

Grænsekrydsende ledelse:

Byg bro til innovation og samarbejde

Hvordan tænker og taler du om grænser i din organisation – som barrierer eller broer? Her er en opfordring til at vælge det sidste og udnytte grænser af enhver slags som udviklingsforkant for innovation og samarbejde. Artiklen tager udgangspunkt i et aktuelt dansk forskningsprojekt og oplister handlemuligheder for ledere, der skal facilitere grænsekrydsning inden for egen eller mellem organisationer.

Hvordan tænker og taler du om grænser i din organisation – som barrierer eller broer? Vi ser ofte ledere falde i den fælde, at de kommer til at tænke og tale om grænser som *barrierer*, der separerer og adskiller "os" fra "dem". En anden måde at tænke og tale om grænser på er som *broer* til samarbejde og innovative løsninger.

I denne artikel sætter vi fokus på grænsekrydsning som ressource for samarbejde og innovation. Med afsæt i en case fra det danske sundhedsvæsen, hvor der etableres et grænsekrydsende innovationsfællesskab [1], kigger vi på muligheder og barrierer for grænsekrydsninger, og vi peger på grænsekrydsende ledelse som nøglen til at gøre grænser til udviklingsforkant for innovation. Vores hovedbudskab er, at grænser er tvetydige og åbne for fortolkning. Det er aldrig på forhånd givet, om en grænse separerer og adskiller eller bygger bro for samarbejde og innovation, og ledere bør derfor i allerhøjeste grad interessere sig for, hvordan de tænker, taler og handler på grænser. Ledere er, qua deres organisatoriske position, i særlig grad ansvarlige for at etablere grænsepraktikker, hvor grænser bliver "broer" og ikke "barrierer" for samarbejde og innovation. Lykkes det ikke at gøre grænser til udviklingsforkant for innovation, bør ledere derfor kigge kritisk på deres egen ledelsespraksis, for denne er med stor sandsynlighed med til at fastholde status quo.

Vi definerer "grænser" som sociale og kulturelle forskelle, der fører til diskontinuitet i handlinger og samspil mellem mennesker [2]. Det kan for eksempel være horisontale grænser mellem sygeplejersker og læger i en hospitalsafdeling, hvor faglig viden, værdier og opgaver markerer en forskel, der fører til diskontinuitet i handlinger og samspil. Grænser er af natur flertydige og karakteriseret ved den dobbelthed, at de både adskiller og forbinder. Sygeplejerskerne og lægerne er jo netop både adskilt og forbundet af deres forskelle i faglig viden, værdier og opgaver i afdelingen, som gør dem til hinandens forudsætninger for at lykkes med hovedopgaven – patientens helbredelse og sundhedsfremme.

I en undersøgelse ved Centre for Creative Leadership, med deltagelse af 128 offentlige og private topledere, påpeger 86 procent, at det er ekstremt vigtigt for dem at skabe gode forudsætninger for

samarbejde og innovation på tværs af grænser. Derimod mener kun 7 procent, at der på nuværende tidspunkt praktiseres effektiv grænsekrydsende ledelse i deres egen organisation [3]. At tilsvarende gør sig gældende i en dansk kontekst sandsynliggøres af Mandag Morgens årlige opgørelser af lederes vurdering af de væsentligste udfordringer, hvor tværgående samarbejde år efter år kommer ind på top 3, senest fra 2011 [4]. Der kan altså dokumenteres et væsentligt gab imellem det identificerede behov for grænsekrydsninger og kvaliteten af den grænsekrydsende ledelse (eller mangel på samme), der praktiseres.

Tværgående innovation kræver helhedsorientering

Offentlige organisationer har traditionelt haft fokus på stabil og sikker drift samt faglig specialisering og specialistdrevet innovation og er dertil ganske hensigtsmæssigt organiseret i en række horisontalt og vertikalt afgrænsede faglige praksisfællesskaber med relativt skarpe grænser til andre praksisfællesskaber. Men lokale praksisfællesskaber af specialiser er sjældent optimale konstruktioner for understøttelse af tværgående samarbejde [5] og innovation [6]. Tværtimod ses ofte tendenser til "silodannelse", "fag-centrering" og "sub-optimering", der er udtryk for det fænomen, at personer, grupper eller organisationer lukker sig om sig selv og udvikler løsninger på problemer, som kun inkluderer et meget lokalt bevidsthedsniveau. Det er et problem i forbindelse med tværgående samarbejde innovationsprocesser, som risikerer at blive "kvalt" i stabiliserende rutiner og vane-tænkning, eller i bedste fald at skabe nyt med et meget lokalt nytteindsigt.

Praksisfællesskaber er noget, der vokser frem omkring fælles opgaver og giver mening og retning til arbejds- og læreprocesser [7]. Et praksisfællesskab er karakteriseret ved tre dimensioner *gensidigt engagement, fælles virksomhed, og fælles repertoire* [8]. På hospitalet vil vi typisk se praksisfællesskaber i relation til en afdeling, hvor man indgår i et opgavefællesskab omkring det speciale og den patientgruppe, man varetager. Hvorvidt grænserne mellem de tværfaglige grupper i afdelingen (læger, sygeplejersker, sekretærer) giver anledning til adskilte praksisfællesskaber med skarpe grænser, eller integrerede praksisfællesskaber med mere åbne grænser, kan forklares med begrebet om *relationel koordinering* [5]. Adskilte praksisfællesskaber mellem faggrupper viser sig i en praksis, hvor der populært sagt "leges parallel leg". Hver gaffruppe løser sin egen opgave, og grænsedragning og koordinering omkring den fælles overordnede opgave er formel og præget af grænsestridigheder. Modsat er relationel koordinering et udtryk for, at det tværfaglige samarbejde er præget af et helhedsorienteret fokus på *fælles mål, fælles viden* (generalistviden som supplement til specialistviden), og *gensidig respekt* for hinandens faglighed og bidrag til den fælles opgaveløsning. Vi opfatter Gittels teori om relationel koordinering som en mulig overbygning på teorien om praksisfællesskaber, der kan fortælle noget om kvaliteten af grænsepraktikker mellem de praksisfællesskaber af specialister, der indgår i arbejdsdeling omkring den fælles hovedopgave.

Innovationsforskningen har traditionelt haft fokus på at studere innovationsprocesser med afsæt i en lokal nytteindsigt (nyt og nyttigt) for den enkelte organisation [6], og er typisk formuleret i

økonomiske termer, som skabende en konkurrenfordel [9]. Denne tænkning kommer til kort, når komplekse organisationer, som eksempelvis et hospital, skal innovere sin praksis for at kunne gå fra 1300 til 800 senge i løbet af få år. Nedenstående case stammer fra et aktuelt forskningsprojekt [10], som studerer innovationsprocesser på tværs af organisatoriske grænser i en hospitalskontekst og illustrerer et forsøg på overskridelse af den enkeltstående organisation som ramme for innovation. I denne sammenhæng bliver det helt centralt, hvilke patienter der visiteres til indlæggelse – og lige så centralt, at en række patienter formentlig ikke længere vil komme på hospitalet. En nærliggende tanke er, at det kan blive en voldsom udfordring for kommunerne og de praktiserende læger. Reduktionen af senge på hospitalet kan meget let blive ”en abe”, som hospitalet kommer til at sende videre til andre dele af sundhedsvæsenet, hvis innovation kun handler om lokal økonomisk nytte-tænkning.

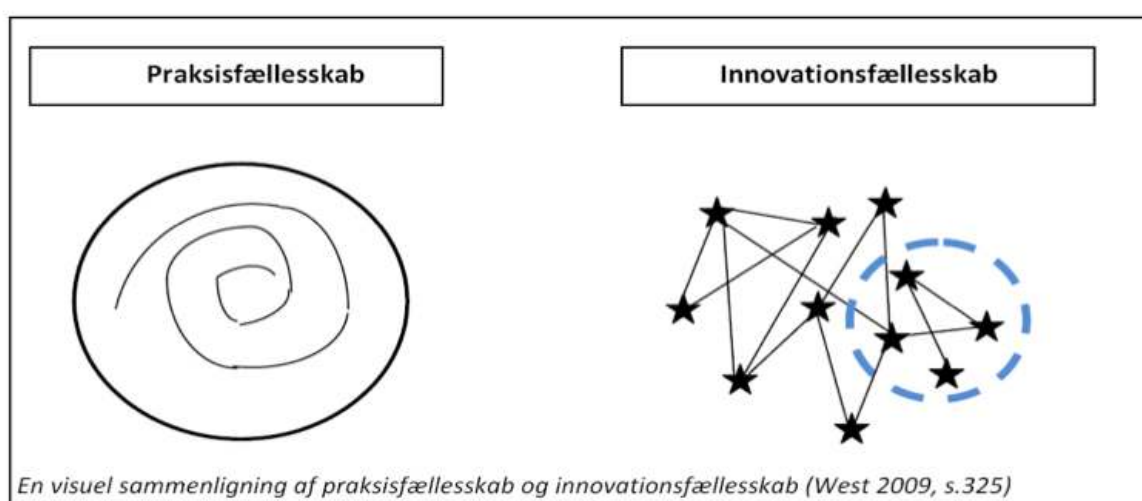
Case: Grænsekrydsninger i en hospitalskontekst

Vores case fra hospitalsverdenen udgør en tværfagligt sammensat gruppe af ledelsestalenter, der har fået en innovationsopgave, som krydser hospitalets organisatoriske grænser og rækker ud i primærsektoren og almen praksis. Da den tværfaglige gruppe fra hospitalet vælger at gå i dialog med en gruppe praktiserende læger om den innovationsudfordring, de står over for, kan de praktiserende læger i første omgang ikke se, hvad det har med dem at gøre, at hospitalet reducerer antallet af senge med 40 procent, fordi de kun ser ambulante patienter i almen praksis. Da de praktiserende læger gennem dialogen forstår, hvad reduktionen af sengepladser kan komme til at betyde for deres dagligdag, påpeger de sarkastisk, at det særligt innovative er, at de hører om det, inden det er blevet virkelighed. De oplever sædvanligvis bare at stå med problemerne, når det nye er indført. Mod slutningen af dialogen, som primært har handlet om, hvad de praktiserende læger vil have brug for, hvis de i højere grad skal kunne beholde patienterne i almen praksis, påpeger de praktiserende læger værdien af at besøge hinanden og at få indsigt og kendskab til hinandens arbejde. De oplever, at dialogen udfordrer tendensen til at gå og hygge-hade hinanden, hospital og almen praksis imellem.

Noget så simpelt, som at hospitalspersonale besøger praktiserende læger for at gå i dialog om fremtidige udfordringer, er uventet. Man kan sige, at gruppen krydser horisontale og organisatoriske grænser og hæver sig op til ikke bare at se på det problem, som deres egen organisation står over for – hospitalets reduktion af senge. De ser konsekvenserne af de løsninger, de forsøger at udvikle for andre dele af sundhedsvæsenet – i dette tilfælde de praktiserende læger. Dermed skaber de et brud i en mere traditionel måde at tænke organisationsudvikling og innovation på, hvor man beskæftiger sig med problemer og løsninger for egne organisatoriske rammer, økonomiske vilkår og råderum. De sætter problemstillingen ind i en større og mere kompleks helhed, som skal være velfungerende, hvis det nye hospitals lokale løsninger skal opnå den ønskede effekt.

Fra praksisfællesskab til innovationsfællesskab

Med inspiration fra innovationsforskeren Richard E. West [11] kan den tværfagligt sammensatte gruppe beskrives som et innovationsfællesskab. Grænsekrydsninger er en integreret del af innovationsfællesskabets repertoire, og det fælles engagement retter sig mod at skabe grundlag for løsninger af fælles tværgående problemstillinger. Visuelt kan innovationsfællesskaber bedst illustreres som netværk af aktører, hvis mål, samarbejdsformer og roller er under konstant forandring i en dynamisk søgen efter innovative svar på komplekse tværgående udfordringer. Nedenfor fremstilles efter West [11] en figur, der sammenligner praksisfællesskaber og innovationsfællesskaber:



Den ene model er ikke bedre end den anden, men de understøtter forskellige former for læring og innovation. Praksisfællesskaber er effektive, når det gælder fastholdelse og videreudvikling af kompetencer og effektivitet lokalt. Praksisfællesskaber er derimod ikke tilstrækkelige, når det gælder behovet for samarbejde og innovation, der adresserer tværgående udfordringer og problemstillinger.

Forståelsen af ekspertise og kompetence er en central dimension, der adskiller praksisfællesskab fra innovationsfællesskab. Man kan sige, at praksisfællesskabets hovedfokus er at fastholde og udvikle den eksisterende ekspertise i praksisfællesskabet. Ekspertise kan her defineres som evnen til at udføre en veldefineret arbejdsopgave effektivt og med høj kvalitet. Denne type ekspertise udfordres i vores case af gruppens møde med de praktiserende læger. Her afløses den traditionelle rolle som ekspert af en rolle som nysgerrig og spørgende sparringspartner for de praktiserende læger.

I innovationsfællesskaber er ekspertise ikke en statisk, men dynamisk størrelse, der kan karakteriseres som en kontinuerlig stræben efter at overskrive tidligere præstationer og hele tiden arbejde på kanten af egne kompetencer. Dynamisk ekspertise involverer en pendling mellem rollerne som nogle gange ekspert og andre gange novice. I innovationsfællesskaber må deltagerne lære fleksibelt at

skifte roller og indgå i tværfaglige samarbejder omkring udforskningen af uklare og komplekse problemstillinger.

Grænser og grænsekrydsende ledelse

Grænsetænkning er en integreret del af enhver læreproces – lægen lærer eksempelvis ikke blot lægevidenskab på medicinstudiet, men lærer også at tænke, handle og forstå sig selv som en del af praksisfællesskabet af læger. Læreprocesser af denne type indebærer, at vi kommer til at identificere os selv som tilhørende en særlig gruppe og dermed også som adskilt fra andre grupper. Som nævnt ovenfor er grænser tvetydige og karakteriseret ved den dobbelthed, at de både adskiller og forbinder. Det væsentlige spørgsmål i relation til innovationsprocesser bliver derfor, hvordan praksisfællesskabet forvander sine grænser. Hvilke særlige handlemuligheder og forpligtelser indebærer medlemskabet af et givet praksisfællesskab, og hvad er normerne for individualitet og gruppeadfærd? Psykologiprofessor Janis [13] beskrev tilbage i 1972 fællesskaber, som i ekstrem grad lukker omkring sig selv, med begrebet gruppetænkning, der refererer til det fænomen, at gruppens medlemmer sætter enighed konsensus højere end at se på alternative handlemuligheder. Dette skaber selvsagt barrierer for innovation. På den anden side er grænser, hvis de er tilstrækkelig åbne og kan krydses, en potentiel ressource for innovation, og derfor bliver kvaliteten af organisationers grænsepraktikker afgørende for organisationers innovationsprocesser. Ernst og Chrobot-Mason [14] identificerer fem typer af grænser, hvis overskridelse og sammenbinding understøtter tværorganisatorisk samarbejde og innovation. De fem typer af grænser er:

1. *Vertikale grænser* på tværs af hierarkiske niveauer i organisationen
2. *Horisontale grænser* på tværs af organisatoriske funktioner og enheder
3. *Interessentgrænser* på tværs af organisationens ydre rammer til partnere, kunder, borgere etc.
4. *Demografiske grænser* på tværs af forskelle i køn, alder, etnicitet, nationalitet
5. *Geografiske grænser* på tværs af lokaliteter, regioner, lande og tidszoner

Casen med den tværfagligt sammensatte gruppe repræsenterer i udgangspunktet en strukturel tilgang til at skabe rum for grænsekrydsninger på tværs af de fem typer grænser. Ledertalenterne er udvalgt og sammensat af HL (hospitalsledelsen) med henblik på at arbejde på tværgående innovationsudfordringer. Samtidig viser casen, at kvaliteten af de relationer og den kommunikation, der etableres i grænsemødet, bliver afgørende for, om innovationspotentialet kan realiseres. Der er med andre ord behov for grænsekrydsende ledelse, der kan navigere og skabe bæredygtige fælles løsninger, som tager hensyn til de mange perspektiver, som bæres af interessenterne i et komplekst forbundet net af relationer. Grænsekrydsende ledelse kan defineres som: *“The ability to create direction, alignment and commitment across group boundaries in service of a higher vision or goal”* [15].

- *Direction* handler om at skabe forståelse og mening i forhold til fælles overordnede mål og strategier.
- *Alignment* har at gøre med relationel koordinering af ressourcer og aktiviteter.
- *Commitment* handler om at skabe en dedikation til den kollektive succes, der er mindst lige så stærk som dedikationen til ens egen personlige og ens egen gruppes succes.

Gruppen eksperimenterer efter besøget i lægepraksissen med et dialogforum, de kalder for "fra snitflader til samarbejdsrum", der kan forstås som etablering af en ny grænsekrydsende ledelsespraksis. Her forsøger de at bringe hospitalslæger, praktiserende læger, sygeplejersker fra primærsektoren og patienter sammen til en dialog om det fælles overordnede mål, de alle har (*Direction*). De undersøger, hvordan samarbejdet kan komme til at fungere på nye og bedre måder (*Alignment*), og de forsøger at skabe engagement og lyst til at være med til at gøre en forskel (*Commitment*).

Ernst og Chrobot-Mason [14] beskriver tre dimensioner og seks konkrete praktikker for grænsekrydsende ledelse:

1. *Ledelse af grænsepraktikker* (skaber forbindelser mellem personer, grupper internt og eksternt i organisationen)
 - a. Agerer buffer, der etablerer tryghed og tillid mellem personer og grupper
 - b. Reflekterer og opfordrer til videndeling og perspektivbevidsthed – reflekterer over grænser fra begge sider – skaber grundlag for øget forståelse og respekt mellem personer og grupper
2. *Fællesskabende ledelse* (skaber mere helhedsorienterede grænsepraktikker)
 - a. Forbinder personer og bygger broer på tværs af adskilte praksisfællesskaber – fx skabe attraktive åbne mødestrukturer som "fra snitflader til samarbejdsrum"
 - b. Mobiliserer fælles mening og identitet på tværs af personer og grupper – skaber meningsfulde fælles mål og værdier, der kan samle organisationen
3. *Horisontudvidende ledelse* (skaber konkrete relationer samt bevidsthed og respekt om forskelle og ligheder imellem personer og grupper)
 - a. Knytter bånd – arbejder løbende med balancen mellem intern differentiering og integration og tydeliggørelse af gensidig afhængighed til omverdenen
 - b. Bringer den ydre verden ind – bringer multiple personer og grupper sammen og arbejder kontinuerligt på at udvide gruppens horisont og helhedsforståelse gennem grænsepraktikker

Vi så i casen, hvordan gruppen i dialogmødet med de praktiserende læger formår at praktisere grænsekrydsende ledelse, som skaber tillid og tryghed. Denne grænsepraksis understøtter, at de

praktiserende læger tør udtrykke sig ærligt om deres oplevelser af samarbejdet med hospitalet. Dette leder til en fælles drøftelse af de fremtidige udfordringer og muligheder. I dialogmødet lykkes det gennem fællesskabende og horisontudvidende ledelse at etablere et rum, hvor deltagerne sammen hæver sig op og søger efter helhedsorienterede løsninger på de kommende udfordringer. De formår at etablere en fælles undersøgelse, hvor omdrejningspunktet bliver et helhedsorienteret og perspektivbevidst blik for, hvad de andre har brug for, og hvad "vi" kan gøre for hinanden.

Gruppen er med deres horisontudvidende rejse til de praktiserende lægers praksis i færd med at opdage nyt land, hvor de praktiserende lægers behov og udfordringer fra starten er tænkt med ind i hospitalets fremtid. De anerkender og respekterer, at de praktiserende læger refererer til et "hygge-had" af hospitalets evner til at samarbejde og skaber dermed grobund for et konstruktivt dialogmøde. Ud over potentialet for nye ideer bidrager dialogmødet således til at nedbryde negative organisatoriske grænser mellem "os" og "dem". De praktiserende læger har fået set den fælles definerede ydre fjende i øjnene, og der midlertidig blevet inkluderet i et grænsekrydsende innovationsfællesskab omkring løsning af komplekse tværgående problemstillinger. Det bliver således tydeligt, at det særligt innovative i casen i første omgang er fællesskabet, eller processen om man vil og først i anden omgang muligvis innovation af mere teknologisk eller strukturel karakter.

Konklusion

Vi gar i artiklen forsøgt at vise, at grænser åbner muligheder for innovation, men at det kræver ledere, der tør tænke, tale og handle på grænser som "broer" og ikke "barrierer" for samarbejde og innovation. Casen viste et eksempel på grænsekrydsende ledelse i form af etableringen af et innovationsfællesskab, der i sig selv kan forstås som en slags organisatorisk innovation, der skaber rum for grænsekrydsninger på tværs af afdelinger og organisationer. Innovationsfællesskaber muliggør særlige grænsepraktikker, hvor problemstillinger kan håndteres i en større og mere kompleks helhed, og dermed øges muligheden for, at lokale løsninger kan blive til vellykkede innovationer – også for helheden.

Referencer

1. Ingerslev, K. & Elmholt, C. (2012). *"Grænsekrydsende innovationsfællesskab – et organisationspsykologisk blik på offentlig innovation"*. I: M. Bendixen & N.C. Nickelsen, *Innovationspsykologi* (red.). (Side 109-138), København: Dansk Psykologisk Forlag.
2. Akkerman, S.F., and Baker, A. (2011). *"Boundary crossing and boundary objects"*. *Review of Educational Research*, 81(2): 133.
3. Yip, J., Ernst, C. and Campbell, M. (2011). *"Boundary spanning leadership – mission critical perspectives from the executive suite"*. Center for Creative Leadership (CCL), Organizational Leadership White Paper Series: 4.
4. <https://www.mm.dk>
5. Gittel, J.H., Seidner, R., Wimbush, J. (2010). *"A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work"*, *Organization Science*, 21(2): 490-506).
6. Moore, M. and Hartley, J. (2008). *"Innovations in Governance"*. *Public Management Review*, (10), 1: 3-20.
7. Lave, J. and Wenger, E. (1991): *"Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation"*. Cambridge: Cambridge University Press.
8. Wenger, E. (1998). *"Communities of practice: Learning, meaning and identity"*. Cambridge: Cambridge University Press.
9. Schumpeter, J.A. (2004). *"The Theory of Economic Development"*. New Jersey: Transaction Publishers.
10. Karen Ingerslev forsker i innovationsprocesser på hospitaler i Region Midt som en del af det strategiske forskningsprogram SLIP om fremtidens offentlige lederskab på CBS/CVL.
11. West, R.E. (2009). *"What is shared? A framework for understanding shared innovation within communities"*. *Education Technology Research Development*, 57: 315-332.
12. West, R.E. (2009). *"What is shared? A framework for understanding shared innovation within communities"*. *Education Technology Research Development*, 57: 325.
13. Janis, I.L. (1972). *"Victims of Groupthink"*. Boston: Houghton Mifflin Company.

14. Ernst, C. & Chrobot-Mason, D. (2011). *"Flat World – Hard Boundaries – How to Lead Across Them"*. MIT Sloan Management Review.
15. Ernst, C. & Chrobot-Mason, D. (2011). *"Flat World – Hard Boundaries – How to Lead Across Them"*. MIT Sloan Management Review: 2.