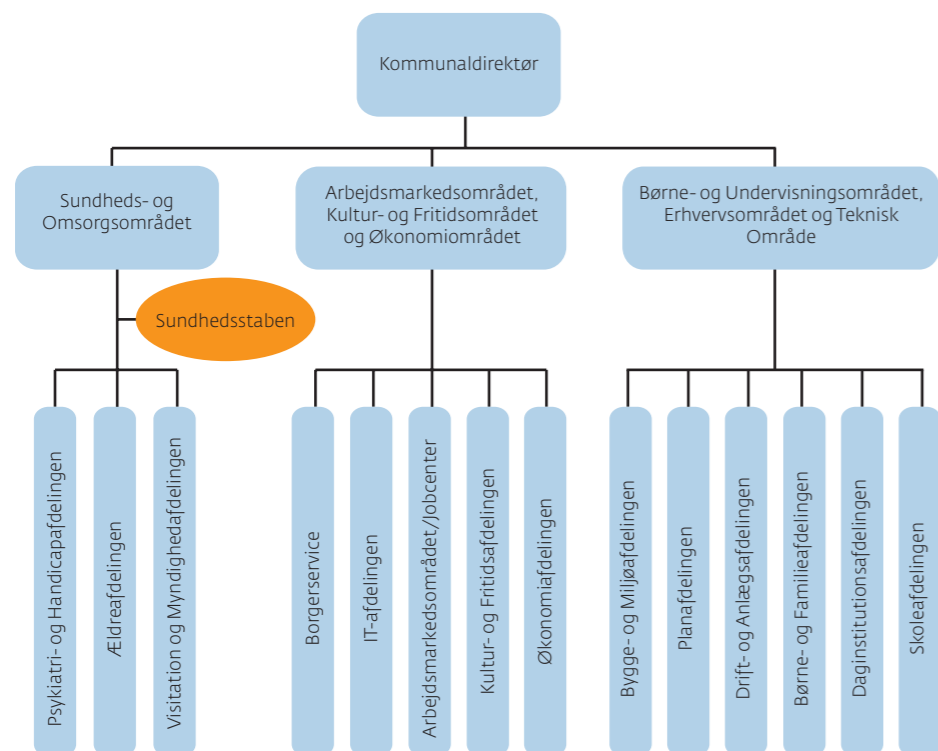
Strategisk sundhedsgruppe oplever, at der kommer stadig flere opgaver på sundhedsområdet, ikke mindst i forhold til det nære sundhedsvæsen, og anser det derfor for nødvendigt fremover at holde møder hyppigere end den ene gang om måneden, der har været praksis hidtil. Der

er også planer om at sikre bedre understøttelse af relationerne og erfaringsudvekslingen mellem sundhedskoordinatorerne gennem hyppigere møder med sekretæren for strategisk sundhedsgruppe. I det hele taget er der for øjeblikket planer om forskellige tilpasninger af organiseringer, ikke mindst fordi der opleves et behov for mere udviklingskraft, og det overvejes derfor blandt andet, om sundhedskoordinatorernes ansættelsesgrad i strategisk sundhedsgruppe kan øges, eller om man i højere grad kan samle analysegruppen fysisk.

Det er tydeligt, at der i Odense Kommune og blandt chefer og medarbejdere i strategisk sundhedsgruppe og videnscenterfunktionen er stor parathed i forhold til løbende at ændre strukturer og måder at agere på i strukturerne, efterhånden som man lærer af, hvad der fungerer, og hvad der ikke fungerer. *'Der er ingen endelig organisering'*, som det er blevet sagt. Spørgsmålet er, om de aktuelle ændringer med placering af det overordnede ansvar hos direktøren for Ældre- og Handicapforvaltningen og udvidelse af udviklingskraften i videnscenterfunktionen vil betyde, at organisationen nærmer sig en mere traditionel organisering med en forvaltningsstab. Der er dog i Odense Kommune stor tiltro til matrixorganiseringen og enighed om, at den skal bibeholdes. De løbende omstruktureringer betragtes derfor som forstærkelse af de elementer i organiseringen, der virker.



# Ikast-Brande Kommune



Den politiske styring i Ikast-Brande Kommune tager udgangspunkt i den vision, der udarbejdes samlet af hele Byrådet i begyndelsen af hver byrådsperiode. I den gældende Vision 2016 er sundhed dels et af de 16 prioriterede politikområder, dels er der visioner for sundhed på næsten alle de øvrige politikområder. Byrådet i Ikast-Brande Kommune har nedsat syv politiske udvalg, hvoraf det ene er Sundheds- og Omsorgsudvalget.

Den øverste administrative ledelse i Ikast-Brande Kommune udgøres af direktionen med kommunaldirektør og tre områdedirektører. I Sundheds- og Omsorgsområdet er der tre afdelinger, hhv. Ældre, Psykiatri og Handicap og Visitation og Myndighed, samt en sundhedsstab, der arbejder med udvikling af sundhed på tværs i kommunen.

Direktøren for Sundheds- og Omsorgsområdet holder årlige møder med direktører og chefer

for Børne- og Undervisningsområdet, Arbejdsmarkedsområdet, Teknik- og Miljøområdet og Kultur- og Fritidsområdet samt egne chefer i Sundheds- og Omsorgsområdet. På disse møder drøftes fælles indsatsområder, og man aftaler samarbejdsområder og projekter for det kommende år samt følger op på samarbejdet i det forløbne år. Hvert område har en kontaktperson, som er sundhedsstabens indgang til området. Der holdes møder med kontaktpersonerne efter behov. Herudover er der med flere afdelinger aftalt faste kvartalsmøder, og disse møder bruges til at drøfte ideer og indsatser samt hjælpe hinanden med det videre arbejde.

Sundheds- og Omsorgsområdet har ansvar for de fleste af de traditionelle driftsopgaver rettet mod voksne og ældres sundhed, herunder hjemmesygepleje, forebyggende hjemmebesøg, træning og genoptræning samt psykiatri og handicap, mens Børne- og Undervisningsområdet tager sig af eksempelvis sundhedsplejen, børnetandplejen, familiebehandling m.v.

Sundhedsstaben, der er forankret i Sundheds- og Omsorgsområdet, har to enheder. Den ene arbejder med tværgående, borgerrettede sundhedsfremmeopgaver ud fra et bredt sundhedsbegreb, der inkluderer trivsel og oplevelse af sammenhæng; opgaven er friholdt fra drift. Den anden enhed arbejder med sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaver rettet mod borgere og patienter, herunder blandt andet samarbejdet med det regionale sundhedsvæsen og koordinering af sundhedsaftalens implementering i kommunen, koordinering af forebyggelsesforløb for borgere



med kronisk sygdom samt sundheds- og forebyggelsesindsatser relateret til for eksempel kost og bevægelse. I denne enhed i sundhedsstaben er også en forløbskoordinator og en tværgående sundhedskonsulent, der i sin stilling har arbejdssted en ugedag i Beskæftigelsesområdet og gerne en ugedag på Børneområdet.

## Sundhedsstab med særlig fokus på sundhedsfremme

*'Der er noget kulturelt i den måde, vi gør tingene på. Der er mange ildsjæle hos os. Det karakteriserer kommunen, at der er så mange forbindelser på kryds og tværs. Man skal ikke se organisationen på et stykke papir; det, der gør organiseringen interessant, er kultur og samarbejdsrelationer.'*



### *Kommunens visioner og den tværgående sundhedstænkning*

Både medarbejdere i sundhedsstaben og i øvrige afdelinger og direktørområder oplever, at samarbejdet på tværs understøttes væsentligt af Byrådets vision, hvor der blandt andet står: 'Sundhedsfokus er i Ikast-Brande Kommune en tværgående tænkning, der omhandler alle for-

hold i og omkring borgernes rammebetingelser og livskvalitet – fra idrætsanlæg over foreningsliv og miljø til kostvaner'.

Ikke mindst som resultat af denne overordnede vision om en tværgående sundhedstænkning er der i næsten alle politikområder visioner for sundhed. Eksempelvis omfatter Arbejdsmarkedsområdet en vision om, at 'sundhed og ar-

bejdsmiljø er en naturlig del af arbejdsmarkedspolitikken'. På Børneområdet har kommunen en vision om, at 'dagtilbuddene skal have en klar sundhedspolitik med fokus på at præge børnene med sunde holdninger til kost, bevægelse og fællesskab', mens skolen skal være 'en vigtig kulturbærer i børnenes og de unges opvækst, og sundhed, motion, trivsel, fællesskab og sammenhængskraft er en integreret del af skolelivet'. Ligeledes er der visioner på sundhedsområdet for de ældre, familier med særlige problemer osv. Chefer og ledere på tværs af kommunen forpligtes i årlige aftaler med Byrådet til at arbejde for at nå kommunens vision og mål.

Man har i Ikast-Brande Kommune været meget opmærksom på at skaffe rum til den borgerrettede sundhedsfremme. Der blev derfor ved dannelsen af den nye kommune oprettet en særlig stab, selvom der kun er én konsulent på opgaven. I en kommune på størrelse med Ikast-Brande Kommune er det dog en væsentlig prioritering i sig selv at oprette en stab og friholde konsulenten helt fra driftsopgaver. Sundhedsfremmestaben arbejder side om side med Forebyggelsesområdet, men man valgte altså at synliggøre kommunens særlige fokus på sundhedsfremme ved den måde, man organiserede kommunen på.

Der er stor tiltro til, at den sundhedsfremmende dagsorden nu faktisk er en integreret tænkemåde på tværs af kommunen, og at der er etableret mange samarbejdsrelationer og fundet fodfæste for det tværgående arbejde. Det er derfor planlagt at slå de to stabsenheder – der

alligevel ikke kan adskilles i det daglige arbejde – sammen. 'Vi måtte skille tingene ad organisatorisk for at gøre det synligt, at det er to forskellige ting. Nu har det tjent sit formål, og vi får det derfor slået sammen igen.'

Fra mange sider fortælles det dog samtidig, at man i dagligdagen i kommunen ikke lægger så meget vægt på den formelle organisering af kommunen. Både chefer og medarbejdere fortæller om en uhierarkisk kommune med højt til loftet og stor tillid og uddelegering af ansvar. Ikast-Brande Kommune kalder sig 'mental frikommune', og heri ligger, at medarbejderne opfordres til at sætte spørgsmålstejn ved måden, ting bliver gjort på – udfordre forestillinger om, hvad man kan, bør og skal – for hermed at være med til at finde på løsninger.

### *Respekt for hinandens arbejde*

Arbejdet med spredning af den borgerrettede sundhedsfremme ud i organisationen lå i de første år efter kommunalreformen i tæt tilknytning til udarbejdelse af kommunens sundhedspolitik. Der arbejdes ud fra en bred forståelse af sundhed, og denne forståelse blev introduceret til de øvrige direktørområder og afdelinger på en møderunde, hvor konsulenten fra sundhedsfremmestaben besøgte de øvrige områder på skift. Udgangspunktet var, at såfremt de øvrige områder skulle bidrage til løsning af kommunens sundhedsrelaterede opgaver, skulle de kunne se sig selv i opgaverne; opgaverne skulle give mening for dem.

Møderunden handlede i forlængelse heraf om at få lejlighed til at fortælle hinanden om, hvad man laver, og skabe rum for åbne drøftelser af, hvad sundhed, trivsel og det gode liv er. På baggrund heraf skabtes en forståelse hos de øvrige områder, hvor de kunne relatere sundhed til deres eget område og se, hvordan de allerede bidrog til sundhedsarbejdet. På Børneområdet blev det til snakke om trivsel, mens det på eksempelvis Arbejdsmarkedsområdet handlede meget om begreber som coping og mestring.

De to konsulenter i sundhedsstaben har været i kommunen i en årrække og er begge kendte ansigter i hele lederkredsen og blandt medarbejdere i organisationen. Konsulenterne arbejder proaktivt i forhold til de øvrige områder ved selv at henvende sig med ideer til nye initiativer, eksempelvis på baggrund af opslag om relevante puljemidler, men de er samtidig meget opmærksomme på ikke at presse deres egen forståelse af sundhed og egen dagsorden ned over de andre. De er mest tilfredse, når andre selv henvender sig til dem for at få sparring på ideer eller andet, og de oplever stadig oftere, at de inviteres med i udvikling af politikker og nye indsatser på tværs af kommunen. Det bekymrer dem dog noget, at strategien om at lade de andre komme til dem kan føre til, at det er dem, der allerede har sundhed på dagsordenen, der er bedst til at efterspørge konsulenternes viden og kompetencer. *'Hvordan skaber man efterspørgsel hos nogle, der ikke tænker, de har brug for det, vi har at tilbyde?'*

### En stor lille kommune

Ikast-Brande Kommune er en geografisk spredt kommune med to centerbyer, fire byer og et antal landsbyer med en samlet relativt lille befolkning. Administrationen er placeret i tre forskellige byer, og der er derfor store afstande for borgere, der har kontakt med kommunens forskellige områder, og for medarbejderne, der samarbejder om opgaveløsningen.

På tværs af kommunen fortæller medarbejderne, at de kan mærke i dagligdagen, at de er en del af en lille kommune, og at de nu fem år efter kommunalreformen har lært, hvem der sidder hvor, og hvem man kan trække på. Det personlige kendskab menes at være særdeles vigtigt for at overskride afstandsbarrieren, således at den geografiske afstand ikke betyder noget for et samarbejde, hvis man kender hinanden i forvejen. Derimod opleves det som vanskeligt at tænke i samarbejde, hvis man ikke ved, hvem man kan henvende sig til på de andre områder. Afstandene mellem medarbejderne har derfor formentlig betydning, fordi det er vanskeligt at opbygge uformelle relationer, når man sidder langt fra hinanden og ikke 'lige mødes i kantinen' eller lignende. På den anden side fortælles det, at man i en lille kommune alligevel ikke kan undgå at møde hinanden i forskellige sammenhænge.

Kommunens størrelse udgør en barriere for samarbejdet på tværs, fordi medarbejderne hver især er så bundet til de opgaver, de ofte står for alene eller sammen med kun få kolleger. Samarbejde med andre forudsætter, at medarbejderne sætter sig ind i opgaver, der ligger også lidt uden



for den almindelige daglige drift, men på grund af ressourcepres på kerneydelserne prioriteres kun samarbejde, der opleves som meget vigtigt og nødvendigt for hovedopgaverne i eget område. *'Der er grænser for, hvor mange møder man kan deltage i. Det skal opleves som noget, der giver mening, for at man sidder med og indgår samarbejde med andre.'*

Der er dog generelt enighed om, at det var vanskeligere at prioritere samarbejde tidligere, hvor man var udfordret af kommunesammenlægning samtidig med, at man overtog nye opgaver på sundhedsområdet. Der er således langt bedre

vilkår for arbejdet på tværs, når der er styr på driften i egne forvaltninger.

### Samarbejdet på tværs

Ansvar for det tværgående sundhedsarbejde ligger i sundhedsstaben, der synes at have stor ledelsesmæssig opbakning og gode netværk og samarbejdsrelationer til de øvrige områder i kommunen.

Der er et tæt samarbejde mellem Sundheds- og Omsorgsområdet og Arbejdsmarkedsområdet. Blandt andet samarbejdes om et projekt, hvor





unge ledige indgår i et forløb, hvor de arbejder med egen sundhed og livskvalitet. Samarbejdet synes i væsentlig grad at være blevet styrket med ansættelse af den tværgående sundhedskonsulent, der er fast tilknyttet Beskæftigelsesområdet én dag om ugen. Konsulenten har blandt andet undervist sygedagpengemodtagere i smertetackling og formidler desuden viden om kommunens samlede sundhedstilbud til området, således at der blandt andet ses relativt mange henvisninger af borgere fra sygedagpengeområdet til eksempelvis patientuddannelse.

Den tværgående sundhedskonsulent er også fast tilknyttet Børneområdet, men her har man i mindre grad gjort brug af konsulentens ressourcer. Der er ingen tvivl om, at der for den tværgående stilling har været en vis indkøringsfase, hvor konsulenten har skullet gøre de øvrige områder opmærksom på sine kompetencer og mulighederne i stillingen. Konsulenten tilbyder blandt andet at holde oplæg for medarbejdergrupper rundt omkring i kommunen for at øge synligheden af sine kompetencer.

I Børne- og Familieområdet prioriteres det at

få sundhedstanken helt ud i yderste led, hvor sundhed handler om sociale kompetencer og om at mestre sammenhænge. Denne forståelse af sundhed ligger fint i forlængelse af sundhedsstabens tanker om sundhedsfremme som sammenhængskraft, og der er da også et godt samarbejde mellem områderne, ikke mindst hvad angår de borgerrettede sundhedsfremmeopgaver. Til gengæld synes der at være en vis usikkerhed i forhold til idégenerering, beslutningskraft og finansiering, når det gælder de forebyggende opgaver. Dels har kommunen overordnet set stort fokus på forebyggelse af kronisk sygdom og herunder indsatser relateret til KRAM-faktorer og især målrettet den voksne befolkning. Dels er Børne- og Familieområdet *'skeptiske omkring projekter, som voksenområdet og Sundhedsstyrelsen gør sig meget i'* og oplever samtidig, at de tidlige indsatser forankret i driften har været underprioriteret. Sundhedsområdet opfatter givetvis ikke sig selv som særlig projektorienteret, og situationen illustrerer tydeligt sundhedsstabens vanskelige balance mellem på den ene side at synliggøre området på tværs gennem tilbud om konkret projektsamarbejde og konsulentressourcer og på den anden side at forholde sig åbent og respektfuldt til kerneydelserne i de forskellige forvaltningsområder.

Et af de store tværgående projekter i Ikast-Brande Kommune, der har betydet meget for det tværgående samarbejde, er byomdannelseprojektet i Nørre Snede. Projektet udgår fra Teknisk område, som også fik ideen og søgte og fik økonomisk støtte fra Velfærdsministeriet. Formålet med byomdannelseprojektet er – ud over som i

byfornyelsesprojekter at forbedre bygninger, veje, pladser osv. - i høj grad at fokusere på inddragelse og aktiv medvirken af borgerne i lokalmiljøet i alle processer af projektet. Sundhedsområdet har ikke bidraget økonomisk, men har været aktive i projektet fra starten, ikke mindst fordi borgerne i Nørre Snede generelt har dårligere sundhed og sociale forhold end øvrige borgere i kommunen.

Den oprindelige styregruppe for projektet omfattede således foruden borgmesteren en række chefer og udviklingskonsulenter på tværs af kommunen; fra Drift- og Anlæg, Sundhed, Psykiatri, Børne- og Familie samt Kulturafdelingen. Efter første års planlægningsfase trådte styregruppen mere i baggrunden, fordi borgerne i Nørre Snede, hvoraf ti i mellemtiden var uddannet som byudviklere, i høj grad tog over sammen med den daglige projektgruppe. Projektet er nu i byggefasen, hvorfor det især er Drift og Anlæg, der tager teten sammen med den koordinerende borgergruppe.

Projektet i Nørre Snede har været betydningsfuldt for samarbejdet i kommunen, fordi det har været netværksskabende på tværs af områder, og fordi medarbejdere i de forskellige afdelinger har oplevet, at det var en fordel at se tingene fra forskellige vinkler. Fra det tekniske område har man lært at se udfordringer og løsninger også relateret til sociale og sundhedsmæssige problemer, og der er stor tiltro til, at disse erfaringer vil blive bragt med ind i fremtidige opgaver.

# Slagelse Kommune



Den administrative organisering af Slagelse Kommune gengives i kommunens organisationsdiagram som en cirkel. Inderst i cirklen er direktionen, hvorfra fagområderne organiseret i centre og stabe udgår. Yderst i cirklen er kommunens virksomheder, dér hvor kommunen møder borgerne, dvs. institutioner, skoler, idrætshaller, plejecentre, sundhedstjenesten m.v. Illustrationen kan også ses som en kegle set oppefra, hvorved den illustrerer både ledelsesstrukturen i organisationen og det forhold, at kommunens forskellige politikerområder hænger sammen og påvirker hinanden. Med kommunens cirkel- eller kegleformede organisering ønsker man at bidrage til at sikre helhed og sammenhæng i opgaveløsningen.

Kommunens cirkel- og kegleformede organisering, der afløste en mere traditionel forvaltningsstruktur, har flere formål. Tætheden mellem fagområderne, den manglende luft, signalerer nedbrydning af forvaltningssiloer og den typiske linjeorganisation. Dette signal er yderligere understreget ved, at direktørerne er vist som en koncerndirektion i midten af cirklen. Organiseringen signalerer også en flad ledelsesstruktur, hvilket desuden ses ved, at der ikke er angivet chefer og ledere i fagområderne. Endelig illustrerer virksomhedernes placering i den yderste cirkel det operationelle niveau og nærheden til borgerne.

Center for Folkesundhed er et selvstændigt center under direktionen. Sundhedschefen, leder af Center for Folkesundhed, er ansvarlig for udmøntning af sundhedspolitikken i samarbejde

med de øvrige center- og stabschefer. Samarbejdet på chefniveau sikres ved faste center- og stabschefmøder samt ved afholdelse af årlige møder, hvor indsatsen på sundhedsområdet i de respektive faglige miljøer aftales.

Center for Folkesundhed varetager udviklings- og strategipgaver relateret til sundhedspolitikken, står for kommunens samarbejde med det regionale sundhedsvæsen og arbejder med tværgående forebyggelsesopgaver i relation til blandt andet børn, unge og familier samt de fysiske udendørs rammer. Center for Folkesundhed har desuden ansvar for både udvikling, koordinering og implementering af forløbsprogrammer til borgere med kronisk sygdom og en række borgerrettede forebyggelsestilbud samt for gennemførelse af forebyggende hjemmebesøg blandt ældre.

De konkrete, borgerrettede tilbud forventes at overgå til drift, når Center for Folkesundhed i begyndelsen af 2012 lægges sammen med Center for Ældre. Politisk har de to nuværende centre siden januar 2011 begge hørt under Sundheds- og Omsorgsudvalget. Driftsopgaverne i Center for Ældre omfatter sygeplejen, hjemmeplejen og genoptræning. Sundhedstjenesten ligger sammen med blandt andet tandplejen i Center for Børn, Unge og Familier, mens Misbrugs- og Handicapområdet hører til i Center for Handicap, Socialpsykiatri og Misbrug.

## En cirkel- og kegleformet organisering

'Det handler ikke bare om: Hvordan kan I medvirke til at øge sundhed i Slagelse Kommune, men også om, hvordan sundhed kan hjælpe med at understøtte de

*mål, I har. Sundhed skal være et tværgående mål, og hvis det når ud og reelt integreres i de øvrige fagområder, vil de sådan set kunne overtage sundhedsområdets dagsorden. Så bliver vi faktisk overflødige ...'*

### *Etablering af en ny samarbejdskultur*

Både chefer og medarbejdere i Slagelse Kommune er glade for at fortælle om deres særlige cirkel- og kegleformede organisering, og om, hvorfor den ser ud, som den gør. Organiseringen udspringer af initiativer i forlængelse af tiltrædelse af en ny direktion i 2008, hvor kun kommunaldirektøren var den samme som tidligere. Den nye direktion ønskede at skabe en fælles og ny kultur for kommunen, der er en sammenlægning af fire kommuner, og man påbegyndte derfor et større værdiarbejde for kommunen som arbejdsplads. De fleste medarbejdere i kommunen var involveret i processen, der udmundede i et værdigrundlag med fire værdier: Modig, tydelig, kompetent og med glæde. Den cirkelformede organisationsmodel havde således til formål at bidrage til en større kulturforandringsproces, hvor man ønskede fokus på udvikling og ansvar snarere end blot udførelse af driftsopgaver.

Der er flere gange ændret på organisationen, siden den blev cirkelformet. Blandt andet har direktionen skiftet ansvarsområder flere gange. Tidligere var der en velfærdsdirektør, men man erkendte, at der var for mange store driftsområder tilknyttet et sådant område og har derfor efterfølgende fordelt driftsområderne mere ligeligt mellem direktørerne. Flere mener, at skift i direktionens ansvarsområder er en stor fordel,

fordi direktørerne således lærer flere områder at kende og bliver opmærksomme på, hvad de kan, og hvad de leverer til organisationen. I Center for Folkesundhed, hvor man med den kommende sammenlægning med Center for Ældre igen skifter direktør, mener nogle dog, at det vil være rart med kontinuitet. Der er også ændret på opgavefordelingen mellem centre, blandt andet hørte Misbrugscentret efter kommunesammenlægningen under Center for Folkesundhed, mens de forebyggende hjemmebesøg tidligere hørte til under Center for Ældre.

Der er i kommunen etableret flere netværk mellem medarbejdere i forskellige fagområder, der arbejder med optimering af ydelser på tværs for specifikke grupper af borgere. Nogle efterspørger dog øget fokus på borgerne, idet man mener, at et sådant fokus automatisk ville give mere samarbejde, fordi man ville opleve interessefællesskaber på tværs af centrene. I forlængelse heraf problematiseres kommunens værdier, som især relaterer sig til medarbejdernes arbejde, fordi man hermed risikerer ikke at have borgerne i centrum. I modsætning hertil mener andre i kommunen, at både ledelse og organisering i høj grad opfordrer til samarbejde, fordi der ikke er skel mellem fag- og direktørområderne. Der er naturligt mest samarbejde inden for eget center, men i samarbejdet mellem centre synes der ikke at være forskel på, hvorvidt de pågældende centre ligger i samme eller i forskellige direktørområder.

Den cirkelformede organisering synes at have medvirket til at sætte fokus på kommunen som



en arbejdsplads, der er mindre hierarkisk end tidligere, og på fagområders og centres afhængighed af hinanden. *'Organiseringen gav stor mening, da den blev lavet. Den tegnede det, vi ville, nemlig have en enhedsdirektion og en række centre, der er afhængige af hinanden. Den er blevet mere flad. Linjerne er brudt ned. Man kontakter hinanden direkte.'*

### Tværgående projektsamarbejde

I forlængelse af ønsket om at arbejde mere udviklingsorienteret har kommunen en fælles projektmodel, og mange medarbejdere har været på projektlederkursus. Projektarbejdsformen er således velintegreret i kommunen, men flere påpeger, at der er for mange projekter i gang i forhold til, hvor meget der følges op på. Det opleves vanskeligt at vurdere, hvilke projekter der er strategisk vigtige, og hvilke man blot forventes at bidrage til, hvis man har særlig interesse og overskud. Der har været tanker om at oprette et projektkontor, hvor man kunne få et samlet overblik over alle projekter i kommunen, men det er endnu ikke blevet til noget. Der efterspørges et sted eller nogle personer, der kan holde trådene og have styr på alle de mange forskellige projekter, der er i gang i kommunen.

Projektarbejdet i kommunen menes at blive støttet af organisationen, der via den kegleformede struktur illustrerer, at man kan lave projekter på tværs, og at man som projektleder vil have ressourcer til rådighed på tværs af fagområder. I et projekt i sundhedstjenesten, hvor der uddannes frivillige til bydelsmøder, har projektlederen således kunnet *'ringe til hvem som helst i cirklen*

*og selv finde ressourcer til projektet'*. Det erkendes dog, at denne meget direkte kontakt forudsætter kendskab til og gode relationer ind i de øvrige fagområder. I interviewet med projektlederen deltager også en skoleleder, og betydningen af relationerne til de øvrige områder viser sig tydeligt ved, at der i løbet af interviewet ivrigt diskuteres muligheder for at inkludere skoleområdet i et projekt om overvægtige børn; *'hvorfor er skolerne ikke med i projektet? Der er jo skolebørn, der er så tykke, at de er truede på deres sundhed'*.

Situationen beskriver naturligvis det faktum, at ikke alle i en relativ stor og geografisk spredt kommune kan have kendskab til hinanden. Samtidig er det ikke altid muligt at inkludere alle potentielle interessenter i et givent projekt – og heller ikke altid ønskeligt at inkludere alle, fordi mængden af projekter for de forskellige områder i så fald ville blive overvældende. Situationen viser dog også, at der for kommunens virksomheder – der ligger yderst i tredje cirkel – tydeligvis er større afstand ind i fagområderne og dermed også på tværs af organisationen. Skolerne initierer sjældent selv projekter, men bliver snarere inviteret og accepterer så dem, de kan se en mening med. Set fra yderste led i cirklen, fra den enkelte skole, synes den cirkelformede organisering dels at virke, fordi den faktisk understøtter måden at arbejde projektorienteret på, dels at illustrere virksomhedernes dekobling fra fagområderne. *'Som virksomhed svæver man lidt ude i ingenting. Det er ikke så let at bane vejen ind.'*

Netop spørgsmålet om, hvorvidt projekterne giver mening for det fagområde eller den virk-



somhed, der inviteres ind, påpeges som særligt vigtigt. Eksempelvis er der indgået samarbejde mellem en skole og konsulenter fra Center for Folkesundhed samt konsulenter fra Center for Børn, Unge og Familier om udvikling af en samlet sundhedsstrategi med tilhørende indsatsområder for skolen. Formålet set fra konsulenternes side har været at bruge arbejdet som case for udarbejdelse af en generel skabelon for sund-

hedspolitikker på skoler. Fra skolens side har projektet givet mening, fordi man med et stort fokus på sundhed – bevægelse, sund mad i kantinen osv. – ønsker at promovere skolen positivt for at tiltrække flere børn fra ressourcestærke familier.

Der synes i det hele taget at være etableret et godt samarbejde mellem Center for Folkesundhed og centre, der arbejder med børn og unge. Det skyldes ikke mindst de to konsulenter, der



har særligt ansvar for at arbejde med sundhed på tværs i forhold til denne målgruppe. Konsulenterne bidrager på eget initiativ med viden til de øvrige centre, men indgår også i stigende omfang i projektgrupper på opfordring fra andre. I Folkesundhed mener man, at en af grundene til det gode samarbejde er, at de tidligere i forbindelse med et projekt om breddeidræt har været rundt på alle skoler og gennemført interview for

at kortlægge, hvilke sundhedsaktiviteter der er på hver af skolerne. Interviewrunden menes at have medført dels, at man har lært hinanden at kende på tværs af fagområder, centre og virksomheder, dels at skolerne har reflekteret over deres egen indsats i forlængelse af interviewet og ved at lære om, hvilke indsats på sundhedsområdet de øvrige skoler i kommunen har.

Center for Folkesundhed og Center for HR og

Personale har samarbejdet om et større projekt om implementering af sundhedspolitikken for medarbejderne i Slagelse Kommune. Projektet er i forlængelse af kommunens projektmodel etableret med en styregruppe med udviklingsdirektøren, jobcenterchef, ældrechef samt chefer fra Center for Folkesundhed og HR og Personale. Projektet er kørt gennem MED-organisationen med repræsentanter fra hovedudvalget i projektgruppen. Projektets indsatser har omfattet spørgsmål om sundhed i MUS-samtaler, kantinemad og bæredygtig kantinedrift samt kommunikationsindsatser rettet mod kommunens medarbejdere, eksempelvis oplysninger om særlige events, DHL-stafet m.v.

Der har været et godt samarbejde mellem Center for Folkesundhed og HR og Personale, der har haft fælles interesse i projektet. Der har dog i høj grad været udfordringer med implementeringen af projektet i de forskellige centre efterfølgende. Det gælder eksempelvis kantinepolitikken, hvor projektgruppen oplever, at selvom den tværgående styregruppe har godkendt politikken, bliver den ikke efterlevet i alle dele af kommunen. Selvom projektet formelt var afsluttet og styregruppen nedlagt med politikkens færdiggørelse, har projektgruppen på baggrund af den manglende implementering fået den oprindelige styregruppe til fremover at mødes årligt for at følge op på målene. Projektet ses derfor blot som en start på samarbejdet mellem Center for Folkesundhed og HR og Personale, der oplever, at der er mange yderligere tiltag, der kan gøres for at mindske sygefraværet i kommunen og i det hele

taget løfte sundheden i kommunens centre og virksomheder. *'Der ruller en snebold. Man skal bare bide sig fast og blive ved.'*

### Udviklingskraften

Der er i alt seks udviklingskonsulenter i Center for Folkesundhed. Et par af konsulenterne arbejder med strategi og udvikling på sundhedsområdet generelt, mens de øvrige har specifikke fagområder, hvor de har til opgave at sikre udvikling og samarbejde, og hvor de fungerer som fagområdets indgang til sundhedsområdet. Der er ingen af udviklingskonsulenterne, der har driftsopgaver direkte i forhold til borgerne.

Udviklingskonsulenterne mener, det er særdeles vigtigt, at de sidder samlet i et fagområde, hvor de har et fagligt miljø omkring sundhedsopgaven og kan sparre med hinanden i det daglige. De synes derfor ikke umiddelbart, det vil være hensigtsmæssigt at flytte konsulenterne ud i de øvrige fagområder, således at eksempelvis konsulenterne i Center for Folkesundhed, der arbejder særligt med børn og unge, flytter til f.eks. Center for Skole, Center for Dagtilbud eller Center for Børn, Unge og Familier. Den samlede udviklingskraft placerer samtidig ansvaret for udvikling af fagområdet. Der sker meget på sundhedsområdet, og kommer hele tiden ny viden og nye centrale initiativer. Konsulenterne mener klart, at det er en fordel, at det for alle er tydeligt, at de har ansvaret for at holde sig ajour på området og fungere som et kommunalt "videnscenter" på folkesundhedsområdet.

Der er mange overvejelser om, hvilken place-

ring af sundhedsområdet der vil være mest hensigtsmæssig. Af mulige andre placeringer nævnes, at navnlig udviklingskonsulenterne knyttet til strategi og udvikling med en vis fornuft kunne flyttes til Udvikling og Strategi. Dette anses dog ikke p.t. som hensigtsmæssigt af hensyn til fastholdelse af den faglige forankring og synergi mellem kompetencerne hos de øvrige konsulenter på sundhedsområdet. Samtidig mener man, at sammenkoblingen af udviklingskraften på sundhedsområdet og udvikling og implementering af de borgerrettede tilbud skaber en politisk synlighed. Eksempelvis nævnes sundhedstjek på mandarbejdspladser som noget konkret, hvor politikerne kan se, at de får noget ud af området. Ligeledes skabes der synlighed i resten af den administrative organisation, og det bliver derfor lettere at kommunikere ud, at man også har ansvar for de



tværgående sundhedsopgaver, så de øvrige fagområder ved, hvor de skal henvende sig med nye initiativer og lignende.

Mens koblingen mellem udviklingskraften og implementering af forebyggelsestilbud betragtes som en fordel, er man samtidig opmærksom på, at udviklingskraften ikke 'skal drukne i for meget drift'. Dette giver anledning til en vis bekymring i forhold til den forventede kommende sammenlægning med Center for Ældre, hvor det dog samtidig erkendes, at der vil være fordele ved sammenlægningen, fordi der er så store snitflader mellem opgaverne, og man derfor vil kunne få en bedre udnyttelse af kapaciteten; både medarbejdere og fysiske ressourcer. I virkeligheden synes flere af udviklingskonsulenterne, at det kunne være en idé som samlet gruppe at flytte rundt mellem de øvrige fagområder for at lære dem at kende og skabe øget samarbejde på tværs. Ideen om at skifte rundt på områdets placering opfattes dog ikke for at være hensigtsmæssig i praksis, fordi der er pres på ressourcerne, og jævnlige flytninger ville tage for meget energi fra opgaveløsningen.

Organiseringen med en samlet gruppe af udviklingskonsulenter, der arbejder med de tværgående sundhedsopgaver, opleves alt i alt som velfungerende på grund af det faglige miljø, som anses for at være en nødvendighed, når der er tale om en kommunal opgave, der er relativt ny og under stadig udvikling. Den samlede gruppe fungerer også godt, fordi man – efter den hektiske tid med kommunesammenlægning og fokus på egen 'kasse' og som resultat af kommunens



generelle fokus på udvikling og projektarbejdsformen - efterhånden er blevet bedre til at arbejde tværgående og huske hinanden på at inddrage andre i arbejdet, når det kan give mening for dem og for opgaveløsningen. Man oplever, at der etableres stadig flere samarbejdsrelationer på tværs, og at sundhed indtænkes i stadig flere opgaver i alle fagområder. Man leger med tanken

om, at det måske en gang i fremtiden vil være sådan, at man ikke længere behøver et samlet fagligt miljø for de tværgående sundhedsopgaver, fordi sundhed på det tidspunkt vil være helt integreret i de øvrige fagområder. 'Hvis det skulle komme dertil, at alle tænker sundhed ind, kunne vi som konsulenter flyttes ud og sidde i hver sin stab.'

# Organisering og implementering på tværs

De fem kommuner er organiseret forskelligt, og det interne tværgående samarbejde i kommunen relateret til udvikling og implementering af sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaverne varetages på forskellig vis. De forskellige organiseringer skaber forskellige muligheder og betingelser for samarbejdet på tværs. I litteraturen omtalt indledningsvis i publikationen belyses en række faktorer knyttet til kommunens organisering, der har betydning for den tværgående opgaveløsning. Litteraturen viser, at implementering af sundhed på tværs fremmes af, at kommunen er organiseret med en stor og synlig enhed med ressourcer i form af midler, medarbejdere og ledelse. Enheden skal være fagligt stærk og arbejde systematisk med brug af viden og med innovation og udvikling. Enheden, der arbejder med at skabe sundhed på tværs, skal have kendskab til de øvrige områder og forståelse for deres interesser, ressourcer og praksis. Den skal medvirke til at danne netværk på tværs og opbygge tillid og involvere de øvrige områder, så der skabes fælles ejerskab for opgaveløsningen. Målene for nye tiltag skal give mening og opleves som vigtige for alle involverede.

I det følgende diskuteres væsentlige iagttagelser, der går på tværs i gengivelsen af erfaringer fra de fem kommuner. I forlængelse af litteraturen på området diskuteres følgende temaer:

- Den tværgående sundhedsenhed
- Fokus på faglighed og udvikling
- Netværksdannelse og kendskab til hinanden
- Inddragelse, tillid og ejerskab
- Fælles mål, der giver mening for alle
- Organisering som dynamisk værktøj

## Den tværgående sundhedsenhed

Sundhedsområdet er organiseret forskelligt såvel politisk som administrativt i de fem kommuner. I Aalborg har sundhedsområdet egen politisk ledelse, og også Gladsaxe har et politisk udvalg for forebyggelse og sundhed. I Slagelse og Ikast-Brande hører sundhed politisk sammen med ældreområdet i et sundheds- og omsorgsudvalg. I Odense ligger sundhedsområdet ikke under et specifikt politisk udvalg; økonomiudvalget har det koordinerende og styringsmæssige ansvar, mens hvert af fagudvalgene har ansvar for udvikling og drift inden for eget område.

Administrativt har Gladsaxe, Aalborg, Ikast-



Brande og Slagelse en samlet enhed – afdeling, stab eller center - der arbejder specifikt med udvikling af de tværgående sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaver. I Odense er opgaverne forankret i strategisk sundhedsgruppe og videncenterfunktionen, der dog ikke er en fysisk enhed. I alle kommunerne ligger ansvaret for implementering, for udmøntningen af sundhedspolitikken eller gennemførelse af nye indsatser, i de respektive fagforvaltninger.

Udviklingen af de tværgående sundhedsopgaver er i Gladsaxe Kommune forankret i en afdeling i en forvaltning med yderligere to afdelinger. Afdelingen er tværgående i egen forvaltning og

har foruden udvikling også driftsopgaver, ikke mindst i relation til kommunens forebyggelsescenter. I Aalborg Kommune er der ligeledes en afdeling, der står for udviklingen af opgaverne og for kommunens sundhedscenter. I forhold til Gladsaxe udgør afdelingen i Aalborg dog en større del af det forvaltningsområde, den er forankret i, og afdelingen er tværgående for hele kommunen. I Ikast-Brande Kommune er udvikling og koordinering af de tværgående sundhedsopgaver forankret som stab i et direktørrområde, mens driften ligger i afdelinger i samme eller i de øvrige direktørrområder. Opgaverne i sundhedsstaben i Ikast-Brande omfatter udvikling



og koordinering og svarer til dem i afdelingerne i Gladsaxe og Aalborg. Slagelse Kommunes cirkelformede organisering gør den forskellig fra de øvrige, men i forhold til forankring af sundhed på tværs ligner den Gladsaxes organisering, idet udviklingen ligger i et af flere centre under et direktørområde, og man har ansvar også for drift af en række sundhedstilbud. I Odense Kommune varetages udvikling af tværgående sundhed i en strategisk sundhedsgruppe, der understøttes af en videnscenterfunktion med udviklingskonsulenter samt sundhedskoordinatorer, der er fysisk placeret i fagforvaltningerne. Det tværgående sundhedsområde er altså ikke administrativt forankret i en specifik afdeling eller forvaltning. Den forskellige administrative organisering af

kommunerne ligger i forlængelse af kommunernes mål for opgavevaretagelsen. I Gladsaxe Kommune og i Aalborg Kommune har man prioriteret at skabe en stærk, selvstændig administrativ enhed for at få fokus på de kommunale sundhedsopgaver og sikre beslutningskraft. Afdelingerne har derfor tyngde i form af ledelsesmæssige, personalemæssige og økonomiske ressourcer, hvilket understreges af, at man begge steder har budgettet for den aktivitetsbestemte medfinansiering i afdelingen. Samtidig er afdelingerne gjort helt eller delvis tværgående med henblik på at sikre forankring og implementering på tværs af kommunerne.

I Ikast-Brande Kommune har man trods kommunens relativt lille størrelse valgt at etablere en sundhedsstab uden driftsopgaver for at sikre området tilstrækkelig udviklingskraft. Opdelingen af sundhedsstaben i to enheder har haft til formål – også symbolsk – at sætte fokus på sundhedsfremmetankegangen i hele kommunen. Organiseringen i Slagelse Kommune afspejler ligeledes, at kommunen ønskede at sætte fokus på en ny samarbejdskultur og at nedbryde hierarkiske og tværgående barrierer. I Odense Kommune afspejler organiseringen en meget bevidst strategi om, at sundhed på alle måder skulle defineres som et tværgående område tæt på driften og derfor hverken skulle have egen politisk eller administrativ forankring.

### Fokus på faglighed og udvikling

Beskrivelsen af organisering og implementering af sundhed på tværs i de fem kommuner vi-

ser tydelig forskel i implementeringsstrategier. Som yderpunktet kan der satses på en relativt stor og stærk enhed med beslutningskraft til at påvirke på tværs af kommunen eller på en organisering, hvor beslutninger tages tættere på driften, og hvor implementering i højere grad baseres på netværksdannelse. Fordelen ved den stærke enhed er, at der kan skabes resultater fra start, mens den netværksbaserede organisering formentlig tager længere tid at få til at fungere. Til gengæld er det tænkeligt, at man med en vel fungerende netværksbaseret organisation fremadrettet vil være godt rustet til hurtigt at implementere nye tiltag i drift.

Forholdet mellem nærhed til drift og udviklingskraft er et opmærksomhedspunkt i alle kommunerne. På den ene side ønsker man, at udviklingen ikke kommer for langt fra driften til at sikre relevansen af nye tiltag. På den anden side er man opmærksom på, at den tværgående udvikling skal adskilles fra driften, fordi det generelt opleves, at driften fylder meget og presser sig på i hverdagen, så det er svært at prioritere udvikling. Desuden er man bekymret for, at det vil være vanskeligt at fastholde tilstrækkelige ressourcer til udvikling, hvis budgetterne slås sammen med de store driftsområder, der i forvejen er under ressourcepres. Endelig opleves det som vanskeligt for udviklingsmedarbejdere knyttet direkte til driftsforvaltninger at holde sig orienterede om, hvad der sker på tværs af kommunen, hvorfor man risikerer, at udviklingen udelukkende retter sig mod driften på et særligt fagområde.

I alle fem kommuner – uagtet om udviklingskonsulenterne er fysisk placerede i en enhed – fremhæves det som væsentligt, at der skabes mulighed for faglig udvikling og sparring. Sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaverne er relativt nye for kommunerne, og der er behov for en samling af de særlige kompetencer på området og en tydelig placering af ansvaret for at holde sig opdateret med viden og følge med i, hvad der foregår nationalt på området. Samlingen af den faglige viden er også væsentlig i forhold til samarbejdet med det regionale sundhedsvæsen om sundhedsaftalerne og samarbejde om nye løsninger.

Sparringen mellem udviklingskonsulenter er ikke kun relevant i forhold til faglig viden, men også i forhold til metoder for det tværgående arbejde. I flere af kommunerne arbejdes systematisk med projektarbejdsformen, der netop er særlig velegnet til udviklingsopgaver, der går på tværs af eksisterende linjer og søjler, og udviklingskonsulenterne har derfor behov for projektrelaterede kompetencer. I Aalborg Kommune nævnes sundhedsafdelingens kompetencer på dette område som en ressource for de øvrige forvaltninger og afdelinger, og dette synes også at være tilfældet i flere af de øvrige kommuner.

Flere steder tales også om, at konsulenterne med tværgående opgaver har brug for særlige kompetencer i forhold til at agere på tværs; de skal kunne 'sparke døre ind på en anerkendende måde'. Der opleves et stort behov for, at udviklingskonsulenterne deler erfaringer om, hvordan man bedst henvender sig til de øvrige afdelinger



og forvaltningsområder. Ligeledes er der behov for at sikre udviklingskonsulenterne det nødvendige mandat til det tværgående arbejde. Kommunerne er opmærksomme på, at en placering af udviklingsenheden tæt på kommunens øverste ledelse, eventuelt som stab under kommunaldirektøren eller lignende, ville kunne støtte udviklingsmedarbejderne i det tværgående arbejde; på den anden side ønsker man som tidligere nævnt ikke at placere udviklingskraften for langt fra driften.

## Netværksdannelse og kendskab til hinanden

Kompetencerne i relation til det tværgående arbejde omfatter også kompetencer til at skabe netværk. I alle fem kommuner fremgår det tydeligt, at samarbejde lettes af personligt kendskab. Netværk handler dog ikke kun om personlige relationer, men også om kendskab til organisationen, så man ved, hvor man kan få oplysninger, og hvor man kan henvende sig med relevant viden eller ønsker om samarbejde. Der forudsættes derfor stor viden om og forståelse for arbejdet i de øvrige forvaltninger og afdelinger.

Netværksdannelse og især uformelle netværk har alt andet lige bedre vilkår i mindre kommuner, hvor medarbejderne møder hinanden i flere sammenhænge og derfor løbende kan arbejde på at skabe fælles forståelse for hinandens fagområder. I store kommuner kender man ikke hinanden – i hvert fald personligt – i samme udstrækning. Det synes derfor særligt nødvendigt i store kommuner at have en enhed, der arbejder



specifikt for at få et sådant tværgående kendskab, og som kan fungere som knudepunkt for netværksdannelse på tværs af kommunen.

Som det er fremgået, udgør arbejdet med at etablere netværk, skaffe sig viden om de andre og sætte sig ind i deres arbejde en ikke ubetydelig del af arbejdet for udviklingskonsulenter med de tværgående sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaver. Der er dog tale om arbejde, der ikke er synligt udadtil, hvilket er en ulempe for netværksdannelsen, fordi de øvrige forvaltninger og afdelinger har brug for at vide, hvad de kan bruge den tværgående enhed til, og hvor de kan henvende sig. Udviklingskonsulenterne er derfor meget opmærksomme på at skabe synlighed og gensidig forståelse ved at komme ud til øvrige afdelinger i organisationen, når der opstår en anledning hertil. Udvikling af sundhedspolitikken har i flere kommuner været benyttet bevidst som en anledning til at skabe netværk og kendskab på tværs af kommunen.

I alle de fem kommuner er det erfaringen, at samarbejdet på tværs lettes, hvis man henven-

der sig til andre områder med konkrete forslag om undervisning, samarbejde om projekt eller lignende. Når først der er etableret samarbejde om noget konkret og skabt tillid i forhold til faglighed og fælles interesser, er det oplevelsen, at man fremover lettere kan henvende sig på tværs af kommunen, også selvom der er tale om noget mindre konkret såsom udveksling af ideer m.v. I flere af kommunerne er man desuden opmærksom på, at det er nødvendigt at have overblik over projektrelaterede aktiviteter i kommunerne med henblik på bedre at kunne koordinere og inddrage relevante kompetencer på tværs af kommunen. Den tværgående udviklingsenhed har ofte et sådant overblik på sundhedsområdet, men nogle steder finder man desuden behov for at etablere et porteføljestyringsredskab eller et egentligt projektkontor.

## Inddragelse, tillid og ejerskab

Det opleves – på nuværende tidspunkt – i kommunerne som mest hensigtsmæssigt at forankre det tværgående sundhedsarbejde i tilknytning til en fagforvaltning – eller som i Odense som en strategisk, ikke-fysisk enhed. Forankringen af udviklingskraften for det tværgående sundhedsarbejde har, som det har vist sig, en række fordele i forhold til blandt andet faglighed, synlighed og erfaringsudveksling. Der synes dog også at være en utilsigtet negativ følgevirkning, idet de øvrige forvaltningsområder i nogen udstrækning er tilbøjelige til at betragte det tværgående arbejde som udviklingsenhedens snarere end alles ansvar. Når udviklingsenheden tager ansvar for at

holde sig fagligt opdateret og give information om nye initiativer til de øvrige afdelinger, indkalde til møder i tværgående styre- og arbejdsgrupper, forberede sager m.v., synes det, som om de øvrige uundgåeligt kommer til at mene, at det så ikke er noget, de selv behøver at tage sig af.

Man kan således forestille sig det paradoks, at jo mere aktiv, synlig og udadgående den tværgående enhed er, jo oftere vil der i den øvrige organisation være nogle, der vil være tilbøjelige til ikke at deltage aktivt og til ikke at opleve ejerskab for opgaverne. Det forekommer således i flere kommuner, at mens udviklingsenheden arbejder målrettet på at involvere de øvrige områder, opleves det blandt nogle medarbejdere i andre forvaltninger og afdelinger alligevel, som om udviklingsenheden hovedsageligt varetager egne eller 'de andres' interesser og ikke i tilstrækkelig grad inddrager 'os'. Spørgsmålet er, om ikke ressourcepres i kommunerne og forvaltningernes kamp om ressourcernes fordeling i nogen grad virker som en barriere for accepten af og tilfredsheden med opgaveløsningen i andre forvaltninger.

Udfordringer relateret til deltagelse i det tværgående arbejde hænger formentlig ud over ovenstående også sammen med, at det kan være svært umiddelbart at se betydningen af det tværgående i forhold til presserende udfordringer i eget driftsområde. Driften fylder meget, og de bedste eksempler fra kommunerne på velfungerende tværgående samarbejde er netop karakteriseret ved, at det var tydeligt for alle parter, hvilken interesse de hver især fik dækket; alle kunne

tydeligt se svaret på spørgsmålet 'what's in it for me?'

### Fælles mål, der giver mening for alle

Den formentlig største udfordring for samarbejdet på tværs i kommunerne er økonomien. Økonomien er presset i kommunerne, og der er mange driftsopgaver, der skal løses i det daglige. Forvaltningerne har selvstændige budgetter, og samarbejde på tværs af forvaltningsområder fordrer derfor, at alle kan se en klar interesse i samarbejdet; at driften lettes, eller at man sparer penge. Ofte vil indsatser, der gavner befolkningens eller særlige befolkningsgruppers sundhed, dog netop skulle implementeres i ét område, mens gevinsten først vil kunne høstes senere og i et andet området.

Den enkelte forvaltnings interesse i egen økonomi er formentlig en af de væsentligste grunde til, at samarbejdet inden for egen forvaltning synes lettere end samarbejde på tværs af forvaltningsområder. Faktorer såsom beslutningskraften hos en fælles ledelse og øget personligt kendskab til andres arbejdsfelt grundet fælles informationskanaler i egen forvaltning har naturligvis også betydning, men den økonomiske adskillelse og ledelsens medfølgende ansvar for målopfyldelsen i egen forvaltning opleves som en væsentlig barriere.

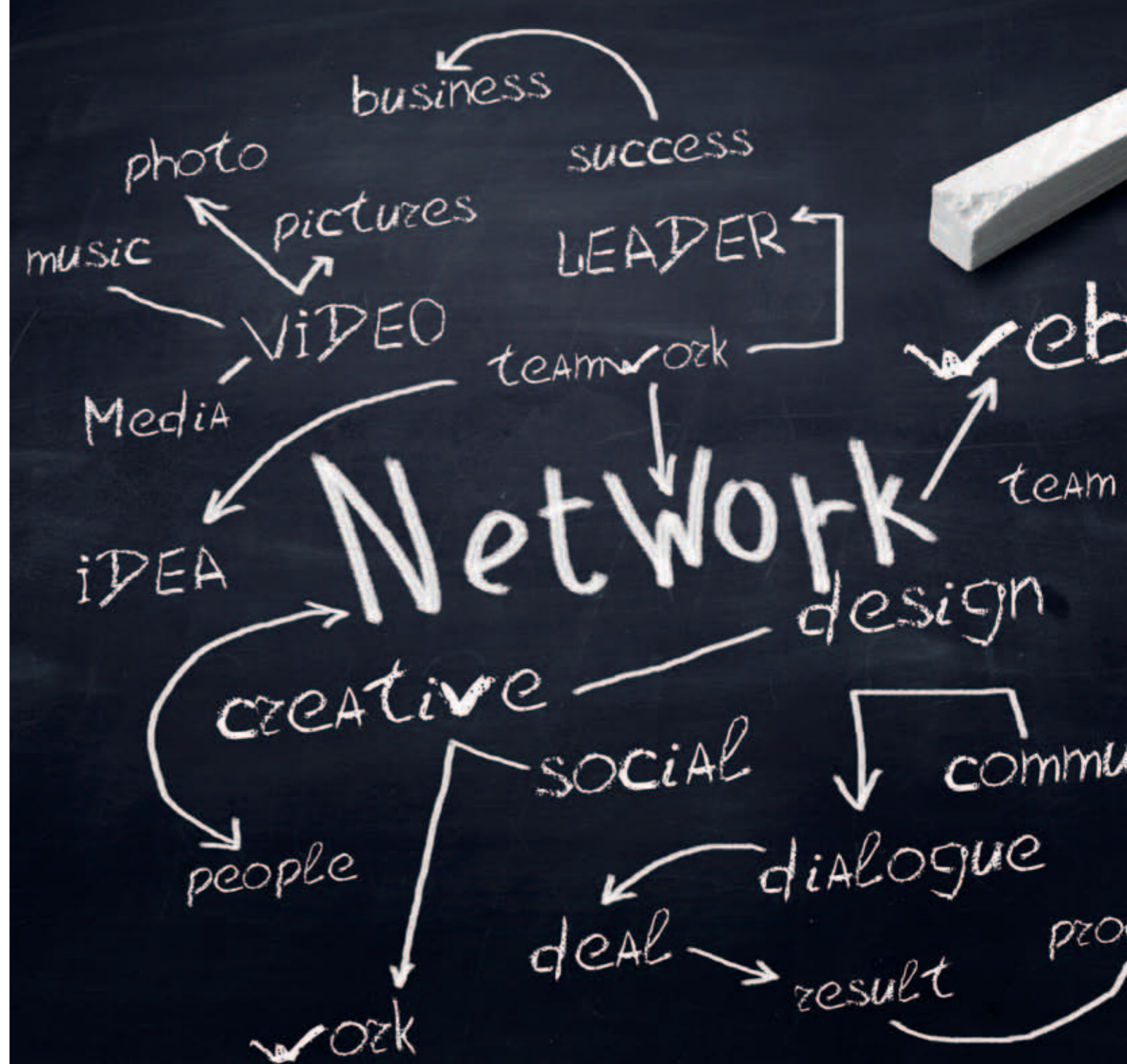
I de fem kommuner har man organisatorisk forsøgt at skabe incitament og nedbryde barrierer for samarbejde ved at placere den aktivitetsbestemte medfinansiering i afdelingen for det tværgående sundhedsområde, ved at lægge

områder med ydelser rettet mod samme borgergruppe og med potentiale for udnyttelse af fælles kapacitet i samme forvaltning, ved at indføre koncernledelse eller ved at indføre matrixorganisering, hvor ansvaret ligger hos alle forvaltninger. Det synes tydeligt, at disse organisatoriske løsninger hver især har fordele og virker fremmende på samarbejdet på tværs. Samtidig kan ingen af disse organiseringer formentlig for alvor skabe tværgående løsninger på udfordringer, hvor effekterne først ses på sigt og i et overordnet perspektiv.

Ledelsen med ansvar for sundhed på tværs efterspørger derfor samstemmende tværgående mål og andre incitament, herunder økonomiske, for samarbejdet på tværs. Det skal kunne betale sig at ændre på driften i en forvaltning, hvis der er besparelser at hente på kommunalt niveau. Ellers vil det tværgående arbejde uundgåeligt blive underprioriteret, og kommunen vil overordnet set ikke kunne løse sundhedsopgaverne mest effektivt.

### Organisering som dynamisk værktøj – og hvad så fremadrettet?

Interviewene i kommunerne har vist både fordele og ulemper for implementering af sundhed på tværs ved forskellige typer af organiseringer. Den stærke tværgående afdeling giver beslutningskraft og synlighed og gode muligheder for høj faglighed og udviklingskraft gennem samling af kompetencerne. Til gengæld skal der arbejdes meget på at skabe ejerskab for det tværgående arbejde i de øvrige forvaltninger og afdelinger.





Den mere netværksbaserede organisation giver gode muligheder for at integrere sundhedstænkningen og sprede kompetencerne; til gengæld er synligheden mindre og vilkårene for beslutninger mere komplekse. Samtidig kan der være langsomme reaktionstider, fordi mange er involveret i beslutninger og opgaveløsning.

Kommunerne bruger organisationen dyna-

misk for at opnå specifikke mål for opgavevaretagelsen, og også fremadrettet er der planer om organisatoriske tilpasninger og ændringer for at styrke samarbejdet på tværs. I flere kommuner overvejes muligheder for at sikre det tværgående arbejde ved at styrke eksisterende tværgående grupper på chefniveau eller ved at styrke eksisterende tværgående enheder. Der er også overvejelser om både at flytte den tværgående udviklingsenhed helt væk fra driften og tættere på kommunens øverste ledelse og om at sprede udviklingskonsulenterne ud i driften.

I både Aalborg Kommune og Gladsaxe Kommune er udviklingskraften organiseret i afdeling med ansvar for betydelig økonomi og driftsopgaver, og der har løbende været ændringer i opgavefordelingen mellem afdelinger og forvaltninger med henblik på muligheder for at udnytte kompetencer og kapacitet bedre. I Ikast-Brande understøttes det tværgående samarbejde i kommunen af en stærk netværkskultur og af, at man i en relativt lille kommune har gode muligheder for personligt kendskab på tværs. Måden, man organiserer kommunen på, synes mindre vigtig i en lille kommune end i en større kommune, hvor der er behov for flere formelle strukturer. I Odense Kommune skifter formandskabet for strategisk sundhedsforum til en ny forvaltning hvert andet år, og i Slagelse planlægger man, at det tværgående sundhedsområde igen skal skifte direktør. Disse skift opleves som positive i kommunerne, fordi de medfører, at flere beslutningstagere i kommunen får indblik i sundhedsområdet, hvilket forventes at give bedre vilkår for det

tværgående samarbejde fremadrettet. I Odense Kommune er organiseringen på det seneste ændret ved at forankre det tværgående ansvar hos en direktør, og det planlægges p.t. at øge ressourcerne til og netværksdannelse i videnscenterfunktionen. I kommunen oplever man, at elementerne i matrixorganiseringen styrkes ved disse ændringer, men på sin vis kan ændringer også ses således, at forskellene i organisering mellem Odense Kommune og de øvrige kommuner mindskes.

Navnlig i kommuner, der havde sammenlægningsudfordringer samtidig med overtagelsen af de nye sundhedsopgaver i 2007, har der været tale om, at man skulle bruge nogen tid på at få etableret organisationen omkring driftsopgaverne, før man kunne begynde at tænke nyt og tværgående. Det opleves generelt, at der nu er kommet styr på driften i forvaltningerne, og at der derfor er mere overskud til det tværgående – og derfor i højere grad tænkes sundhed i alle forvaltninger.

Alle interviewpersoner erkender dog samtidig, at der stadig er lang vej til, at alle tænker tværgående, og at der er mange barrierer for samarbejdet på tværs. Det er lettere at arbejde med egne opgaver i egen forvaltning, hvor man selv kan tage beslutninger og ikke er afhængig af enighed om mål og midler og af, at andre – som man ikke har mulighed for at påvirke direkte – bidrager til opgaveløsningen. I praksis vil afdelinger og forvaltninger derfor stadig være i konkurrence om ressourcerne; opgaver og budgetter, medarbejdere og kompetencer. Det er derfor muligt, at

der i stedet for øget samarbejde som resultat af integreringen af sundhedstanken i kommunen vil ske det, at større driftsenheder etablerer egne sundhedsenheder parallelt med kommunens tværgående enhed.

Etablering af flere enheder vil alt andet lige give vanskelige betingelser for fremadrettet at koordinere opgavevaretagelsen og udnytte kommunens kapacitet på tværs. Det er i høj grad også tvivlsomt, om der selv i store kommuner vil kunne opnås tilstrækkelig høj faglighed og udviklingskompetence i flere mindre enheder. Vigtigst er dog, at der med kommunernes ansvar for sundhedsfremme- og forebyggelsesopgaverne er et stort potentiale for bedre sundhed i befolkningen, hvis kommunerne formår at arbejde ud fra en helhedsbetragtning, hvor gevinster af nye tiltag nogle gange først ses på længere sigt og ofte ikke kan høstes i det forvaltningsområde, der gennemfører tiltagene. Selvom der er behov for at integrere sundhedstænkningen i alle områder, er der således alligevel ikke brug for mindre, men tværtimod mere sundhed på tværs.

# Oversigt over interviewpersoner i kommunerne

## *Gladsaxe Kommune*

Sundhedskoordinator Annemette Bundgaard fra Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen  
Virksomhedskonsulent Hanne Johnsen fra kommunens Jobcenter  
Chefkonsulent Svend Bayer fra Ledelses- og Økonomisekretariatet i Social- og Sundhedsforvaltningen  
Ledende sundhedsplejerske Linda Malmgreen fra Børne- og Kulturforvaltningen  
Sundhedschef Mia Fruergaard fra Sundheds- og Rehabiliteringsafdelingen  
Daglig leder af kommunens Forebyggelsescenter Morten Ørsted-Rasmussen  
Kvalitetskonsulent Charlotte Holm fra Trænings- og Plejeafdelingen

## *Aalborg Kommune*

Myndighedschef Ove Gerhard Jensen fra Ældre- og Handicapforvaltningen  
Konsulent i Ældresekretariatet Susanne Jensen fra Ældre- og Handicapforvaltningen  
Direktør Bente Graversen fra Sundhed og Bæredygtig Udvikling

Playmaker på Fritidsforvaltningen Søren Ørgaard fra Skole- og Kulturforvaltningen  
Chefkonsulent Vibeke Olesen fra Sundhed og Bæredygtig Udvikling  
Konsulent Tommi Nielsen fra Sundhed og Bæredygtig Udvikling  
Konsulent Torben Krogh Kjeldgaard fra Sundhed og Bæredygtig Udvikling  
Leder af Sundhedscenter Aalborg Lisbeth Jensen fra Sundhed og Bæredygtig Udvikling

## *Ikast-Brande Kommune*

Sundhedsdirektør Inger-Lise Katballe fra Sundhed- og Omsorgsområdet  
Sundhedskonsulent Charlotte Rosenquist fra Sundhed- og Omsorgsområdet  
Forløbskoordinator Lene Christensen fra Sundhed- og Omsorgsområdet  
Leder af Træningsafdelingen Birthe Fløe fra Ældreafdelingen  
Leder af sygedagpengeopfølgning Helle Holm fra Arbejdsmarkedsområdet  
Kultur- og udviklingskonsulent Marie Louise Birch-Jensen fra Kultur- og Fritidsafdelingen

Ældrechef Dorthe Jepsen fra Ældreafdelingen  
Sundhedsinnovator Peter Thybo fra Sundhed- og Omsorgsområdet  
Udviklingskonsulent og leder af sundhedsteam Margit Andersen fra Sundhed- og Omsorgsområdet  
Planchef Karina Kisum fra Planafdelingen i Teknik og Miljøområdet  
Leder af bibliotek Martin Lundsgaard fra Kultur- og Fritidsafdelingen  
Byfornyelseskoordinator Jeanette Ishi Lehn fra Teknik og Miljøområdet  
Børne- og familiechef Anton Rasmussen fra Børne- og Undervisningsområdet

## *Odense kommune*

Børn- og Ungeoverlæge Susanne Buhl fra Børn- og Ungeforvaltningen  
Lærer fra Holluf Pile Skole Jeppe Larsen fra Børn- og Ungeforvaltningen  
Formand for Strategisk Sundhedsgruppe Lone Thue Hansen fra Børn- og Ungeforvaltningen  
Sundhedskoordinator Tove Bruun Kristensen fra Ældre- og Handicapforvaltningen  
Konst. Centerchef for Sundhedscenter Vollsmose

Peter Holm Vilstrup fra Social- og Arbejdsmarkedsforvaltningen  
Konsulent og sekretær for strategisk sundhedsgruppe Anders Linde Seekjær

## *Slagelse kommune*

Udviklingskonsulent Lasse Borre fra Center for Folkesundhed  
Udviklingskonsulent Birgitte Rubæk Sørensen fra Center for Folkesundhed  
Udviklingskonsulent Ragnhild Lindsø fra Center for Folkesundhed  
Skoleleder René Nielsen fra Nymarksskolen  
Leder af sundhedstjenesten Bodil Bahnsen fra Center for Børn, Unge og Familie  
Projektkoordinator Anne Grete Pagh fra Center for Folkesundhed  
Sundhedskoordinator Elsebeth Refsgaard fra Center for Folkesundhed  
Centerchef Marianne Kristensen, Center for Ældre  
Afdelingsleder Susanne Fagerberg fra Myndighedsafdelingen, Center for Ældre  
Arbejdsmiljøkonsulent Anni Nørgaard Jensen, Center for HR og Personale

## **ORGANISERING OG IMPLEMENTERING AF SUNDHED PÅ TVÆRS**

Publikationen handler om, hvordan sundhed på tværs implementeres i fem danske kommuner, og hvordan kommunerne har organiseret sundhedsområdet. Medarbejdere fra Gladsaxe, Aalborg, Odense, Ikast-Brande og Slagelse kommuner fortæller ærligt om gode og mindre gode erfaringer og håbet er, at dette kan give inspiration til andre kommuner i deres arbejde med sundhed på tværs. De fem kommuner har organiseret sundhedsområdet forskelligt, hvilket skaber forskellige muligheder og betingelser for samarbejdet på tværs. Sidst i publikationen diskuteres væsentlige forhold vedrørende organiserings betydning for implementering af sundhed på tværs. Publikationen er henvendt til alle der ønsker inspiration til, hvordan organisering og implementering af sundhed på tværs kan foregå i en kommunal hverdag.

### **SUNS BY NETVÆRKET**

Sund By Sekretariatet

c/o KL-huset  
Weidekampsgade 10  
2300 København S

Telefon 33 70 35 80  
E-mail: [post@sundbynetvaerket.dk](mailto:post@sundbynetvaerket.dk)  
[www.sund-by-net.dk](http://www.sund-by-net.dk)