

Fælles om bedre sundhed - a wicked problem



**Bente Gaardhøj Johansen
bejo12ac
Masterforløb forår 2015
Vejleder: Steffen Löfvall
Anslag: 113.538**

Indhold

Abstract	3
Kapitel 1: Indledning	4
1.1 Indledning	4
1.2 Problemfelt	7
1.3 Problemformulering	10
Kapitel 2: Metode	11
2.1. Præsentation af opgavedesign	11
2.2 Valg og fravalg af det empiriske felt	12
2.3 Valg og fravalg i det teoretiske felt	12
Kapitel 3: Empiri	14
3.1. Beskrivelse af Sundhedsaftalen	14
3.2 Beskrivelse af den valgte empiri	16
3.3 Beskrivelse af fokusgruppeinterviewet	16
Kapitel 4: Teori	20
4.1 Præsentation af Koppenjan og Klijn's netværksteori	20
4.1.1 Den substantielle usikkerhed	22
4.1.2. Den strategiske usikkerhed	23
4.1.3. Den institutionelle usikkerhed	24
Kapitel 5: Analyse	26
5.1. Analyse af den substantielle usikkerhed	26
5.1.1 Indhold i Sundhedsaftalen, herunder hvilke rammer er gældende	26
5.1.2 Anvendelse af værktøjer til brug for koordinering af forløb	27
5.1.3 Problemstillinger i det tværsektorielle samarbejde	28
5.1.4 Visionen om at gå fra "dem og os" til "vi"	30
5.2 Delkonklusion vedr. den substantielle usikkerhed	31
5.3 Analyse af den strategiske usikkerhed	32
5.3.1 Identificering af de involverede aktører	32
5.3.2 Aktørernes afhængighedsforhold	34
5.3.3 Spillet på arenaen	35

5.4 Delkonklusion vedr. den strategiske usikkerhed	38
5.5 Analyse af den institutionelle usikkerhed	38
5.5.1 Hvor meget samspil er der i netværket.....	38
5.5.2 Hvordan er samspillet reguleret	40
5.6 Delkonklusion vedr. den institutionelle usikkerhed.....	42
5.7 Refleksion over analyse	42
Kapitel 6: Konklusion.....	46
Kapitel 7: Perspektivering	48
Kapitel 8: Refleksioner over egen ledelsesmæssig udvikling.....	49
Litteraturliste	51

Bilag 1: Interviewguide

Bilag 2: Powerpoint til interview

Bilag 3: Notat fra observatør

Bilag 4: Rådata med bemærkninger

Abstract

This master's thesis is about the intersectoral cooperation under the auspices of *The Health Agreement 2015 - 2018 - "Common about better health"* in the region of Zealand.

In this master's thesis I have been particularly interested in how The Health Agreement creates the framework for the cooperation between the actors in front in Solrød municipality and at Køge and Roskilde hospitals, respectively.

On the basis of a network perspective I have sought to analyze, how the front actors construct their cooperation and how the actors under the given circumstances can meet the *Health Agreement's* overall vision to go from "them and us" to "we" in the efforts to construct coordinated and cohesive citizen/patient-courses. Therefore, I have based my problem statement in the following way:

How do we create a cross-sectoral cooperation which enables the citizen/the patient at the centre, and which barriers I see in The Health Agreement for successfully being able to go from "us and them" to "we"?

My analysis confirms that on the basis of both substantive, strategic and institutional uncertainties there are big challenges in the cooperation in relation to establish coordinated and cohesive citizen/patient courses and that the actors under the given framework have difficulties in going from "us and them" to "we".

It is therefore of pivotal importance that there in the future is considerably more management focus on frontline actors and their conditions for inclusion in the network around the Health Agreement.

Kapitel 1: Indledning

1.1 Indledning

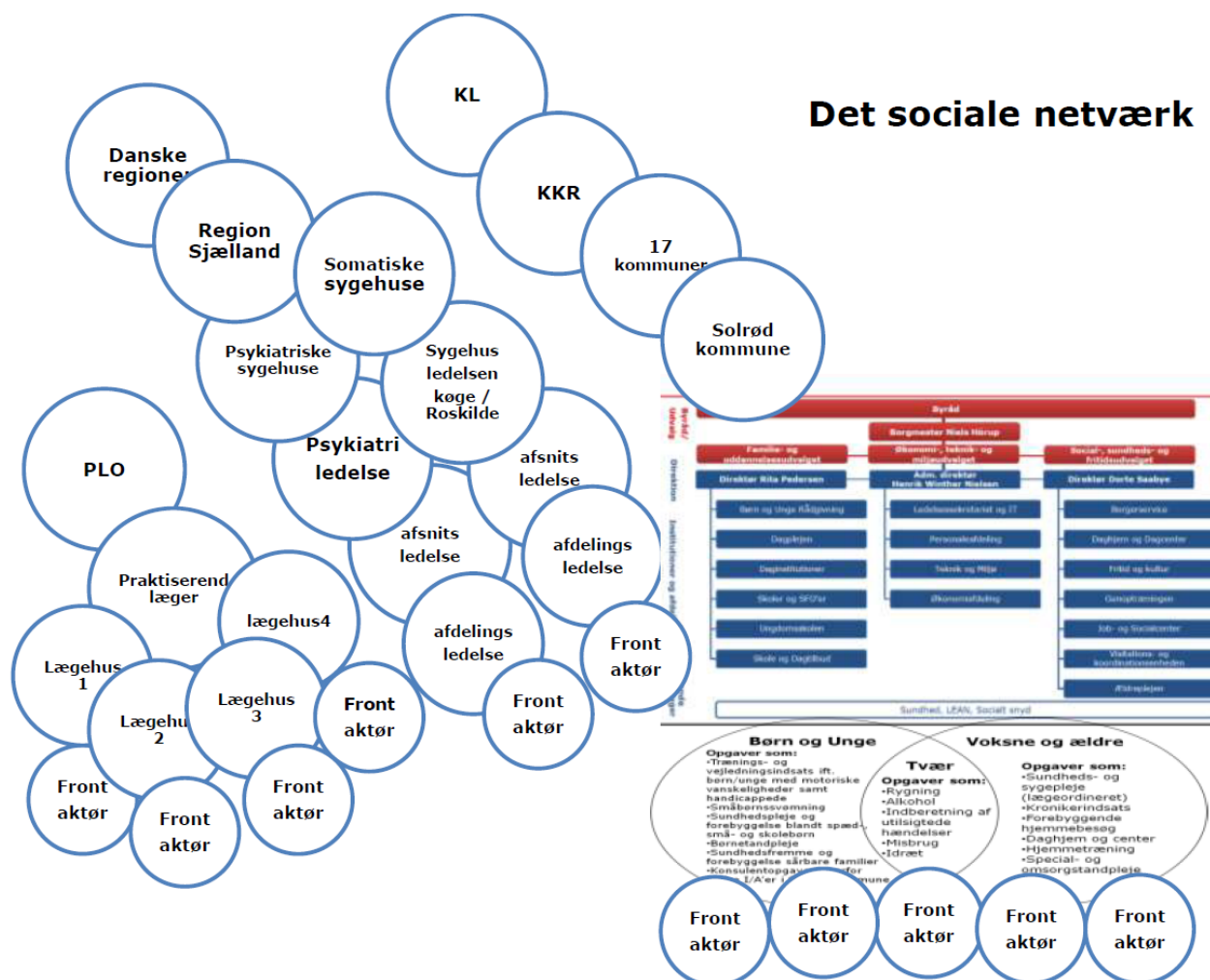
Denne masterafhandling handler om det tværsektorielle samarbejde i regi af Sundhedsaftalen i Region Sjælland. Sundhedsaftale 2015 -18 er den tredje i rækken og har udviklet sig fra at være en rent administrativ aftale til nu at være en visionær, politisk sundhedsaftale forankret i konkrete og ambitiøse mål, med det formål at skabe et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum. Sundhedsaftalen er således for alle borgere, der har brug for en indsats, der involverer flere parter på tværs af sektorer.

Den politiske vision i "Sundhedsaftale 2015 - 2018 - Fælles om bedre sundhed" er således:

"Med Sundhedsaftalen tager vi endnu et stort og ambitiøst skridt mod et mere sammenhængende og smidigt sundhedsvæsen i Region Sjælland. Samarbejde er kernen i de fælles indsatser. Samarbejde alle parter er forpligtede af. Vi vil skabe et velkoordineret samarbejde om de fælles borgere, både ved samtidige indsatser og ved overgange mellem sektorer. Aftalen skal betyde, at borgerne oplever en respektfuld inddragelse i eget forløb, sammenhæng og høj faglig kvalitet på baggrund af evidensbaseret viden og erfaringer fra god praksis." (Sundhedsaftale 2015-18)

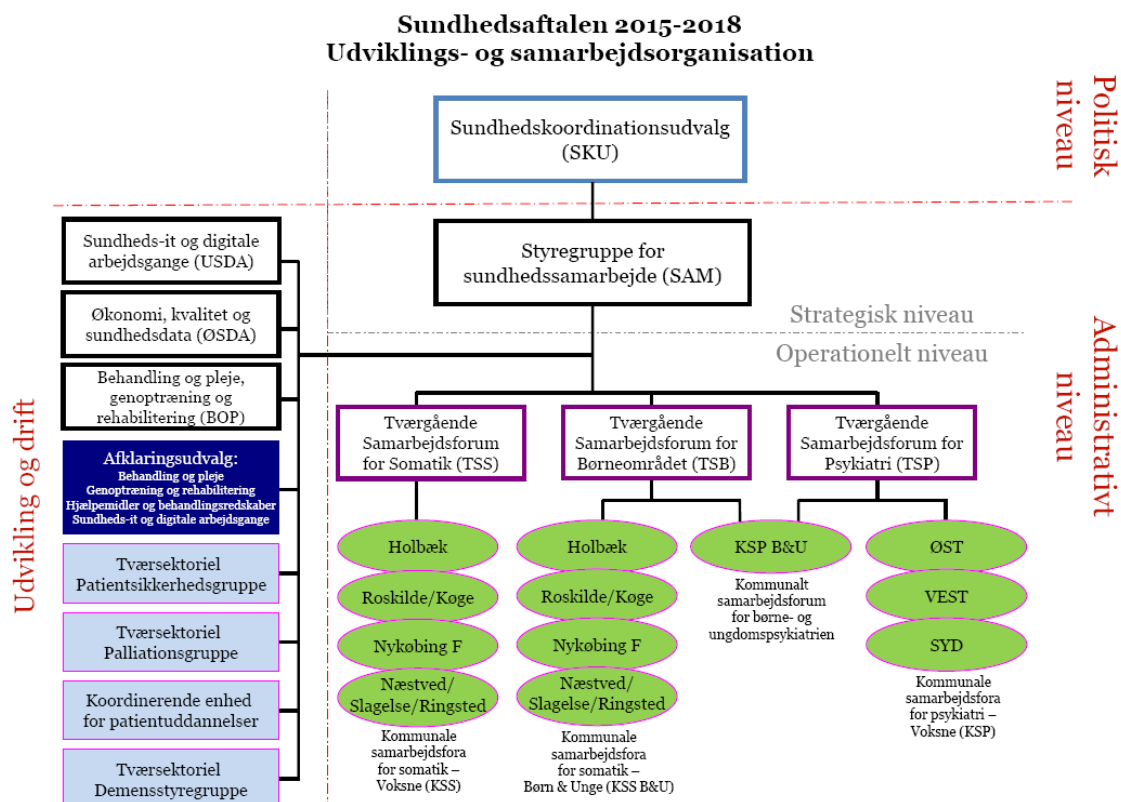
I denne Sundhedsaftale 2015 – 2018 er der sket en væsentlig ændring. I de tidligere aftaler har der været fokus på, hvad den ene og den anden part hver især skulle bidrage med. I denne aftale er der en erkendelse af, at et styrket og sammenhængende sundhedsvæsen alene kan ske, hvis vi går fra "dem og os", til "vi". Derfor benyttes "vi" som indledning i alle beskrivelser af det vi skal gøre mere af, for at opnå de fælles mål. "Vi"-begrebet omfatter således aftaleparterne fra øverste politiske niveau til udførende personale.

Men hvem er "vi" så? Vi er et netværk af aktører, der fra hver sin arena skal løfte den fælles vision. Koppenjan og Klijn indleder bogen "Managing uncertainties in network" (Koppenjan & Klijn, 2004) med at beskrive, at i det moderne netværkssamfund udfordres offentlige og private organisationer af stadig mere komplicerede opgaver og problemer. Organisationerne forventes at tage føring i løsning af samfundsproblemer, og de er nødt til at gøre dette i en sammenhæng, som gennem de sidste mange årtier er blevet væsentlig mere kompleks. Denne kompleksitet er let at få øje på, når jeg i den følgende figur søger at skabe et overblik over aktørerne i det sociale netværk omkring sundhedsaftalen.



Figur 1: Det sociale netværk /v. B.G. Johansen, 2015

Det sociale netværk omkring Sundhedsaftalen i Region Sjælland består, som ovenfor illustreret, af en række aktører som indgår i netværket. Netværksstyring er således den dominerende styreform, men fungerer samtidig med den traditionelle hierarkiske styring. Dette illustreres dels ved den organisatoriske opbygning i Solrød kommune, hvor sundhedsområdet er organiseret i en matrix-organisation på tværs af forvaltningsområder, og ved en omfattende udviklings- og samarbejdsorganisation, direkte koblet på Sundhedsaftalen.



Figur 2: Udviklings- og samarbejdsorganisation, Sundhedsaftalen 2015-2018

Når jeg ser ind i det formelle netværk omkring Sundhedsaftalen, er det aktørernes opgave at agere med udgangspunkt i de opgaver, de hver især skal varetage, det konkrete behov for samarbejde og tilstedeværelsen af de rette kompetencer til at løse opgaverne, hvad enten det er på det politiske, administrative eller udførende niveau. Alle aktører har entydig reference til næste relevante niveau. I alle samarbejdsorganisationens fora er der repræsentation fra Region Sjælland, de 17 kommuner beliggende i Region Sjælland og almen praksis.

Sundhedsaftalens organisation skal, med udgangspunkt i ovenstående, sikre en tæt kobling mellem visioner, konkrete aftaler, implementering og opfølgning. Dette skal ske lige fra det politiske og administrative beslutningsniveau til lokale samarbejdsfora. Alt dette med fokus på det sammenhængende borger-/patientforløb.

Der er imidlertid også en række uformelle netværk, hvor aktører fra det formelle netværk har etableret arenaer, hvor de mødes med ligestillede aktører for at sikre opbakning til deres mandat i det formelle netværk. Som eksempel kan nævnes kommunalt sundhedsforum, som er etableret med det formål at sikre alle kommuners aktive deltagelse i de beslutninger, der løftes i styregruppen for sundhedssamarbejde (SAM). Kommunalt sundhedsforum består af de 17 kommuners fagdirektører og sundhedschefer samt en repræsentant fra kommunekontaktrådet, KKR, som er bindeled mellem kommunerne og kommunernes landsforening, KL.

Jeg vil i det efterfølgende se på, hvor borgerne møder de professionelle aktører i de formelle netværk.

I regionen er de professionelle aktører at finde i sengeafsnittene, undersøgelses- og behandlingsafsnit (f.eks. operationsafdelinger, røntgen og laboratorium), de tværgående afdelinger, så som ergo- og fysioterapi, ambulatorier, psykiatriske klinikker, distriktspsykiatri, arbejdsmedicinsk klinik, og sociale specialtilbud.

I kommunerne er det i socialområdet (myndighed - børn, unge og voksne), sundhedsplejen, hjemmeplejen, hjemmesygeplejen, træningsområdet, ældre- og plejeboligområdet, hjælpemiddelområdet, sundhedsfremme- og forebyggelse, socialpsykiatri og sociale botilbud, misbrugsområdet, undervisningsområdet og beskæftigelsesområdet.

Dertil kommer almen praksis, speciallægepraksis, psykologer, praktiserende fysioterapeuter, kiropraktorer og fodterapeuter, som alle er privat praktiserende, og med hver sin praksisaftale.

Isoleret set er alle ovenstående aktører i hvert sit formelle netværk, men i det øjeblik borgeren sættes i centrum, for etablering af det sammenhængende borger-/patientforløb, opstår behovet for uformelle netværk. Dermed etableres arenaer, hvor de forskellige aktører mødes med udgangspunkt i sundhedsaftalens tre grundlæggende forudsætninger, nemlig fleksibilitet, differentiering og ressourcebevidsthed. Fleksibilitet i samarbejdet, for at kunne arbejde helhedsorienteret, differentiering i forhold til at kunne målrette tilbud og yde den nødvendige indsats til den enkelte borger/patient, og sidst men ikke mindst, at dette sker ud fra en ressourcebevidsthed, hvor princippet er, at ydelserne skal være målrettede og leveres på det rette specialiseringsniveau.

1.2 Problemfelt

I forhold til at etablere et sammenhængende og velkoordineret forløb for borgeren/patienten, som med den stigende kompleksitet også må forventes at have samtidige forløb, på tværs af sektorer og lovgivningsområder, stiller dette store krav til forløbstækning med inddragelse af relevante aktører i forløbet. Et hvert borger-/patientforløb må således betegnes unikt, og det bliver borgerens plan, der bliver afgørende for inddragelse af aktører på forskellige arenaer, idet der er tale om en fælles plan på tværs af specialer, sektorer og myndighedsområder, hvor planen baseres på borgerens hele livssituation. Dette stiller krav til en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats med det formål, at borgeren opnår et selvstændigt og meningsfyldt liv. Ansvar for koordinering af forløb i samarbejde med borger/patient og evt. pårørende er placeret hos den aktør i det formelle netværk, der aktuelt har tættest kontakt med borgeren/patienten. Denne aktør har ansvaret til en anden aktør har taget over! – Det er således ikke nok at have løst sin egen del af opgaven, der skal også ske en formel opgaveoverdragelse. Denne opgaveoverdragelse fordrer en uformel arena for overdragelse mellem de formelle arenaer. Opgaveoverdragelsen stiller store krav til den enkelte aktør i front.

Det er netop på denne arena, at netværksstyring udfordrer aktørerne, idet der opstår en styrings-situation, hvor der ikke er et klart hierarki mellem de aktører, der indgår i løsningen af opgaven. Der er en form for relativ uafhængighed mellem aktørerne, fordi der ikke er et hierarki til at styre relationerne. Der er samtidig en gensidig afhængighed, fordi aktørerne er afhængige af hinanden, for at få løst opgaven. Der er uklare roller, eller manglende viden om roller, i forhold til hvem der skal gøre hvad. Dette skal afgøres gennem forhandling og dialog mellem aktørerne. Opgavefordelingen er heller ikke fastlagt én gang for alle, idet den kan skifte afhængig af forskellige omstændigheder - det er meget få borger-/ patientforløb, der er ens.

Hvis jeg ser på aktørerne på mikroniveau, altså på de fagprofessionelle i front, ser jeg grupper af ansatte med en specialiseret, teoretisk viden opnået gennem uddannelse. Det er f.eks. læger, sygeplejersker, ergo- og fysioterapeuter og social- og sundhedsassistenter, som ud fra hver deres faglige opdrag udfører deres faglige værdier og normer. I forvaltningslitteraturen taler man om de fire statsmodeller: den hierarkiske, den fagprofessionelle, den responsive og den forhandlende stat, som kan anskues som et situationsbetinget rationelt perspektiv på den offentlige sektors organisering (Grøn, Hansen, Kristiansen, 2014; figur 5.1: 93). Der er i modellerne også indarbejdet kulturelle og værdimæssige dimensioner. Netop i forhold til den fagprofessionelle stat, som er baseret på faglige normer og værdier, ser jeg de aktører, som er af afgørende betydning for realiseringen af Sundhedsaftalens vision og mål. Dette har betydning i forhold til de ansattes motivation, og det krydspres de befinder sig i mellem økonomiske og politiske snævre rammer samt det øgede fokus på tillid som styringsredskab. Som der står skrevet i Sundhedsaftalen:

"Vi skal have tillid til hinandens faglighed og kompetencer parterne imellem, en høj grad af fleksibilitet og smidighed i samarbejdet samt en løbende og konstruktiv dialog om, hvordan vi udvikler sundhedsvæsenet.

Vi vil fremme en kultur, hvor vi bistår hinanden med at skabe mere kvalitet i løsningen af egne og fælles opgaver, og sammen udvikle fælles faglighed og fælles viden." (Sundhedsaftale 2015-18; 7)

Caroline Howard Grøn og Hanne Foss Hansen definerer i bogen "Offentlig styring, forandringer i krisetider" (Grøn, Hansen, Kristiansen, 2014) tillid som relationen mellem to aktører, der er præget af gensidigt positive forventninger til udfaldet af et givent samarbejde. Det betyder, at såfremt der er tillid, behøver de aktører, der samarbejder ikke at forsikre sig imod, at modparten snyder dem eller agerer opportunistisk. En sådan adfærd kan eksempelvis ses ved at lade det være op til andre at finde løsninger, ved kun at samarbejde indtil de har opnået egne mål eller ved at vente med at investere i mulige løsninger, indtil disse rent faktisk kan realiseres.

Som decentral leder i Solrød Kommune oplever jeg ofte de sundhedsfaglige frontmedarbejdere giver udtryk for, at kommunikationen mellem aktørerne ikke fungerer. Såvel den elektroniske som den personlige kommunikation, der skal sikre de sammenhængende patientforløb mellem de

tværsektorielle samarbejdsparter, er mangelfuld, ikke rettidig eller direkte konfliktfyldt. Det tværsektorielle samarbejde opleves sårbart og svingende, da det ofte bæres af personlige relationer. De narrativer, der opstår på baggrund af uheldige episoder mellem aktørerne, bliver meningsdannende. Der er således et overordnet dilemma mellem fokus på aktørerne og den kontekst hvori de hver især befinder sig. Ligesom der er en manglende accept af eller kendskab til hinandens mulighedsbetingelser på tværs af sektorer.

En nylig meningsmåling foretaget af KL blandt de 17 kommunale direktører på sundhedsområdet i Region Sjælland frembragte en række udsagn omhandlende de udfordringer der opleves på sundhedsområdet i kommunerne (Lundberg, 2015). Udsagnene lyder, at sygehusene har fokus på behandling af patienterne, men ikke på borgerens hverdag, at der fortsat er kommunikationsbrister om patienter, at der er manglende tillid til kvaliteten i de kommunale tilbud fra sygehuslægerne, at der er ulighed i sundhed, at der er utydelig fordeling af ansvar og finansiering, at patienterne ikke oplever at ansvarskæden hænger sammen og at der er ukoordineret opgaveglidning.

Frontmedarbejdere og nærmeste ledere peger ofte på, at der er behov for at udvikle nye rammer, hvor relationen mellem sektorer er i fokus. Der opleves i dag at være meget ”dem og os”, manglende faglig respekt og anerkendelse mellem sektorerne og styringsmæssige incitamenter, der modarbejder fælles faglig udvikling og opgavevaretagelse.

Alle er grundlæggende enige om, at det er muligt at have gode og koordinerede borger-/patientforløb – det ses f.eks. ofte når det handler om palliative forløb, hvor der er et tæt samarbejde mellem de parter, som er og skal involveres i forløbet. I andre typer af patientforløb opleves det ofte, at der mangler kontakt. Der mangler viden om hinandens rammer for arbejdet og forståelse for, hvordan pleje- og behandlingsopgaven kan og skal varetages.

Der efterlyses derfor hjælp og støtte til at finde nye veje i samarbejdet, hvor relationer mellem de mange sundhedsaktører styrkes. Dette fører mig frem til nedenstående problemformulering.

1.3 Problemformulering

Jeg er optaget af, hvordan Sundhedsaftalen 2015 - 2018 "Fælles om bedre sundhed" danner rammerne for samarbejdet mellem frontaktørerne.

Ud fra et netværksperspektiv vil jeg søge at analysere, hvordan frontmedarbejderne konstruerer deres samarbejde. Samt undersøge hvordan aktørerne, under de givne forudsætninger i netværket, kan leve op til Sundhedsaftalens overordnede vision om at gå fra "dem og os" til "vi" i bestræbelserne på at samkonstruere koordinerede og sammenhængende borger-/patient forløb.

Jeg vil derfor tage afsæt i følgende problemformulering:

Hvordan skaber vi et tværsektorielt samarbejde, der sætter borger/patient i centrum, og hvilke barrierer ser jeg i Sundhedsaftalen for succesfuldt at kunne gå fra "os" og "dem" til "vi"?

Kapitel 2: Metode

Jeg vil i dette kapitel redegøre for nogle overordnede kvalitetskriterier, for dernæst at redegøre for masterafhandlingens design, samt valg og fravalg i såvel det empiriske som det teoretiske felt.

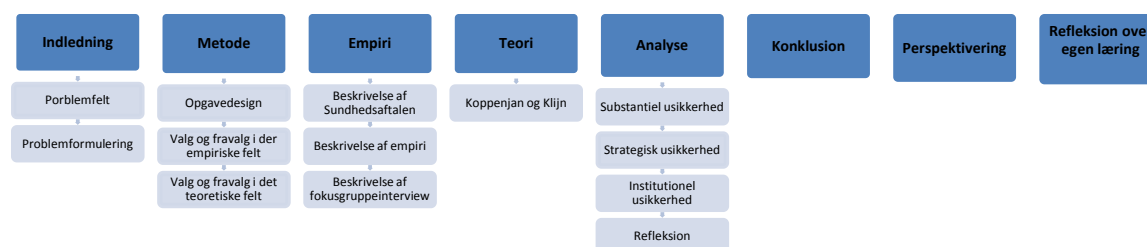
Når jeg gennemfører analysen, er gennemsigtighedskriteriet, også kaldet transparens (Justesen og Mik-Meyer, 2010:39) et vigtigt kvalitetskriterium. Det er derfor væsentligt at kunne begrunde de metodiske og teoretiske valg, der træffes i forløbet omkring masterafhandlingen. Det skal være tydeligt for læseren af afhandlingen, hvordan jeg har valgt at undersøge min problemformulering, og hvorfor det netop er disse valg jeg har truffet.

Validitet og reliabilitet er klassiske og akademiske krav, som udspringer af naturvidenskabelige og positivistiske krav til objektivitet (Justesen og Mik-Meyer, 2010:40). Validitet handler om, hvorvidt undersøgelsen fund rent faktisk belyser forskningsspørgsmålet, hvor reliabilitet refererer til spørgsmålet om, hvorvidt undersøgelsesmetoden er veldefineret.

Da jeg teoretisk knytter an til flydende ontologisk forståelse af faktorer og fænomener, som beskrives nærmere i afsnit 2.3, er det min opfattelse, at jeg med hensyn til validitet nødvendigvis må acceptere en relativ vidtgående flertydighed, da undersøgelsens genstandsfelt ikke kan løsrives fra den kontekst, den udspiller sig i. Indenfor socialkonstruktivistisk forskning beskrives netop en kritik af kriterierne om validitet og reliabilitet (Justesen og Mik-Meyer, 2010:49). De foreslår alternative kriterier omhandlende, at undersøgelser skal have relevans, være overbevisende, interessante og afspejle refleksivitet. Disse kriterier har det til fælles, at de er stærkt kontekstafhængige og hvis analysen fremstår overbevisende og troværdig, har undersøgelsen høj kvalitet. Kriterierne står i modsætning til den naturvidenskabelige positivistiske tilgang, hvor der stræbes mod objektivitetskriterium, defineret ved deres subjektivitet (Justesen og Mik-Meyer, 2010:49).

Set i lyset af ovenstående skal jeg således gennem mine metodiske valg sikre, at analysen kommer til at fremstå overbevisende og troværdig, idet jeg bevæger mig i et felt, der er stærkt kontekstafhængigt.

2.1. Præsentation af opgavedesign



Figur 3: Opgavedesign /v. B.G. Johansen, 2015

2.2 Valg og fravalg af det empiriske felt

I denne masterafhandling bygger tilrettelæggelse af indsamling af empiri på en induktiv tilgang (Høyer, 2007:21). Fordelen ved den induktive metode er, at den giver mig mulighed for at udlede teori om genstandsfeltets erkendelser ud fra min empiri. Ulempen kan være, at enhver induktion indeholder en abstraktion, da man konstruerer en sandsynlig helhed ud fra delene i empirien. Dette medfører udfordringen med subjektivitet og deraf følgende udfordringer i forhold til gyldighed. I mit tilfælde vil det betyde, at jeg skal være opmærksom på, at når jeg undersøger de netværk, som jeg selv er en del af, kan min viden og min aktørrolle på den ene side betragtes som en kilde til viden, men på den anden side som en mulig kilde til fejltolkning.

Jeg har valgt at indsamle empiri ved at anvende en kvalitativ interviewmetode, fokusgrupperview (Kvale og Brinkmann, 2009: 170), hvor det først og fremmest går ud på at få så mange forskellige synspunkter frem som muligt vedrørende det emne, der er i fokus. Jeg vil via de forskellige aktørers dialog og interaktion undersøge, hvordan de socialt konstruerer viden om sig selv, hinanden og den organisation som de arbejder i. Derudover undersøges hvad dette betyder for det tværsektorielle samarbejde og dermed for implementeringen af Sundhedsaftalen og det sammenhængende borger-/patientforløb.

Jeg har udarbejdet en prædefineret interviewguide (bilag 1) for derigennem at opnå en operationalisering af de teoretiske begreber, jeg har valgt at inddrage i min afhandling. Dermed skabes sammenhæng mellem teori og empiri. Fokusgruppemetoden er relevant fordi den sikrer, at så mange stemmer som muligt kommer til orde på en relationel måde, ligesom den giver mulighed for at få så mange synspunkter som muligt frem vedrørende det emne, der er i fokus. Derudover giver fokusgrupperviewet mig mulighed for at observere, hvordan aktørerne socialt konstruerer samarbejdet, hvilket en spørgeskemaundersøgelse ikke ville kunne bidrage med.

2.3 Valg og fravalg i det teoretiske felt

Jeg har i masterafhandlingen valgt at tage udgangspunkt i det forskningsspørgsmål, jeg ønsker at besvare. I denne problemdrevne forskningsmetode tager jeg afsæt i den undren eller manglende viden, jeg har om mit forskningsspørgsmål, omhandlende det tværsektorielle samarbejde og dets betydning for de sammenhængende patientforløb og implementering af Sundhedsaftalen.

Jeg har valgt at søge at afdække aktørernes meninger, vurderinger og holdninger i deres indbyrdes sammenhæng og specifikke kontekst, og derved defineres et forstående forskningsspørgsmål og dermed den forstående forskningstype (Launsø og Rieper, 2000:22).

Jeg er således fokuseret på at søge viden baseret på den udforskedes perspektiv og at gøre dette med afsæt i Koppenjan og Klijn's netværksteori.

I tilgangen til at etablere en metode til undersøgelse af spørgsmålet har jeg overvejet hvilken ontologi, altså hvilken oplevelse af virkeligheden, jeg forskningsmæssigt skal antage. Forskellige videnskaber har forskellige grundlæggende antagelser om verden, og der sondres således mellem stabile og flydende ontologier (Høyer, 2007:18-19). Hvis man oplever verden underlagt visse basale og forholdsvis uforanderlige spilleregler, hvor bestemte faktorer forventes at have samme effekt i næsten alle tilfælde, er der tale om en stabil ontologi. En flydende ontologi defineres derimod ved at lægge fokus på, hvordan fænomener gensidigt forandrer hinanden. Man kan med andre ord vanskeligt forudsige noget, da omverdenen forandres alt efter aktørernes fortolkning. Andre går endda lidt længere og mener, at aktørerne også forandres af den kontekst de indgår i. Her er alt altså flydende.

Min ontologiske tilgang er den flydende, eftersom jeg tager afsæt i socialkonstruktivismen og dermed er af den opfattelse, at virkeligheden, og forståelsen af den, formes i de sociale relationer vi indgår i. Jeg afviser dog ikke, at nogle faktorer, som f.eks. et hierarki i en organisation, har en rimelig stabil form, men jeg er af den opfattelse at oplevelsen af, hvordan hierarkiet ser ud i vidt omfang afhænger af, hvordan man relationelt indgår og fungerer i det.

Min ontologiske position har betydning for min erkendelsesteoretiske, også kaldet epistemologiske, tilgang. Mit formål med teorien er at nuancere min viden og forståelse af verden, altså at få øje på nye fænomener eller sammenhænge i en konstant foranderlig verden. Jeg er bevidst om, at jo mere flydende ontologisk position jeg antager, påvirker hvad jeg faktisk kan vide og komme til at vide (Høyer, 2007;20).

Jeg vil arbejde med en teori og analysestrategi som en kombination af dåseåbner - linsetilgang (Høyer, 2007: 24-25). Dåseåbnermetaforen er beskrivende for, at den valgte teori anvendes inden undersøgelsen går i gang for at indkredse et genstandsfelt. Anvendelse af dåseåbneres sandsynliggør, at den empiri jeg efterfølgende planlægger at indsamle, kan analyseres i den valgte kontekst.

Linsemetaforen beskriver den tilgang, jeg bruger aktivt i analysearbejdet, hvor jeg vil anvende Koppenjan og Klijn's diagnostiske og handlingsanvisende fremgangsmåde. I forhold til den diagnostiske del, og dermed også hele omdrejningspunktet for deres begrebs- og teoridannelsen, står diagnosen "wicked problems" der er karakteriseret ved substantiv, strategisk og institutionel usikkerhed (Koppenjan & Klijn, 2004:6-7), og som ligger fint i tråd med den komplekse kontekst, som Sundhedsaftalen skal fungere i. Et forbehold overfor linsetilgangen er, at den fungerer som et filter. Dermed er der risiko for, at jeg ikke får øje på andre og væsentlige erkendelser, som kunne have givet andre svar på mit forskningsspørgsmål.

Ovenstående er således masterafhandlingens teoretiske ramme. Med udgangspunkt i denne vil jeg indsamle min empiri og analysere de indkomne data, for derigennem at afdække hvilke aktører der er i spil, aktørernes usikkerheder på de arenaer hvori de indgår samt hvilke roller aktørerne har i policygamet.

Kapitel 3: Empiri

Jeg vil i dette kapitel beskrive den valgte empiri, hvor jeg først vil præsentere den overordnede ramme, som den nye Sundhedsaftale sætter for samarbejde på sundhedsområdet. Jeg vil dernæst beskrive det empiriske felt, samt hvordan jeg via fokusgruppeinterviewet har indsamlet min empiri.

3.1. Beskrivelse af Sundhedsaftalen

Sundhedsaftalen er indgået mellem Regionsrådet og de 17 kommunalbestyrelser i Region Sjælland for perioden 2015 – 2018. I aftalen er der fastlagt rammer og målsætninger for samarbejdet om de fælles borgere og deres forløb i sundhedsvæsenet. Den politiske vision udmøntes i konkrete aftaler og værktøjer i samarbejdet, hvilket er søgt illustreret i nedenstående figur:

Vision

Fælles om bedre sundhed

Overordnede mål

Flere gode og
sunde leveår til
borgerne

Borgere oplever
sammenhæng og kvalitet i
mødet med

Mere sundhed for
de samme penge

Mål

Mere sundhed
til flere

Borgeren som
partner

En borger –
én plan

Integreret og
borgernært
sundheds-
væsen

Indsatser

Forløbsbeskrivelser

Prioriterings værktøjer

Kompetenceudvikling

Grundlæggende forudsætninger

Fleksibilitet

Differentiering

Ressourcebevidsthed

Figur 4: Sundhedsaftalen 2015-2018 præsentationsfigur

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse beskriver i Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler følgende formål med Sundhedsaftalen:

"Formålet med sundhedsaftalen er at bidrage til sammenhæng og koordinering af indsatsen i de patientforløb, som omfatter borgere med somatiske og/eller psykiske sygdomme, og som går på tværs af de to myndighedsområder: region og kommuner. Målet er, at den enkelte borger tilbydes en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset antallet af kontakter eller karakteren af den indsats, der er behov for.

Sundhedsaftalen omfatter både samarbejdet mellem sygehuse og kommunale tilbud og samarbejdet mellem praksissektoren og kommunale tilbud. Aftalen omfatter derudover samarbejdet mellem sygehuse og praksissektoren, herunder særligt almen praksis, hvis det er relevant for samarbejdet med kommunen.

Derudover er sundhedsaftalen en oplagt ramme for at sikre sammenhæng i indsatsen mellem sundhedsområdet og andre tæt forbundne områder, herunder social-, undervisnings- og beskæftigelsesområdet. Parterne bør i den forbindelse så vidt muligt koordinere sundhedsaftalen med andre aftaler, som har betydning for aktiviteterne på relevante områder for at skabe sammenhængende forløb." (VEJ nr 9005 af 20/12/2013, 3.1)

I Sundhedsaftalen for Region Sjælland står skrevet:

"Vi samarbejder om borgeren, som også er patient. Sundhedsaftalen er for alle borgere, der har brug for en indsats, der involverer flere parter på tværs af sektorer. Borgere, der er i kontakt med sundhedsvæsenet, skal opleve sammenhæng og koordinerede, samtidige indsatser, uanset hvor og hvornår i forløbet de befinder sig." (Sundhedsaftale 2015-18, s.3).

Sundhedsaftalen i Region Sjælland lægger således fint op til det overordnede formål, nemlig at bidrage til sammenhæng og koordinering af forløb.

Hvor den politiske og administrative del er udarbejdet af det administrative niveau, er værktøjskassen udarbejdet med repræsentation fra de udførende niveauer, primært på ledelsesniveau.

Sundhedsaftalen 2015 – 2018 har fået titlen "Fælles om bedre sundhed" hvilket understreger, at for at nå målene skal alle aktører bidrage i det fælles sundhedsvæsen. Ordet "vi" benyttes i aftalen, fordi aftaleparterne ønsker at signalere, at vi er fælles om aftalen og fælles om at løfte de opgaver, der skal føre til målopfyldelse. "Vi" omfatter således aftaleparterne fra øverste politiske niveau til udførende personale i front, såvel i den kommunale som i den regionale sektor, herunder også almen praksis.

3.2 Beskrivelse af den valgte empiri

Da aktørfeltet er meget bredt har jeg i denne masterafhandling valgt at fokusere på frontmedarbejderne indenfor det somatiske område, og har derfor fundet det naturligt at rekrutteringen af respondenter skulle finde sted blandt frontmedarbejder i Solrød Kommunes myndighedsfunktion og fra hjemmesygeplejen, og blandt frontmedarbejderne fra de sygehusafdelinger på Køge og Roskilde sygehuse, som Solrød kommune har flest fælles borger-/patientforløb med, nemlig den medicinske blok.

I forhold til rekruttering af de regionale frontmedarbejdere, altså sygeplejerskerne på de relevante sengeafsnit, viste det sig imidlertid ikke umiddelbart muligt at få adgang til disse, idet de kontaktede afdelingsledelser sagde fra overfor opgaven, dels med begrundelse i manglende ressourcer og dels med begrundelse i, at de endnu ikke selv havde drøftet den nye Sundhedsaftale med deres medarbejder.

På baggrund af ovenstående valgte jeg at fremlægge rammerne for min masterafhandling på et møde i det formelle netværk "Kommunalt samarbejdsforum for somatik – voksne" (KSS) for Køge og Roskilde sygehus, jf. Sundhedsaftalens samarbejdsorganisation, afsnit 1.1, figur 2. KSS består af sygehusledelserne på de lokale sygehuse, ledelsesrepræsentanter fra de omkringliggende kommuner, og en repræsentant fra de praktiserende læger. Formålet med KSS på det lokale niveau er, at koordinere, implementere, vidensdele og udvikle samarbejdet omkring Sundhedsaftalen på tværs af primær og sekundær sektor. Jeg fandt derfor dette forum som det rette til netop at understøtte indsamlingen af empiri til min masterafhandling. Jeg håbede således, via KSS, at få adgang til frontmedarbejderne, idet jeg har en antagelse om, at masterafhandlingen i sin helhed netop understøtter KSS' formål, i og med at jeg leder efter en grundlæggende viden om de udfordringer, der er i forhold til at finde egnede værktøjer til brug for implementering af Sundhedsaftalen.

Efterfølgende lykkedes det mig at få adgang til 2 regionale respondenter, hvilket medførte at sammensætningen af de kommunale respondenter også blev ændret. Sammensætningen blev således 2 regionale aktører, 2 kommunale myndigheds aktører og 2 kommunale udfører aktører - dette for at understøtte ligelig fordeling mellem de forskellige aktører, altså et "vi" frem for "dem og os". De deltagende aktører havde alle en sundhedsfaglig uddannelse bag sig, i form af sygeplejerske, ergoterapeut eller fysioterapeut.

3.3 Beskrivelse af fokusgruppeinterviewet

Jeg udsendte invitation til respondenterne forud for afholdelse af fokusgruppeinterviewet. Af denne invitation fremgik formål med fokusgruppeinterview, ligesom den prædefinerede interviewguide blev medsendt (bilag 1), for derigennem at spore respondenterne ind på emnet, samt søge at skabe en tryk ramme for deltagerne. Af interviewguide fremgik også spillereglerne for se-

ancen, i form af anonymitet i forhold til masterafhandlingen, hvor respondenterne ikke vil fremgå med navn. Dette for at søge at skabe et fortroligt rum under interviewet.

I forbindelse med selve afholdelsen af fokusgruppeinterviewet havde jeg udarbejdet et PowerPoint (bilag 2), for på denne måde at præsentere respondenterne for mig som studerende og rammerne for min masterafhandling. Derefter fulgte en præsentationsrunde blandt respondenterne, som ikke på forhånd kendte hinanden på tværs af sektorerne.

Jeg valgte at optage seancen af hensyn til den efterfølgende databearbejdning. Derudover valgte jeg at medtage en observatør, hvis rolle på forhånd var klart defineret. Observatøren havde, med udgangspunkt i mit teoretiske iagttagelsesperspektiv, til opgave at observere, hvordan respondenterne interagerede, hvordan deres relationer var, og se efter deres emotioner og stemninger. Observatøren skulle også iagttage, hvordan respondenterne positionerede sig overfor hinanden, og hvilke roller der trådte frem. Jeg valgte at italesætte rollen således:

"som jeg også skrev til Jer, så optager jeg på min telefon, og så i stedet for at sætte et videokamera op, så har jeg bedt xxx om at være videokamera og det vil hun gerne være men hun løber tør for strøm ca. kvart i tre, så forlader hun os. Men indtil da så overvåger hun, deltager ikke i seancen, men overvåger hvordan vi samarbejder omkring det her fokusgruppeinterview. Så jeg håber I er trygge ved de rammer som er præsenteret for Jer" (s.2)

Det var min klare oplevelse, at alle respondenter accepterede rammerne og følte sig trygge. Observatøren var placeret bagerst i rummet, og faktisk var der ingen af respondenterne der havde fokus på observatøren undervejs i seancen, de bemærkede end ikke, da hun forlod rummet.

Som opstart på selve fokusgruppeinterviewet blev respondenterne præsenteret for formålet med interviewet, hvor jeg med afsæt i den politiske vision for "Sundhedsaftale 2015 - 18 - Fælles om bedre sundhed" (se afsnit 1.1) og i min problemformulering overordnet spurgte ind til, hvilke erfaringer respondenterne havde fra tidligere, for at "vi" kan opnå ovenstående vision.

Jeg bad dernæst respondenterne om at tegne det sammenhængende borger-/patientforløb, hvilke aktører er i spil, hvilke arenaer er i spil og hvilke problemstillinger opstår på de forskellige arenaer. Hvad er vigtigt for borgeren/patienten, og hvornår er det vigtigt? Her bad jeg respondenterne tage udgangspunkt i indlæggelsesforløbet, men være bevidst om at dette selvfølgelig trækker referencer til de øvrige elementer i de sammenhængende forløb, såvel før, under og efter selve indlæggelsen, illustreret ved nedenstående figur.

Dernæst fulgte en times dialog ud fra interviewguidens hovedemner opdelt ud fra Koppenjan og Klijn's definitioner af den substantielle, den strategiske og den institutionelle usikkerhed, som beskrives i teori kapitel 4.1.

Vedrørende bearbejdning af det empiriske materiale fra fokusgruppeinterviewet, har jeg transkriberet interviewet, hvorefter jeg har lagt rådata ind i et skema (bilag 4). Herefter har jeg gennemgået datamaterialet, og indskrevet stemninger, betoning og emner til inspiration, altså startkodning, hvorefter relevante udsagn er udvalgt i forhold til den valgte teoretiske ramme for analysen. Jeg har således anvendt åben kodning (Jacobsen og Harrits, 2010: 177-180), hvor koderne genereres ud fra datamaterialet. Ved inddragelse af citater i analysen vil respondenterne fremstå anonymiseret. De regionale respondenter benævnes R1 og R2. De kommunale respondenter fra myndighedsområdet benævnes KM1 og KM2, og fra udførerområdet benævnes de som KU1 og KU2.

Kapitel 4: Teori

I dette kapitel vil jeg redegøre for den valgte teori og de begreber, der anvendes i masterafhandlingen. Derudover danner den teoretiske gennemgang af netværksteorien rammen for den efterfølgende analyse af de empiriske data.

Mit videnskabsteoretiske iagttagelsesperspektiv er socialkonstruktivismen (Presskorn - Thygesen, 2012:39). I socialkonstruktivismen er de sociale relationer nødvendighedens lov. Uden relationer ingen meningsskabelse og uden meningsskabelse er der i princippet ingen fælles virkelighed. Omvendt er det også sådan, at når de sociale relationer i en organisation er etableret, bliver det sprog, dialogen, samtalen, der afgør hvordan virkeligheden begribes.

Som det fremgår af masterafhandlingens indledning, er jeg optaget af hvordan sundhedsaftalens aktører konstruerer det tværsektorielle samarbejde, når de træder ind på arenaen, for derigennem at medvirke til det sammenhængende borger-/patientforløb. Dette ligger fint i tråd med socialkonstruktivismens antagelser om verden og om konstruerede sammenhænge, ligesom det kobler fint til den valgte netværksteori.

Styrken ved det socialkonstruktivistiske iagttagelsesperspektiv er dets evne til at hjælpe mig med at arbejde med forståelser, relationer og erkendelserne. Denne styrke er imidlertid også perspektivets største svaghed, da mine vurderinger af forståelser, relationer og erkendelser opnås gennem fortolkninger af udsagn, stemninger, kropssprog, pauser i samtalen m.m., som nødvendigvis vil være subjektive. På den måde vil der være en risiko for, at de erkendelser, som min analyse giver mig mulighed for at opnå, ikke nødvendigvis er fuldt dækkende for aktørernes omverdensforståelse.

4.1 Præsentation af Koppenjan og Klijn's netværksteori

Da sundhedsområdet er præget af mange forskellige aktører, som i et netværk skal medvirke til opfyldelse af Sundhedsaftalens politiske vision og dermed medvirke til at sikre sammenhængende og koordinerede borger-/patientforløb, vil jeg som teoretisk ramme anvende Koppenjan og Klijn's netværksperspektiv. Dette fordi Koppenjan og Klijn tilbyder både en diagnostisk del og en ledelsesmæssig handlingsanvisende del i deres teori- og begrebsapparat. Koppenjan og Klijn's fokus er, at se på vilkår for offentlig strategisk ledelse i lyset af differentiering og kompleksitet. Dette finder jeg er særligt anvendeligt, da sundhedsområdet ikke er et afgrænset område, men et netværk af aktører, der hver især skal bidrage med noget, for derigennem at medvirke til at sikre den fremtidige udvikling af sundhedsområdet og dermed sammenhængende og velkoordinerede borger-/patientforløb. Koppenjan og Klijn bygger deres teoriapparat på en socialkonstruktivistisk samfundsforståelse, og dette ligger fint i tråd med ovenstående iagttagelsesperspektiv – det er relationerne mellem aktørerne, der afgør, hvordan verden kan forstås, og hvad der kan lade sig gøre.

Koppenjan og Klijn tilbyder, som ovenfor beskrevet, både en diagnostisk og en mere handlingsanvisende fremgangsmåde. I forhold til den diagnostiske del, og dermed også hele omdrejningspunktet for deres begrebs- og teoridannelsen, står diagnosen "wicked problems", som er karakteriseret ved substantiv, strategisk og institutionel usikkerhed (Koppenjan & Klijn, 2004:chap.1).

Koppenjan og Klijn beskriver, at wicked problems indeholder divergerende problemdefinitioner og viden, kompleks beslutningstagnation og en kompleks institutionel kontekst. Wicked problems indeholder dilemmaer og faglige uenigheder, og løsning af et wicked problem medfører typisk nye problemer. Wicked problems kan sjældent analyseres indenfor et bestemt videnskabeligt paradigme. Jo mere kompliceret problem, jo større behov for netværk. Dette afspejler fint det jeg oplever i forbindelse med Sundhedsaftalen, hvor jeg mener at kunne stille diagnosen "wicked problem". Jeg oplever en række komplekse problemstillinger, som sjældent lader sig afgrænse til én kontekst, og som ofte udfordres af den høje grad af specialisering, kombineret med den gensidige afhængighed på tværs af sektorer, organisationer, professioner og specialer.

Koppenjan og Klijn's pointe er, at usikkerheden opstår, når aktørerne er konfronteret med samfundsmæssige problemer, og ikke ved hvad virkningen af deres bestræbelser på at løse dem, vil være. Dette er årsagen til at Koppenjan og Klijn ikke mener, at de traditionelle samfundsmæssige – ofte hierarkiske – løsninger er nok. Hovedtanken i netværksperspektivet er begrebet interdependency, altså den gensidige afhængighed. Givet at samfundets problemer og sammenhænge er blevet ekstremt komplekse, er vi samtidig blevet ekstremt indbyrdes gensidigt afhængige af hinanden. Den offentlige sektor er dybt afhængig af den private sektor og civilsamfundet og omvendt. Ser man isoleret på den offentlige sektor, er denne også dybt afhængig af hinanden på tværs af primær og sekundær sektor, hvilket også understreges i Sundhedsaftalen 2015 - 2018 "Fælles om bedre sundhed".

Det er ikke kun på organisatorisk niveau, denne interdependency findes. Det er også i de konkrete menneskelige relationer, det gør sig gældende, altså på mikroniveau. Men aktørerne er ikke altid klar over deres indbyrdes afhængighed, og de overvurderer derfor indimellem deres potentiale eller magt.

For at være en god strategisk netværksaktør foreslår Koppenjan og Klijn, at hver gang man indgår i et policy-game laver en aktøranalyse, en spilanalyse og en netværksanalyse (Koppenjan & Klijn, 2004:136-137). I aktøranalysen handler det om identificering af involverede aktører, deres problemopfattelser, afhængighedsforhold og ressourcer. Spilanalysen handler om at stille spørgsmål til relevante aktører, søge at forstå de forskellige arenaer, og afdække hvilke værdier der er gældende. Er de relevante aktører med, relaterer de sig til hinanden og hvordan sker dette? Er der stagnation, måske endda blokader i spillet, og skyldes dette kognitive eller interesse-mæssige forskelle? I netværksanalysen handler det om at afdække, hvor meget samspil der er og blandt hvem, altså strukturen. Hvordan spiller perceptionerne sammen, og er samspillet reguleret formelt eller uformelt.

Koppenjan og Klijn beskriver at hele omdrejningspunktet for netværksledelse er at realisere den nødvendige samordning, så de aktører, der er afhængige af hinandens ressourcer, kan opnå interessante resultater for sig selv uden at frembringe ugunstige resultater for andre (Koppenjan & Klijn, 2004:186). Endelig gør Koppenjan og Klijn opmærksom på, at alle i et demokrati har ret til at organisere sig og dermed yde indflydelse, hvorfor alle kan være potentielle aktører. Dette er væsentligt at have for øje i forhold til sundhedsområdet, hvor patient- og bruger organisationer ofte er meget aktive aktører.

Koppenjan og Klijn ser netværkslederen som mediator eller facilitator, ikke som en central autoritet. Netværkslederen skal kunne forme og ændre vilkårene for at skabe et vellykket samspil mellem aktørerne, samt være inkluderende. Koppenjan og Klijn taler her om spil af 1. orden – game management (Koppenjan & Klijn, 2004:187) omhandlende overblik, facilitering, ressourcer, legitimitet – også kaldet arenareglerne. Dernæst taler de om spil af 2. orden – det institutionelle design – det der foregår i baglandet, altså udenfor forhandlingsarenaen af 1.orden.

Da jeg, som tidligere beskrevet, mener at kunne stille diagnosen "wicked problem" i forhold til de komplekse problemstillinger omkring Sundhedsaftalen, vil jeg i det følgende se nærmere på den substantielle, den strategiske og den institutionelle usikkerhed.

4.1.1 Den substantielle usikkerhed

Den substantielle usikkerhed forstås i Koppenjan og Klijn's optik, som usikkerhed i problem-situationen eller problemopfattelsen, samt i løsningsopfattelserne (Koppenjan & Klijn, 2004:30) Der er usikkerhed om viden på området, men mere information skaber ikke mindre usikkerhed. Der er divergerende og konfliktende problemopfattelser, ligesom aktørerne har forskellige interesser, forståelser og strategier i problemløsningen. At bestemme arten af problemet allokerer således magt.

Manglende viden og uklarhed, som kilde til den substantielle usikkerhed, kan sammenfattes i nedenstående skema (Koppenjan og Klijn 2004:37):

	Manglende viden	Uklarhed
Karakteristika ved usikkerhed	Manglende viden og information bag handling	Informations overload, forvirring og viden konflikter
Usikkerhedens natur	Manglende information og viden om årsagssammenhænge i en problemsituation	tilstedeværelse af divergerende rammer hvorfra problemer og løsninger bedømmes
Strategi	Informationssøgning, brug af eksperter, forskningsprojekter	Fælles skabelse af mening

For at afdække den substantielle usikkerhed hos frontmedarbejderne, i forhold til konstruktionen af det tværsektorielle samarbejde omkring de sammenhængende borger-/patientforløb, er det væsentligt at afdække aktørernes viden om Sundhedsaftalen, såvel i forhold til den politiske del,

den administrative del som Værktøjskassen. Det er her væsentligt at have særligt fokus på indholdet i Sundhedsaftalen, herunder hvilke rammer der er gældende. Det er ligeledes væsentligt at se på anvendelse af værktøjer til brug for koordinering af forløb, og at undersøge hvilke problemstillinger aktørerne oplever i det tværsektorielle samarbejde. Sidst men ikke mindst er det væsentligt at se på, hvorvidt visionen om at gå fra "dem og os" til "vi" skaber fælles mening for aktørerne.

4.1.2. Den strategiske usikkerhed

Den strategiske usikkerhed forstås som usikkerheder i aktørarenaen. Det handler om strategier og strategiske spil på forskellige arenaer. I det strategiske spil kan der være forskellige typer af spil eller strategier. Aktørerne befinder sig på arenaen, fordi de oplever at have aktier i feltet. Hypotesen er, at anerkender aktørerne afhængigheden af andre aktører, indgår de sandsynligvis i interaktion, og dermed kan der opstå "et vindue" for samarbejde og nye ideer.

Koppenjan og Klijn beskriver, at når aktørerne erkender og anerkender deres indbyrdes afhængighed, og at de har brug for hinanden for at kunne realisere deres ønsker, drømme og ideer, så opstår "policy games". Resultatet heraf er, at aktørerne udvikler strategier og handlinger med henblik på at påvirke og øve indflydelse på andre aktører, indholdet i problemformuleringen og de løsninger der overvejes og udvikles i problemløsningsprocessen. Når aktørerne er afhængige af andre aktører, vil de anvende deres strategier til at forsøge at påvirke, eller i det mindste forudse, andre aktørers opførsel. I denne strategiske interaktion gælder, at jo højere afhængighed jo mere strategisk interesse for hinanden.

Ifølge Koppenjan og Klijn kan der identificeres fem strategiske tilgange i et policy-game (Koppenjan & Klijn, 2004:49):

Go alone strategies – her har en aktør valgt at formulere en substantiel løsning, og forsøger at realisere uagtet aktørens strategiske afhængighed af andre aktører.

Conflictual strategies – denne strategi anvendes typisk til at forebygge eller blokere for løsninger, der er ønskværdige for en anden aktør.

Avoidance strategies – her modsætter man sig ikke åbenlyst andres strategier, men indtager en passiv attitude.

Cooperative strategies – en samarbejdstilgang, hvor man anerkender aktørernes eksterne afhængighed. Man sætter alt ind på at gøre de øvrige aktører nysgerrige på ens egne planer, og forsøger derved at opnå en favorabel position i forhandlingsprocessen.

Facilitating strategies – her anerkender man, at samarbejde er nødvendigt for at opnå gensidige ønskværdige løsninger. Man medierer, leder efter fælles interesser osv.

Policy-gamet foregår på en arena, hvor aktørerne præsenterer sine strategier og interesser. I Koppenjan og Klijn's forståelse kan arenabegrebet sammenlignes med en markedsplads og defineres som det sted, hvor en gruppe af aktører træffer valg på baggrund af deres opfattelse af

problemerne, løsninger og hinandens strategier. Dilemmaet er, at nogle aktører på arenaen kan agere opportunistisk. Koppenjan og Klijn beskriver, at aktørerne kan agere på følgende måde. Aktørerne kan agere som "Free riders" ved at lade det være op til andre at finde løsninger, som "Hit and run"-aktører hvor de kun samarbejder indtil de har opnået deres mål eller som "Wait and see"-aktører hvor de venter med at investere i løsningsmuligheder indtil disse rent faktisk kan realiseres.

Da den strategiske usikkerhed udspiller sig på aktørarenaen, er det her væsentligt at identificere de involverede aktører, deres afhængighed og spillet på de arenaer, hvor de interagerer.

4.1.3. Den institutionelle usikkerhed

Den institutionelle usikkerhed forstås som usikkerhed i de rammer, regler og normer, der er gældende for samspillet, nogle er formelle og andre uformelle. De forskellige aktører har hver deres historie, institutionelle kontekster og bindinger, hvormed de hver især skaber egne standarder for handlinger og interaktioner, hvilket betyder, at aktørerne opfatter mulighederne i samarbejdet forskelligt.

Organisationens institutionelle ramme, som Koppenjan og Klijn refererer til, beskrives af W. R. Scott (Scott, 2001:51) i *Institutions and Organizations*, hvor han i sit sammenfattende overblik over nyere institutionel teori peger på, at institutioner består af regulerende, normative samt kognitive strukturer og handlinger, som skaber stabilitet og giver mening til social adfærd. Institutioner overføres ved hjælp af forskellige 'sociale bærere' som fx kultur, struktur og rutiner. Den institutionelle omverden for en organisation er i stor udstrækning formet af fundamentale værdier og langsigtede udviklingslinjer i den samfundsmæssige udvikling og består af tre hovedelementer eller 'søjler': De regulative (love og regler), de normative (normer og værdier) og de kognitive (forståelsesrammer). Disse institutionelle søjler påvirker aktørernes adfærd og f.eks. den måde regionale og kommunale organisationer fungerer på.

	Regulative	Normative	Kognitive
Grundlag for indordning	Lydighed	Social forpligtelse	Taget for givet
Kilden til orden	Regulerende regler	Bindende forventninger	Konstituerende skemaer
Mekanisme	Tvangsmæssig	Normativ	Mimetisk
Logik	Instrumentel	Hensigtsmæssighed	Vane (ortodoksi)
Indikator	Regler, love, sanktioner	Certificering, akkreditering	Almen opfattelse og handlingslogik (isomorphisme)
Grundlag for legitimitet	Straf og sanktioner via lov	Moralsk kodeks	Begrebsmæssigt korrekt, anerkendt og med kulturel opbakning

Kilde: Scott(2001): 52

Den regulerende søjle er karakteriseret ved den vægt den lægger på eksplicit regulerende processer, regeludformning, styring og sanktioner. De regulerende krav eller pres kommer primært fra politiske myndigheder og har en legal eller et retligt grundlag. De regulerende mekanismer bygger på en instrumentel rationalitet, hvilket vil sige, at de opfattes som fornuftige instrumenter, der bidrager til at både samfund og organisationer fungerer på en hensigtsmæssig måde.

Den normative søjle fastlægger normative regler, som synliggør de foreskrivende, vurderingsmæssige og obligatoriske sider ved et socialt system. Perspektivet inkluderer både værdier og normer. Værdier udtrykker det værdsatte og ønskelige, samt sætter standarder, som adfærd bliver målt op imod og bedømt ud fra. Normerne specificerer, hvordan ting bør gøres, og gør bestemte måder at nå mål på mere legitime end andre. Aktørerne indordner sig, fordi det er forventet af dem, og fordi de føler sig forpligtet – ikke på grund af deres egen interesse.

Den kognitive søjle lægger vægt på, at institutionelle arrangementer reproduceres, fordi individer ofte ikke kan forestille sig alternativer, og at institutioner ikke bare begrænser vore valg i en situation, men at de udgør kriterierne, som lægges til grund for, hvilke valg vi foretager os. Den kognitive søjle repræsenteres således, af de kognitive eller mentale skemaer og modeller, som vi har dannet os om, hvordan en organisation skal se ud eller opføre sig.

Den bygger på hvad vi "tager for givet", ikke på normer og værdier. De mentale skemaer og modeller bliver herefter det, som danner grundlag for meningsfulde handlinger.

De sociale interaktioner og magtanvendelser i netværk, er altså ikke alene påvirket af usikkerheder, men også af sociale og institutionelle forståelser. En aktør indgår i et netværk, både med personlige værdier og normer, og med værdier og normer, der knytter sig til de institutionelle rammer, man som aktør befinder sig i. Aktørerne orienterer sig således også i netværk, efter den enkeltes værdi- og normsystemer, kulturelle vaner eller holdningssystemer. Pierre Bourdieu benævner denne kompleksitet med begrebet habitus (Bourdieu & Wacquant, 1996).

Den institutionelle kontekst omkring Sundhedsaftalen er meget kompleks. Aktørerne arbejder indenfor forskellige institutionelle rammer, og det forventes at frontmedarbejderne, såvel de regionale som de kommunale, hver især lever op til gældende lovgivning, og de mål, rammer og standarder, der er gældende i hver deres hierarkiske organisation. Derudover er samarbejdet ydermere reguleret af Sundhedsaftalen, som søger at bygge bro, dels mellem lovgivningernes områder og dels aktørernes oversættelse heraf, i form af interne regler og rammer. Det handler således om at afdække, hvor meget samspil der er i netværket, og hvordan samspillet er reguleret.

Kapitel 5: Analyse

Jeg vil i dette kapitel analysere min empiri med udgangspunkt i den valgte teori, for derigennem at give et billede af de usikkerheder der præger aktørerne i deres bestræbelser på at konstruere sammenhængende borger-/patientforløb ud fra de i Sundhedsaftalen givne rammer.

Analysen er således bygget op omkring usikkerhederne og bliver rundet af med en refleksion omhandlende hvordan habitusbegrebet kan forklare nogle af de usikkerheder der er grundlæggende for aktørerne i samspillet om borger/patient og i hele implementeringen af Sundhedsaftalen.

5.1. Analyse af den substantielle usikkerhed

Den substantielle usikkerhed forstås, som beskrevet i afsnit 4.1.1, som usikkerhed i problem-situationen eller problemopfattelsen samt i løsningsopfattelserne. Der er usikkerhed om viden på området, men mere information skaber ikke mindre usikkerhed. Der er divergerende og konflik-tende problemopfattelser, ligesom aktørerne har forskellige interesser, forståelser og strategier i problemløsningen. At bestemme arten af problemet allokerer således magt.

5.1.1 Indhold i Sundhedsaftalen, herunder hvilke rammer er gældende

Sundhedsaftalen består, som beskrevet i afsnit 3.1, dels af en politisk del, en administrativ del og en værktøjskasse. Værktøjskassen består af en lang række af handlingsanvisende dokumenter, der skal vejlede aktørerne til, hvordan der skal handles i samarbejdet. Grundlæggende forudsætninger for anvendelse af alle værktøjer er fleksibilitet, differentiering og ressourcebevidsthed.

Der ses en sammenhæng mellem sundhedsaftalens tre elementer, dog er ansvaret mellem aktø-erne i nogle tilfælde fastlagt i en forløbsbeskrivelse i værktøjskassen, mens det i andre tilfælde er fastlagt i den administrative del. Dette kan være medvirkende til, at relevante aftaler om samar-bejde ikke formidles fyldestgørende til frontmedarbejderne. Et eksempel herpå er forløbsbeskri-velserne omkring behandling og pleje, hvor den ældre medicinske patient ikke er nævnt som en specifik målgruppe. Netop hos denne målgruppe påpeger respondenterne, at der er en generel udfordring i forhold til at sikre sammenhængende pleje- og behandlingsforløb.

Værktøjskassen indeholder, som ovenfor beskrevet, de rammer, der skal understøtte, at den nye Sundhedsaftales mål og værdier kan omsættes til handlinger i hverdagen. Denne oplevelse deles imidlertid ikke af respondenterne:

" - fordi kommunerne har jo ligesom sammen med region Sjælland udtænkt den her sundhedsaftale og hvis man kikker på den så lyder det jo fantastisk flot - altså det er sundhedspædagogik, det er borgeren i centrum, det er samarbejde - det lyder fantastisk flot - " - " dem der sidder og laver den her sundhedsaftale og vurderer på hvad der er bedst for borgeren - de har ikke haft fingrene nede i mulden - og de har ikke stået dernede i praksis og

set på hvordan er det og få en patient ind, behandlet og sendt ud igen og hvad er det rent faktisk for nogle problematikker vi står i med hver enkelt borger"(R1, s.28)

Respondenterne giver samstemmende udtryk for manglende inddragelse af frontmedarbejderne i tilblivelsen af den nye sundhedsaftale, og de udviser usikkerhed i forhold til hvordan denne aftale overhovedet skal få ben at gå på, idet der opleves meget langt fra top til bund i det organisatoriske hierarki. Netværket udfordres altså her af det hierarkiske system, som Sundhedsaftalen er udarbejdet i, hvor frontmedarbejderne ikke oplever sig hørt og forstået. De udtrykker usikkerhed i forhold til de problematikker, de oplever i hverdagen, og oplever ikke at de kan finde de nødvendige svar i Sundhedsaftalen, som efter deres opfattelse skaber mere forvirring end den giver svar.

5.1.2 Anvendelse af værktøjer til brug for koordinering af forløb

Overordnet set er værktøjsskassen, som tidligere nævnt, den handlingsanvisende del af Sundhedsaftalen. Værktøjsskassen er imidlertid ganske fraværende i respondenternes dialog. Det, der optager dem mest, er den tværsektorielle kommunikation. De har særligt fokus på den elektroniske udveksling af data til brug for koordinering og understøttelse af det sammenhængende borger-/patientforløb. Det fremgår af en række udsagn, at der i begge sektorer hersker stor usikkerhed omkring anvendelse af de elektroniske meddelelser. Der er usikkerhed om hvornår hvilke meddelelser skal sendes, og hvem der modtage samt forventes at agere på de afsendte og modtagne korrespondancer. Derudover er der en udtalt utilfredshed hos alle respondenterne med indholdet i de afsendte meddelelser, som enten afsendes alt for hyppigt, eller som afsendes uden at være opdaterede og dermed retvisende for borgerens/patientens aktuelle situation:

"vi synes det er pisseirriterende vi ikke får en der er opdateret - I forventer vores opdateret - Jeres er ikke" (R2 s.50)

Der er, i regi af Sundhedsaftalen, en forventning om, at langt den overvejende del af kommunikationen mellem sektorerne foregår elektronisk. Netop her oplever respondenterne en af de helt store knaster i samarbejdet omkring det sammenhængende borger-/patientforløb. For hvordan understøtter den elektroniske kommunikation forløbet, når der hersker total begrebsforvirring omkring denne? De regionale respondenter omtaler de elektroniske meddelelser som "TSM'er" (tværsektorielle meddelelser), hvor de kommunale respondenter taler om automatiske indlæggelses- og udskrivningsadvier, automatisk og manuelle indlæggelsesrapporter, plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter. Ydermere er der ingen af respondenterne, der føler sig sikre på, hvornår hvilke typer af meddelelser anvendes i forløbet, og om de overhovedet modtages af de rette samarbejdspartnere. Eneste udtagelse er "GOP'erne", de elektroniske genoptræningsplaner, som flyder fint mellem de trænende aktører i henholdsvis region og kommune. Ovenstående underbygges af en række udsagn, herunder:

"-- vi laver et hav af rapporter. Hele tiden skal vi lave en ny rapport - først ved indlæggelsen med forventet udskrivelse så skal vi lave en når vi ved lidt mere, så skal vi lave en når vi tror vi ved og så laver vi en når vi ved og så laver vi en når de skal hjem (--) vi bruger SÅ meget tid ved computeren"(R1 s. 13)

"Ja, men jeg sidder bare og tænker kommunikation - om der sker noget i samarbejdet mellem sygehuset og kommunen hvis man kalder det noget forkert - at vi ikke får det ind i vores system - () - så er der noget kommunikationsbrist -() - det er da i hvert fald vigtigt at have for øje tænker jeg"(KU2 s. 13)

Det er tydeligt, at frontmedarbejdernes viden om og forventninger til, hvordan den elektroniske kommunikation skal anvendes i bestræbelserne på at skabe sammenhæng i borger-/patientforløb, er mangelfuld, og at de derfor arbejder ud fra en dekolingsstrategi, hvor den elektroniske kommunikation bliver et supplement, og ikke som beskrevet i Sundhedsaftalen den kommunikationsform, som er bærende for koordinationen af forløbene.

De er usikre på, hvilke rapporter der anvendes til hvilke formål. De er usikre på, om de afsendte rapporter overhovedet modtages. Og de er usikre på validiteten i indholdet af såvel de modtagne som de afsendte rapporter. Min oplevelse under tegneopgaven og i det efterfølgende interview var, at såvel de regionale som de kommunale respondenter efterlyste viden. De efterlyste konkret viden om de elektroniske kommunikationsværktøjer. De efterlyste viden om, hvordan de skulle anvende de elektroniske meddelelser, såvel i forhold til indhold som tidspunkt for afsendelse og anvendelse. Dette tyder på manglende implementering af et vigtigt redskab i understøttelsen af det sammenhængende borger-/patientforløb. Efter fokusgruppeinterviewet har jeg oplevet, at en af de regionale respondenter har kontaktet mig for at få uddybet sin viden om det eksisterende kommunikations flow for indlæggelse og udskrivelse, til trods for at dette er beskrevet i Værktøjskassen for Sundhedsaftalen. Netop dette understreger til fulde, at frontmedarbejderne ikke søger deres viden i Værktøjskassen men vælger andre veje.

5.1.3 Problemstillinger i det tværsektorielle samarbejde

Sundhedsaftalen lægger op til, at borgeren skal være patient i så kort tid som muligt – altså accelererede patientforløb, hvor det at være patient er lig med at være indlagt og have behov for højt specialiseret behandling. Der lægges ligeledes op til en kobling af den rigtige patient, den rigtige aktør og det rigtige forløb (Sundhedsaftalen, 2015:29) for derigennem at sikre optimale borger-/patientforløb. Dette skal ske ved, at kommunen og den praktiserende læge i fællesskab begynder forberedelsen til at modtage borgeren efter udskrivelsen allerede ved indlæggelsen. For at dette kan ske, skal sygehuset ved indlæggelsen sikre, at såvel den kommunale aktør og den praktiseren-

de læge modtager relevante informationer. I forhold til information til de kommunale aktører skal dette ske via den elektroniske kommunikation, hvilket er en udfordring, som beskrevet under afsnit 5.1.2. I forhold til inddragelse af den praktiserende læge sker dette ikke, idet den praktiserende læge først orienteres via epikrisen, som skal tilsendes elektronisk senest tre dage efter udskrivelsen.

Netop det faktum, at borgerne skal være indlagt så kort tid som muligt, optog særligt de kommunale respondenter, idet dette stiller store krav til koordinerede indsatser, når borgeren kommer hjem. Hjemmesygeplejersken beskrev problemsituationen, hvor de stod med en nyudskrevet borger, og de på grund af usikkerhed omkring behandlingsforløbet havde behov for assistance fra den praktiserende læge. I Sundhedsaftalen beskrives, hvordan egen læge skal overtage ansvaret for patientbehandling efter endt indlæggelse, men som det fremgår af nedenstående citater sker dette langt fra i alle tilfælde:

"-- og de er kommet for hurtigt hjem og så skal vi have fat i egen læge og egen læge ved ikke en skid - undskyld - hvad der er sket - de ved ikke noget om medicinen--" --"-- og vil ikke tage del i det og øh ja så der har vi store problemer synes jeg som hjemmesygeplejerske - hvem, hvem er det der skal hjælpe os med det? samtidig med jeg kan også se problemet i kommunikationen og samarbejdet med visitatorerne, som jeg også synes har en stor del sammen med afdelingerne som skal finde ud af - fordi tingene skal gå så hurtigt som du siger - er der styr på de ting der skal være i hjemmet, fordi det er det vi oplever, nej der var ikke de hjælpemidler der skulle være, der var ikke --"(KU1, s.25)

"vi prøver jo også at kæmpe for at vi får en patient hjem, som er så godt planlagt som muligt -"(KM1 s. 25)

Disse udsagn understreger den kampplads, der kan opstå i overgangen mellem sektorerne, og som har stor indflydelse på de sammenhængende borger-/patientforløb, da aktørerne har forskellige mulighedsbetingelser og forskellig viden i situationen.

Netop når vi taler om det sammenhængende borger-/patientforløb, hvor en lang række aktører er dybt afhængige af hinanden i bestræbelserne på at levere sammenhængende borger-/patientforløb, er det væsentligt, for at det skal lykkes, at arbejde med den gensidige afhængighed aktørerne imellem. Dette gælder aktører på såvel det politiske, det administrative og det udførende niveau.

Det faktum, at borgeren skal være patient i så kort tid som muligt, stiller store krav til effektivitet og fleksibilitet hos såvel de regionale som de kommunale frontaktører. Respondenterne er meget opmærksomme på disse krav og betoner en række udfordringer, som f.eks. udtrykt af kommunal respondent:

"jeg tror stadigvæk, altså den største problemstilling det er indlæggelsestiden og der tror jeg det er rigtig svært og lave nogle handleplaner for at undgå nogle af de ting fordi der er en masse ting du ikke kan få styr på, på så kort tid - altså så der ligger meget arbejde i kommunerne synes jeg og følge op på det der er foregået på sygehuset og få styr på ydelserne og få styr på hjælpemidlerne og få styr på bevillinger -" (KU1 s.33)

og af regional respondent:

"noget af det tror jeg altså handler om det system som vi to (henvendt til R2) agerer i er at - at øh kontakten til patienten er så kort både fra lægeside og fra plejepersonalets side så man kommer aldrig til at kende patienten sådan rigtigt - og det er hele tiden ikke rigtigt mit ansvar for jeg kender ham jo ikke, jeg har ham jo kun i dag, men jeg gik ikke stuegang i går og jeg kommer heller ikke i morgen, så der mangler nogle tovholdere som øh - og det kan godt være at vi i den danske kvalitetsmodel siger vi har en kontaktperson men det er jo af navn og ikke af gavn - altså det bliver jeg nødt til at sige (pause) øh det, det lader sig ikke rigtig udspille i virkeligheden med arbejdsplaner og ferier og vagter og hvad har vi" (R1 s.33-34)

5.1.4 Visionen om at gå fra "dem og os" til "vi"

Et andet stort usikkerhedspunkt, som respondenterne var optaget af, er hvordan man ved hjælp af Sundhedsaftalen skal bevæge sig fra "dem og os" til "vi". Der er enighed om, at det vil være en rigtig god ide, men som det udtrykkes:

"- altså hvis vi skulle derhen så tænker jeg jo så burde det jo være sådan at en repræsentant for plejegruppen og en fra hver afdeling på sygehuset burde jo mødes med en fra hver af de 17 kommuner. Og så satte vi os ned og snakkede om hvad sker der her for patienten - hvordan får vi det til at forløbe bedst. Så vi fik snakket om det helt nede i praksis. Så tror jeg vi kunne sige at Vi det er os der udskriver denne her patient - os alle sammen, --" (R1 s. 38)

" og når den næste aftale skal laves så kunne de måske invitere nogle nedefra - aktørlaget - op og være med til sætte sit fingeraftryk på de planer der bliver lavet - fordi det ved oversygeplejersker ikke noget om -" (R1, s. 39)

Der stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt dette ressourcemæssigt kan lade sig gøre, hvortil svaret var:

"så er der bare nogle ting der bliver nød til at blive skippet og så bliver det måske overgangen til kommunen at man vælger at sige - okay det var en genoptræningsplan - så lægger vi den ud til kommunen, så må de klare resten - så på den måde ja, man glider af på det - så derfor tænker jeg også at tingene skal i høring længere ude og længere nede- hvis ikke man får lov til at være med til at lave tingene - men den er også stadig beskrevet så over - altså det er jo en rigtig fin fortælling - men den fortæller jo i realiteten ikke hvad der skal gøres og det er jo først det man skal til at lave nu og det er jo så det arbejde der ikke bliver sat midler af til"(R2, s.40)

Ovenstående understreger, at såfremt der ikke anvendes ressourcer på aktiv medinddragelse af frontmedarbejderne, så vil Sundhedsaftalen være en fin fortælling, som ikke afspejles i frontmedarbejdernes arbejde, og dermed ingen "vi" men en fastholdelse af "dem og os". Altså vil frontaktørerne agere ud fra en hit and run strategi, hvor de alene samarbejder til de har opnået deres eget mål, som i ovenstående eksempel handler om at få sendt borgeren-/patienten over i en anden sektor - altså ingen sammenhæng i forløbet.

Ud fra ovenstående, samt via observationer fra observatør, var der dog en ret stor konsensus om, at man sagtens kunne opnå et "vi" der tager borgeren/patienten i centrum, men at Sundhedsaftalen umiddelbart ikke skaber disse rammer. "Os og dem" kom mere til at handle om fodfolket som "os" og et højere ledelsesniveau som "dem", end det kom til at omhandle samarbejdet mellem Region og Kommune. Der var enighed om, at Djøfisering blev nævnt som en af årsagerne til at arbejdsgangene ikke var realistiske, fordi beslutningstagerne ikke inddrog fodfolket i udarbejdelsen. Respondenterne påpegede, at dem der tog beslutninger ikke anede hvad der foregik på gulvet. Her påpegede terapeuten fra Regionen, som netop var tiltrådt en lederstilling, at hun selv som ny leder med tiden ville få andre prioriteter end som medarbejder i front:

"Selvfølgelig vil det glide ud på et tidspunkt når økonomi og ressourcer begynder og spille ind så vil noget af den viden glide ud - det vil den" (R2, s. 39)

- og at hun derfor også ville komme til at tage beslutninger, der kunne virke som om, de blev taget hen over hovedet på medarbejderne på gulvet. Med andre ord en understregning af et "dem og os" frem for et "vi" og i denne forbindelse et udtryk for tilstedeværelse af divergerende rammer, hvorfra problemer og løsninger bedømmes.

5.2 Delkonklusion vedr. den substantielle usikkerhed

Analysen af den substantielle usikkerhed viser, at respondenterne ikke oplever, at Sundhedsaftalen i sin nuværende form understøtter den praksis, der er behov for i forhold til at kunne medvirke til etablering af sammenhængende borger-/patientforløb. De fremhæver dels manglende viden og information på en række områder, ligesom de udtrykker forskellige opfattelser af, hvorfra proble-

mer og løsninger formuleres og håndteres. De oplever ukoordinerede forløb og usikkerhed i forhold til, hvem der har ansvaret.

Særligt i forhold til kommunikation oplever respondenterne den substantielle usikkerhed, idet de mangler viden om den elektroniske kommunikation, dens anvendelse og konsekvenser i forhold til mangelfuld anvendelse. Der opstår derfor forvirring og videnskonflikter, da respondenterne har forskellig opfattelse af anvendelsen.

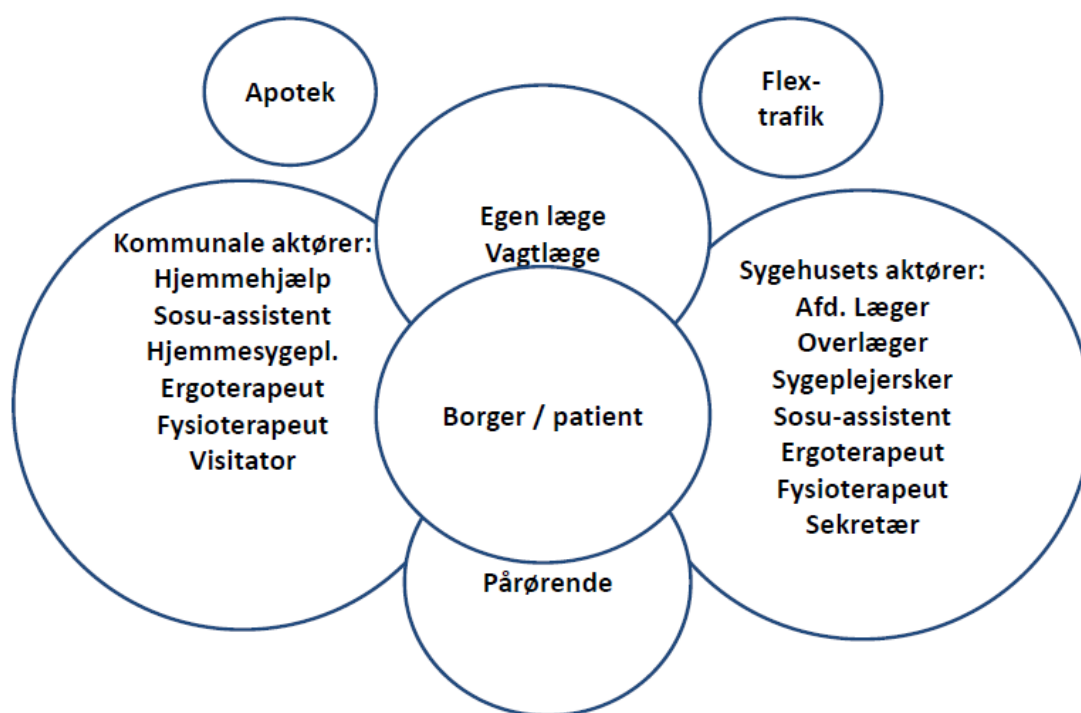
I forhold til Sundhedsaftalens overordnede vision om at gå fra "dem og os" til "vi" oplever respondenterne ikke, at Sundhedsaftalen indholdsmæssigt lever op til dette, idet de som frontmedarbejdere ikke oplever sig hørt eller medinddraget. Dette medfører, at de oplever Sundhedsaftalen som "en fin fortælling", som ikke afspejler deres arbejde. "Dem og os" kommer derfor til at handle om "dem" som ledere og politikere og "os" som frontmedarbejderne. Et "vi" vurderes alene at kunne etableres ved inddragelse af frontmedarbejderne i udarbejdelse af arbejdsgangene.

5.3 Analyse af den strategiske usikkerhed

Den strategiske usikkerhed forstås, som beskrevet i afsnit 4.1.2, som usikkerheder i aktørarenaen. Det handler om strategier og strategiske spil på forskellige arenaer. I det strategiske spil kan der være forskellige typer af spil eller strategier. Aktørerne befinder sig på arenaen, fordi de oplever at have aktier i feltet. Hypotesen er, at anerkender aktørerne afhængigheden af andre aktører, indgår de sandsynligvis i interaktion, og dermed kan der opstå "et vindue" for samarbejde og nye ideer.

5.3.1 Identificering af de involverede aktører

Respondenterne kom gennem tegneopgaven frem til de frontmedarbejdere, som de fandt mest betydningsfulde for det sammenhængende borger-/patientforløb. Dette er illustreret i figur 7 på næste side.



Respondenterne kort over aktører i front

Figur 7: v./B.G.Johansen, 2015

Aktørerne er koblet til forskellige formelle arenaer, som i Solrød Kommune udgør de udførende institutioner Hjemmeplejen, Hjemmesygeplejen, Plejecenter kommunal del, Plejecenter privat del, og Genoptræningsområdet samt myndighedsafdelingen Visitation og Koordination. Indgangen til borgerforløbet går gennem visitationen, som har til opgave at koordinere forløbet med de relevante kommunale og private aktører, som borgeren skal modtage indsatser fra.

På Roskilde og Køge sygehuse er der langt flere afdelinger og dermed flere formelle arenaer i spil, som f.eks. akut modtageafsnit, observationsafsnit og endelig en række sengeafsnit, som igen er opdelt i forskellige specialer. Dertil kommer behandlings- og undersøgelsesafsnit, samt ambulatorier med forskellige specialer.

Respondenterne beskriver således, at der er en række formelle arenaer i spil, hvor aktørerne præsenterer sine strategier og interesser i forhold til netop deres andel af det sammenhængende borger-/patientforløb.

Respondenterne beskriver imidlertid også en række uformelle arenaer, hvor aktører fra de formelle arenaer mødes, for hver især at bidrage til det sammenhængende borger-/patientforløb. De beskriver f.eks. tavlemøderne, som foregår på en uformel regional arena. Planmøderne, som er en regional/kommunal arena, med deltagelse fra forskellige specialer og af og til også patienter og

deres pårørende. Arenaen for udskrivelse, som også er en regional/kommunal arena, med deltagelse af frontpersonalet fra sygehusene og frontmedarbejdere fra den kommunale myndighed. Den kommunale myndighed/udfører arena, hvor beslutninger omkring borgerens videre plan skal koordineres og udmøntes.

Aktørerne er, når de træder ind på de uformelle arenaer, præget af den kontekst hvorfra de kommer, og kan dermed have forskellige opfattelser af, hvilken løsning der stræbes efter i forsøget på at etablere det sammenhængende borger-/patientforløb. Dette skal i høj grad ses i sammenhæng med den institutionelle kontekst, hvorfra de kommer.

5.3.2 Aktørernes afhængighedsforhold

Aktørfeltet er, som ovenfor beskrevet, mangfoldigt og indgår i et net af afhængighed, som er søgt illustreret i figur 1, afsnit 1.1. Figuren er dog langt fra retvisende for netværkets mange såvel formelle som uformelle arenaer, idet der i figuren ikke er taget højde for alle specialerne og deres indbyrdes snitflader, der er kendetegnende for sundhedsvæsenet.

En vigtig pointe i forhold til netværket er, at det bygger på en gensidig afhængighed, hvor alle involverede aktører kan se, at de kan få noget ud af at indgå i samarbejdet. Begrundelsen for at indgå i netværket handler om, at man ikke som enkelt aktør kan opnå målet om sammenhængende borger-/patientforløb uden hjælp fra andre aktører i netværket. Aktørerne har altså brug for hinandens ressourcer for at opnå de i Sundhedsaftalen opstillede mål. Ressourcer skal i denne forbindelse forstås i bred forstand i form af f.eks. legitimitet, informationer, forbindelser, specialiseret viden og økonomiske ressourcer.

Den gensidige afhængighed knytter sig altså til ressourcespørgsmålet i bred forstand og handler i høj grad også om de givne magtforhold internt i netværket, hvor ikke alle aktører besidder de samme ressourcer. Den gensidige afhængighed kan opfattes som et kompliceret spil, hvor de forskellige aktører i netværket, mere eller mindre succesfuldt, sætter sig igennem og dermed sætter dagsordenen i samspillet. Den gensidige afhængighed kan også komme til udtryk på den måde, at aktørerne i netværket kan opleve en fælles interesse i at afskærme sig i forhold til andre netværk eller enkelte aktører. Det kan handle om, at man kan have en fælles interesse i at holde andre aktører udenfor samarbejdet eller om den kompetence og indflydelse, man selv har opnået i kraft af netværket. Den gensidige afhængighed er ikke statisk, men ændrer sig over tid, hvorfor man også må have en processuel tilgang, når man skal forsøge at forstå de samarbejder, der konstrueres i regi af Sundhedsaftalen. Hvis jeg ser på respondenternes udtalelser, er der flere udsagn der tyder på, at den gensidige afhængighed opleves af frontmedarbejderne på horisontalt niveau, men ikke vertikalt.

Jeg oplevede gennem fokusgruppeinterviewet, at respondenterne var opmærksomme på, at de som frontmedarbejdere er gensidige afhængige af hinanden, for at kunne medvirke til koordinerede og sammenhængende borger-/patientforløb. Men jeg oplevede også en stor usikkerhed i forhold til, om visionen i den nye Sundhedsaftale kan opnås, da der er langt fra øverste politiske niveau til frontmedarbejderne. Der opleves således en manglende kobling mellem frontmedarbejderne, ledelsesniveauerne og det politiske niveau. Dette træder tydeligt frem i nedenstående citater:

"Ja men det er jo også to forskellige sektorer og man lægger jo ikke op til et eh - der bliver jo ikke sat midler af eller noget til at gå ind og lave et samarbejde - finde ud af hvordan laver vi så samarbejdet - man har bare besluttet - og så må I finde ud af hvordan I synes at få samarbejdet til at fungerer og så må vi finde ud af hvordan vi synes vi får samarbejdet til at fungere - men der bliver jo ikke lavet et samarbejde -"(R2, s.28-29)

"samtidig med at der er så meget politik i det "(KU1, s.29)

"og den kobling der er op på ledelses og politisk plan og på ledelsesmæssig plan mellem region og kommuner (--) den konneks de har, hvor de kommer med hver deres fra deres dagligdag den skal jo ned til os for det er jo os der skal udføre det - det er jo os, der skal ha de møder, det er jo os der skal sidde og finde ud af hvordan gør vi det bedst for hr Hansen for at I kan udføre det I skal og for at vi kan aflevere patienten på en ordentlig måde - altså borgeren hænger ikke deroppe - borgeren hænger hernede hvor vi er "(R1, s. 29)

5.3.3 Spillet på arenaen

Da denne masterafhandlings hovedfokus er på, hvordan frontmedarbejder konstruerer samarbejdet, vil jeg koncentrere mig om de arenaer, hvor frontmedarbejderne repræsenterer hver deres institutioner. Det var også disse arenaer, der optog respondenterne mest under fokusgruppeinterviewet, men dette skal også ses i lyset af, at de oplever, at såvel det ledelsesmæssige som det politiske niveau, er meget langt væk fra deres dagligdag.

I forhold til at medvirke til koordinerede og sammenhængende borger-/patientforløb er det altafgørende, at frontaktørerne er til stede på de rigtige arenaer, på de rigtige tidspunkter og at de forstår og plejer netværket, så der opstår færrest uforudsete problemer. Der er naturligvis ingen af aktørerne, der er i stand til at forudse alt, f.eks. ændringer i borgerens/patientens tilstand, hvorved alle indgåede aftaler skal ændres. Dette betyder, at evnen til at spille policy gamet bliver afgørende.

Aktørerne er naturligt til stede på grund af institutionel autoritet, som f.eks. når de regionale respondenter beskriver tavlemøderne, som er en uformel arena på sygehuset, hvor det videre patientforløb besluttet, arena for planmøde og arena for udskrivelse, hvor aktører mødes på tværs af sektorer, og den kommunale arena mellem myndighed og udførere. På disse arenaer mødes en række aktører, og gennem forhandling afgøres borgerens-/patientens videre forløb. Men de beskriver også, at aktørerne kommer fra en række forskellige specialer og dermed er f.eks. en sygeplejerske, en terapeut eller en læge ikke generalist, men specialist på sit eget felt. Dette kan give en aktør anledning til at agere som "hit and run"-aktør, altså hvor aktøren kun samarbejder indtil eget mål er opnået. Her nævner respondenterne den situation, hvor enten egen læge eller sygehuslægen, for at gennemtvinge en løsning, anvender sin ordinationsret.

Respondenterne italesætter også en udfordring i forhold til helheden i borger perspektivet, idet sygehuset har fokus på behandling ud fra specialisttænkning, men ikke på borgerens hverdag, altså den helhed som borgerens/patientens forløb skal passes ind i, i den efterfølgende proces. Der er derfor tale om forskellige interesser i forhold til de forløb, de enkelte aktører er en del af, dels i forhold til de tilstedeværende ressourcer og dels i forhold til aktørernes strategier for de enkelte forløb.

"det er jo politik det handler om - hvad er det for nogle sengepladser vi har og hvad er forventningen til de sengepladser. Altså hos os, der er det jo tilladt og have en liggetid på 7 - 9 dage - fordi vi kikker gennem de brede briller - vi har multimorbide patienter hos os. Vi SKAL rundt om det hele - det er ligesom vores speciale. Det er det altså ikke på en medicinsk afdeling Der er det diagnose - behandling - ud af klappen" (R1,s.28)

Såvel de kommunale som de regionale aktører er, som ovenstående citat understreger, helt bevidste om, at de er underlagt de politiske mål, og at de skal leve op til Sundhedsaftalens grundlæggende forudsætninger, altså fleksibilitet, differentiering og ressourcebevidsthed. Men de giver også klart udtryk for, at Sundhedsaftalen og de værktøjer, de har til deres rådighed ikke er tilstrækkelige. Dels er den elektroniske kommunikation, som nævnt i afsnit 5.1.2 en særdeles stor udfordring, hvilket medfører, at aktørerne på arenaen for udskrivelse, afhængig af det enkelte borger-/patientforløb, agerer ud fra forskellige strategier. Som udgangspunkt går frontmedarbejderne ind på arenaen med en samarbejdstilgang, altså den cooperative strategi, men hvis der opstår blokader i spillet, kan strategien hurtigt ændres til go-alone eller konflikt strategi.

Ovenstående betyder, at der er rig mulighed for aktørerne på de forskellige arenaer til at indgå i et relationelt magtforhold. Det er vigtigt at være bevidst om dette i konstruktionen af det tværsekt-

rielle samarbejde. Særligt er arenaen for udskrivelsen i fokus, idet der her opleves en række usikkerheder. Dette indrammes fint af følgende udsagn:

"det er jo den nye sundhedsaftale som kommer i spil - det er jo på det sted hvor patienten skal - efter planmødet hjem og vi ikke længere har nogle varslinger med hvornår skal man møde op til planmøde, når man er visitator og hvornår skal kommunen betale for en patient, der er færdigbehandlet fordi det færdigbehandlingsmæssige det afhænger af lægens behandling - og det er hans suveræne ret til at færdigbehandle en patient når den ikke har behov for at være indlagt. Og der giver den nye sundhedsaftale jo en rigtig god kommunikations- og diskussionsplatform - men den giver ikke nogle retningslinjer, som den gamle gjorde - og den, den endnu bedre - den forrige - set ud fra mit synspunkt er blevet mere og mere uldent hen ad vejen. Og det kommer til at handle rigtig meget om, hvordan vi taler med hinanden fremover"(R1, s. 23-24)

Sundhedsaftalen er altså i respondenternes optik blevet en kommunikations- og diskussionsplatform frem for en aftale til brug for konstruktion af det tværsektorielle samarbejde. Der tilkendegives således bordet rundt, usikkerhed i forhold til hvordan opgaven skal prioriteres og handles af på arenaen for udskrivelse.

Respondenterne udtrykker også usikkerhed omkring strategierne i forhold til det tværsektorielle samarbejde, og hvor det burde handle om borgeren/patienten i centrum, kommer det indimellem til at være et:

"slagsmål"(KM1 s.42)

"- et spørgsmål om hvem der er mest stædig - så er der forhåbentlig en der gir sig på et tidspunkt" (R2 s.43)

"(...) - men det der bare er det triste det er nemlig den med at patienten er sjældent i centrum - det bliver mere din ret - min ret"(R2,s.44)

"(...) - ja det er rigtig ubehageligt faktisk nogle gange ik, - det er faktisk ikke sjovt og have de der uoverensstemmelser omkring de her hjælpemidler"(KM1,s.44)

"Der er faktisk nogle som ikke har været så glade for at tage planmøder f.eks altså fordi det nogen gange har været et rivegilde, ik"(R1,s.44)

Netop her har respondenterne meget svært ved at interagere og fastholde et "vi" frem for "dem og os". De oplever, at de befinder sig på en kampplads, hvor konfliktniveauet kan være højt, hvilket udfordrer den cooperative strategi.

5.4 Delkonklusion vedr. den strategiske usikkerhed

Analysen af den strategiske usikkerhed viser, at respondenterne er klar over, at de for at kunne skabe sammenhængende borger-/patientforløb skal samarbejde, og i det store hele søger at gøre dette ud fra en kooperativ strategi, hvor de søger at gøre "de andre" nysgerrige på egne planer.

Respondenterne beskriver en række formelle arenaer, hvor aktørerne præsenterer sine strategier og interesser i forhold til netop deres andel af det sammenhængende forløb. De beskriver imidlertid også en række uformelle arenaer, og her er specielt arena for udskrivelse i spil. Her træder aktørerne ind på arenaen, præget af den kontekst de hver især kommer fra, og med hver deres fagprofessionelle specialiseringsgrad, og kan her have forskellige strategier i spillet, afhængig af hvilken løsning der stræbes efter.

Arenaen for udskrivelse udfordres af en kombination af forskellige ressourcer, som bliver kontrolleret af forskellige aktører og aktørernes sociale konstruktioner. Netop på denne arena efterlyses fokus på nye strategier, for at aktørerne kan leve op til den nye Sundhedsaftale.

I forhold til at gå fra "dem og os" til "vi" spiller de fagprofessionelles evne til i fællesskab at konstruere borger-/patientforløb en stor rolle. Særligt i forhold til den stigende specialisering, og dermed positionering i eget felt, udfordrer dette aktørerne, især på de tværsektorielle arenaer. Der er her øget risiko for positionerings- og magtkampe, da aktørerne har svært ved at interagere. Netop i det tværsektorielle samarbejde efterspørges støtte fra Sundhedsaftalen, således at det tværsektorielle samarbejde i langt højere grad bliver præget af mere cooperative eller faciliterende strategier frem for selvstændige strategier.

5.5 Analyse af den institutionelle usikkerhed

Den institutionelle usikkerhed forstås som usikkerhed i de rammer, regler og normer der er gældende for samspillet, nogle er formelle og andre uformelle. De forskellige aktører har hver deres historie, institutionelle kontekster og bindinger, hvormed de hver især skaber egne standarder for handlinger og interaktioner, hvilket betyder at aktørerne opfatter mulighederne i samarbejdet forskelligt.

5.5.1 Hvor meget samspil er der i netværket

Den institutionelle kontekst omkring Sundhedsaftalen er meget kompleks. Aktørerne arbejder indenfor forskellige institutionelle rammer i henholdsvis Region og Kommune. Det forventes at frontmedarbejderne, såvel de regionale som de kommunale, hver især lever op til de mål, rammer og standarder, der er gældende i hver deres hierarkiske organisation.

Ud over gældende lovgivning på sundhedsområdet og socialområdet, er samarbejdet mellem regionen og kommunerne reguleret af Sundhedsaftalen, som søger at bygge bro, dels mellem lov-

givningernes områder og dels aktørernes oversættelse heraf, i form af interne regler og rammer. Derudover siger Sundhedsaftalen at:

"Vi skal have tillid til hinandens faglighed og kompetencer parterne imellem, en høj grad af fleksibilitet og smidighed i samarbejdet samt en løbende og konstruktiv dialog om, hvordan vi udvikler sundhedsvæsenet" (Sundhedsaftalen, s. 7)

Det er imidlertid svært at regulere interaktioner gennem Sundhedsaftalen alene, da denne trods alt ikke kan forudsige hver enkelt uventet omstændighed, der dukker op. I netværksteorien lægges vægt på betydningen af tillid mellem aktørerne, for at aktørerne kan opnå et succesfuldt samarbejde (Koppenjan & Klijn, 2004:83). Tillid defineres her som opfattelsen af de gode intentioner hos de andre aktører. I netværk er det derfor vigtigt, at aktørerne afstår fra at agere opportunistisk, og i stedet tager hensyn til de forskellige interesser, der står på spil i netværket selvom muligheden skulle foreligge. Tillid er en væsentlig forudsætning for, at de enkelte aktører tør investere ressourcer i de fælles opgaver omkring konstruktionen af de sammenhængende borger-/patientforløbene. Samtidig reducerer tilstedeværelsen af tillid mange af de usikkerheder, der kan forekomme i netværket. Koppenjan og Klijn påpeger i denne sammenhæng, at tillid faktisk kan være med til at reducere transaktionsomkostningerne og samtidig forbedre vidensdeling og læring (Koppenjan & Klijn, 2004:84).

Tillid er altså af essentiel betydning i netværket omkring Sundhedsaftalen, fordi det skaber mulighed for koordinering under den komplekse beslutningsproces. Samtidig støtter det behovet for innovative løsninger, som der er brug for i løsningen af komplekse problemer (Koppenjan & Klijn, 2004:86). Koppenjan og Klijn peger her på, at tillid med tiden opstår, når aktørerne lærer fra hinanden gennem interaktion, og sammen lærer at takle de problemer og usikkerheder, der fremkommer (Koppenjan & Klijn, 2004:231). I interaktionen er det også vigtigt, at der sker en certificering af regler, som opstiller en række standarder for aktørernes opførelser. Sådant en certificering kan forstærke tilliden mellem aktørerne og deres handlinger, fordi der her etableres en solid basis for aktørernes forventninger til hinanden (Koppenjan & Klijn, 2004:231). Dette er en væsentlig pointe i forhold til, at der på de formelle arenaer er mange aktører, der på skift indtræder på de uformelle arenaer.

Respondenterne giver gennem fokusgruppeinterviewet flere gange udtryk for manglende tillid til "dem" der har udarbejdet den nye Sundhedsaftale. Respondenternes antagelse er, at såvel det administrative, herunder også deres ledere, som det politiske niveau ikke ved hvilke udfordringer de står med i hverdagen i mødet med borgerne/patienterne, og i mødet med de øvrige aktører:

"- når den næste aftale skal laves så kunne de måske invitere nogle nedefra - aktørlaget - op og være med til sætte sit fingeraftryk på de planer der bliver lavet - fordi det ved oversygeplejersker ikke noget om - "(R1, s.39)

"det har jeg også altid sagt - der skal rykkes nogle af dem op (-), for det er jo dem der sidder med viden , altså så kan det ikke nytte noget de har ti år længere på skolebænken og en længere uddannelse hvis du ikke kan bruge det i praksis (KM2, s.39)

Det er dog ikke alene i forhold til det administrative og politiske niveau, der er mangel på tillid i samarbejdet. Det træder også frem i forhold til forskellige konfliktfyldte samarbejdsrelationer i det daglige arbejde, specielt i forhold til frontmedarbejdernes opgaver i forbindelse med sektorovergang. Respondenterne oplever, at der opstår en kampplads, hvor det bliver meget "dem og os", og de efterlyser regler til at regulere samarbejdet.

5.5.2 Hvordan er samspillet reguleret

Sundhedsaftalens organisation, som fremgår af figur 2 i afsnit 1.1., skal sikre en tæt kobling mellem visioner, konkrete aftaler, implementering og opfølgning fra det politiske og administrative beslutningsniveau til lokale samarbejdsfora. Den er etableret med udgangspunkt i de opgaver, der skal varetages, det konkrete behov for samarbejde og tilstedeværelsen af de rette kompetencer til at løse opgaverne. Den skal sikre ledelseskraft, og den skal sikre repræsentation af relevante parter inden for aftalens fokusområder, som f.eks. bruger- og patientorganisationer. Et kritikpunkt fra respondenterne i forhold til organiseringen omkring Sundhedsaftalen er, som tidligere nævnt, at frontmedarbejderne ikke føler sig inddraget og dermed ikke har mulighed for at medvirke til konstruktionen af samarbejdet:

"- vi har jo det regional / kommunale samarbejde på ledelsesniveau, hvor jeg tænker det kunne jeg godt tænke mig man sænkede ned til medarbejderne så de kunne have (--)debatte omkring nogle forskellige emner hvor man kan hive de der største problematikker frem og drøfte dem og snakke om, hvordan kunne vi gøre det og komme op med nogle løsninger (--) og så prøver vi at arbejde med denne her proces - så vi kommer lidt tættere på hinanden -så vi ikke føler at der er et hop over til den anden sektor"(R2, s.48)

I forhold til de regulerende love og rammer, oplister respondenterne en række love og regler, som f.eks. serviceloven, sundhedsloven lov om retssikkerhed og persondatalovgivning. Disse omsættes til rammer i henholdsvis Sundhedsaftalen og i de kommunale kvalitetsstandarder. Alle er de politisk godkendte rammer. De er alle sanktionsbårne, dog ikke nødvendigvis på tværs af sektorer. En udfordring i forbindelse hermed er, at disse regulative rammer indimellem er direkte komplicerede for samarbejdet omkring de sammenhængende borger-/patientforløb, som f.eks. i forhold til at visse datatyper ikke må udveksles på tværs af sektorer.

De mange rammer i de enkelte sektorer udfordrer i den grad frontaktørerne i deres bestræbelser på at skabe sammenhæng i borger-/patientforløbene, da aktørerne har manglende kendskab til hinandens mulighedsbetingelser og dermed meget svært ved bevægelsen fra "dem og os" til "vi".

Dette kommer direkte til udtryk i en række udsagn omhandlende såvel sundhedslovens regler og rammer, som servicelovens regler og rammer. Ydermere udmøntes disse i kommunale serviceniveauer, som er forskellige fra kommune til kommune, ligesom sundhedsaftalerne er forskellige fra region til region. Resultatet bliver, som en af de regionale medarbejdere meget rammende udtrykker det:

"det er et fortolkningsspørgsmål af en anden lov og hvordan fortolker I det og hvordan fortolker vi det - og man fortolker det jo altid i forhold til sin egen fordel - og ikke patientens - selvfølgelig" (R2, s.42)

Direkte forespurgt hvordan denne usikkerhed håndteres svarer respondenterne på tværs af sektorerne enstemmigt, at der opstår konflikter, og det her bliver en kamp om hvem der er mest vedholdende.

I forhold til det normative pres på sundhedsområdet, nævnes også den danske kvalitetsmodel, som er særlig udbredt i regionen. Som en regional respondent udtrykker:

"---der er over tusind retningslinjer i DDKM vi skal kunne om ugen ik, der er 55.000 i alt så det kan vi ikke holde - det bliver vi nødt til at skrive ned, sætte en lille streg og så krydse det af når det er gjort, selv om det er gammeldags"(R1, s.34)

Disse standarder er også på vej ind i kommunerne, i takt med implementering af flere og flere forløbsprogrammer, og kommer dermed til at skabe en række bindende forventninger til frontaktører.

I Sundhedsaftalen lægges op til et mere dialog og tillidsbaseret samarbejde, frem for fastlagte regler og rammer i selve aftalen, som det var tilfældet i de forudgående aftaler. Dette skaber stor usikkerhed hos såvel de kommunale som de regionale frontmedarbejdere. Faktisk efterlyser respondenterne disse normer for passende adfærd i forhold til at håndtere samarbejdet. De giver samtidig udtryk for, at Sundhedsaftalens tænkning om at gå fra et "dem og os" til "vi" bliver udfordret, da de har forskellige forståelsesrammer og situationsopfattelser, særligt i forhold til de komplekse forløb.

"tefontiden var jo en del af det regelsæt hvor der stod tilgængelig mellem 8 og 15, udskrivelse efter så og så lang tid, så og så lang tid til at komme til planmøde . Der var ligesom trukket nogle linjer op vi kunne forholde os til fra begge sider og vi vidste hvad vi skulle overholde fra begge sider og derfor kom vi ikke op og slås om det og det synes jeg jo var rigtig fint - altså det svarer jo til at sætte børn til at passe sig selv uden -" - "ja, undskyld jeg siger det - forvalt hver jeres slikskål og find ud af det sammen uden at slås!"(R1, s.29)

5.6 Delkonklusion vedr. den institutionelle usikkerhed

Analysen af den institutionelle usikkerhed viser, at den institutionelle kontekst omkring Sundhedsaftalen er meget kompleks. Aktørerne arbejder indenfor forskellige institutionelle rammer, og det forventes at frontmedarbejderne, såvel de regionale som de kommunale, hver især lever op til gældende lovgivning, og de mål, rammer og standarder, der er gældende i hver deres hierarkiske organisation. Ydermere er samarbejdet reguleret af Sundhedsaftalen, som søger at bygge bro, dels mellem lovgivningernes områder og dels aktørernes oversættelse heraf, i form af interne regler og rammer.

Dette udfordrer i den grad frontaktørerne i deres bestræbelser på at skabe sammenhæng i borger-/patientforløbene, da aktørerne har manglende kendskab til hinandens mulighedsbetingelser og dermed meget svært ved bevægelsen fra "dem og os" til "vi".

Da tillid er en væsentlig forudsætning for, at de enkelte aktører tør investere ressourcer i de fælles opgaver omkring konstruktionen af de sammenhængende borger-/patientforløb, er det nødvendigt at se på aktørernes evne til at interagere, såvel horisontalt som vertikalt.

5.7 Refleksion over analyse

Gennem analysen står det klart at frontmedarbejderne udfordres i forhold til Sundhedsaftalens nye tilgang til samarbejdet, nemlig at aftalen i langt højere grad hviler på værdier frem for aftaler og kontrol. Dette stiller krav til, at faglighederne sættes i spil, og at dette sker i netværket. Det sætter således krav til aktørernes evne til at interagere på tværs af sektorer, uanset på hvilket niveau i organisationen, man befinder sig. Altså at gå fra "dem og os" til "vi". Dette kræver tillid. Hvis jeg ser på de frontmedarbejdere, som skal medvirke til koordinerede og sammenhængende borger-/patientforløb, vil det være væsentligt, at de bliver i stand til at lære af hinanden gennem interaktion. Derfor vil det være relevant at arbejde med deres sociale kapital, hvorfor jeg i det følgende vil se nærmere på dette begreb, ud fra Pierre Bourdieus habitusbegreb.

Pierre Bourdieu beskriver begrebet habitus, som systemer af dispositioner, som tillader mennesker at handle, tænke og orientere sig i den sociale verden (Bourdieu & Wacquant, 1996). Habitus er således resultatet af menneskets sociale erfaringer og er formet gennem det hidtidige livsforløb, som kropsligt lagrede dispositioner. Disse inkorporerede dispositioner, er et udtryk for, at mennesket besidder en særlig evne til praktisk mestring. Habitus er således de kropslige og kognitive strukturer, der ligger til grund for menneskers handlinger, de meninger de har og de valg de træffer – altså deres praksis. Den enkelte aktørs habitus betyder, at aktøren gennem anvendelse af forskellige strategier besidder nogle forskellige muligheder for at handle, tænke og vurdere afhængig af den specifikke sociale kontekst, aktøren indgår i. I forhold til netværket omkring Sundhedsaftalen vil dette betyde, at aktørerne gennem deres habitus vil handle tilsyneladende bevidst

på bestemte måder, når de er i en institutionel kontekst, hvor de vil handle helt anderledes i en anden institutionel kontekst. Habitusbegrebet forklarer det fænomen, at mennesker kan handle fornuftigt uden at være stringent rationelle. De handler i overensstemmelse med feltets krav og habitus kan dermed beskrives som forståelse af spillet og kendskabet til reglerne i spillet. Bourdieu beskriver feltet som et socialt rum, hvor aktørerne på baggrund af deres habitus og deres kapital mødes og kæmper for at bevare eller forandre feltets struktur. Felt og kapital kan således ikke ses uafhængigt af hinanden.

I forhold til kapital beskriver Bourdieu tre grundformer, nemlig kulturel, økonomisk og social kapital. I forhold til aktørerne på sundhedsområdet, kunne det være interessant at se nærmere på begrebet social kapital, som af Bourdieu defineres som følgende:

"Social kapital er summen af eksisterende eller potentielle ressourcer, den enkelte eller gruppe har rådighed over i kraft af et netværk af stabile relationer og mere eller mindre officielt anerkendte "forbindelser", hvilke vil sige summen af den kapital og magt, der kan mobiliseres i kraft af et sådant netværk" (Bourdieu & Wacquant 1996: 105)

Den sociale kapital består således af de ressourcer, der er indlagt i at have "forbindelse" til andre. Det kan være gennem de formelle og de uformelle netværk. Den sociale kapital har, ifølge Bourdieu ingen værdi i sig selv, men skal ses i relation til andre kapital former. Den sociale kapital kan således medvirke til at formidle de andre kapitalformer, ligesom disse - eksempelvis "uddannelses" kapital i form af tværsektorielle uddannelsesforløb, vil kunne betyde at der akkumuleres social kapital.

En måde hvorpå der vil kunne skabes nye relationer mellem aktørerne vil således være at arbejde med netværksdannelse, såvel sektorielt som tværsektorielt. Et ønske som også fremkom under fokusgruppeinterviewet.

"men det er klart med en snak som her hen over bordet hvor vi kommer fra hver sin verden og taler om en fælles ting det er jo enormt vigtigt (-) så går man jo hjem med en forståelse for hvad det egentlig er I laver og hvad vi laver - så det vil være altafgørende (-)" (R1, s. 49)

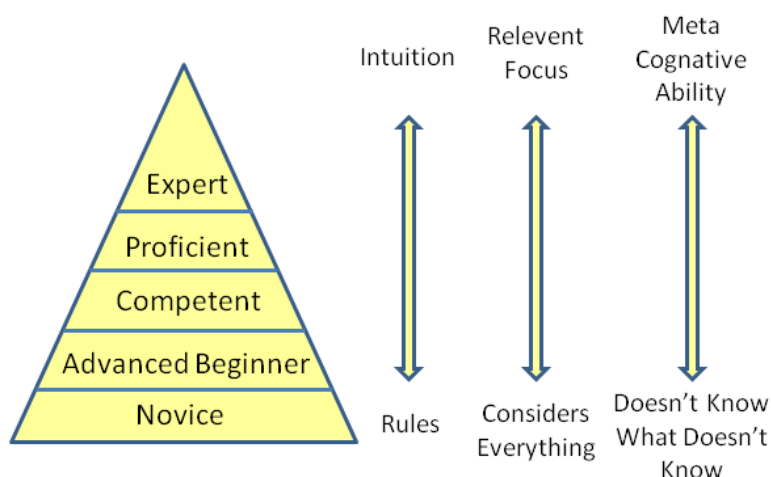
Et relevant spørgsmål i den forbindelse, som må afklares, vil ud fra ovenstående analyse være, at der fra politisk og ledelsesmæssigt niveau, sættes fokus på hvilken rolle og indflydelse disse "frontnetværk" vil få. Hvis ikke dette afklares, vil det ikke føre til akkumulering af social kapital.

Med udgangspunkt i Koppenjan og Klijn's netværksperspektiv og Bourdieu's habitusbegreb, vil det således være interessant at se nærmere på aktørernes sociale kapital, når de træder ind på arenaen med en overordnet forventning om at gå "fra os og dem" til "vi". Det vil imidlertid også være

interessant at se på frontmedarbejdernes kompetenceniveau, og hvad det betyder for deres evne til at håndtere usikkerhederne, når de mødes på arenaerne i netværksorganisationen.

Dreyfuss & Dreyfuss' trinmodel for kompetenceopbygning beskriver, hvordan man bevæger sig fra regelafhængighed til intuition og fra elementer og analyse til helhedsorientering (Dreyfus, 2004).

I følge Dreyfuss brødre handler eksperten på tavs viden og på et fundament af helhedsforståelse. Eksperten inddrager intuitivt og prioriterer, det der skal bruges fra den samlede viden og de erfaringer vedkommende har gjort sig. Novicen/begynderen koncentrerer sig derimod om at identificere fakta og karakteristika på et enkelt afgrænset område, som er



relevant for udførelsen af den pågældende færdighed. Dette har stor betydning for aktørerne, og deres konstruktion af samarbejdet, når de træder ind på arenaen, for at løse kerneopgaven. Særligt set i lyset af, at alle aktører oplever at være specialist på eget fagområde, kan dette udfordres i bestræbelserne på at sikre sammenhængende borger-/patientforløb, da aktørerne ikke er eksperter på hinandens område, hvorved der kan opstå usikkerhed.

"(-)I kender jo heller ikke serviceniveauet i kommunerne - I ved jo ikke hvad der kan tilbydes så det er også derfor jeg tænker selvfølgelig er der nogle ting der skal være styr på indefra men der er også en masse ting I ikke ved (-)KU,s.41)

Fælles for alle de nævnte aktører er, at de har en fagprofessionel uddannelse bag sig, og med denne følger et sæt grundlæggende faglige normer og værdier, hvilket ligger helt i tråd med Bourdieus habitusbegreb, hvor det er de kropslige og kognitive strukturer, der ligger til grund for menneskets handlinger, de meninger de har og de valg de træffer – altså deres praksis. I den videre specialisering og dermed positionering i eget felt, er disse normer og værdier også videreudviklet. Set i lyset af Dreyfuss og Dreyfuss' trinmodel for kompetenceopbygning, kan man argumentere for, at de enkelte aktører i hvert deres speciale, hvad enten det er i kommunalt eller regionalt regi, har bevæget sig fra at være novice til ekspert på eget speciale. Når aktørerne træder ind på en uformel arena, enten i overgangen fra et speciale til et andet eller fra en sektor til en anden, så udfordres deres kompetencer, hvorved usikkerhed opstår. Set i forhold til Sundhedsaftalens overordnede vision om at gå fra "dem og os" til "vi" har ovenstående en betydning, idet der er risiko for identitets- og positionskamp frem for samarbejde i bestræbelserne på at levere det sammenhængende borger-/patientforløb.

For at netværksorganiseringen omkring Sundhedsaftalen kan få liv, vil det, ud fra ovenstående, være nødvendigt at sætte fokus på udviklingen af den sociale kapital i det fremtidige implementeringsarbejde med Sundhedsaftalen, såfremt den skal leve op til titlen "Fælles om bedre sundhed". Et andet interessant perspektiv vil være at frontmedarbejderne, via "fælles skolebænk" eller anden form for implementeringstiltag, bliver eksperter i Sundhedsaftalen, således at de, som Dreyfuss & Dreyfuss beskriver, bliver i stand til at handle på tavs viden og på et fundament af helhedsforståelse, hvor de intuitivt inddrager og prioriterer det, der skal bruges fra den samlede viden og de erfaringer de har gjort sig.

Kapitel 6: Konklusion

I min masterafhandling har jeg været optaget af hvordan Sundhedsaftalen 2015 - 2018 "Fælles om bedre sundhed" danner rammerne for samarbejdet mellem frontaktørerne i henholdsvis Solrød Kommune og Roskilde og Køge sygehuse.

Jeg har derfor, ud fra et netværksperspektiv, søgt at analysere, hvordan frontmedarbejderne konstruerer deres samarbejde samt hvordan aktørerne, under de givne forudsætninger, kan leve op til Sundhedsaftalens overordnede vision om at gå fra "dem og os" til "vi". Dette i bestræbelserne på at samkonstruere koordinerede og sammenhængende borger-/patient forløb. Jeg har derfor arbejdet ud fra følgende problemformulering:

Hvordan skaber vi et tværsektorielt samarbejde, der sætter borger/patient i centrum, og hvilke barrierer ser jeg i Sundhedsaftalen for succesfuldt at kunne gå fra "os" og "dem" til "vi"?

Der er forskellige barrierer bl.a. i form af usikkerheder, der viser sig, når aktørerne fra de forskellige faggrupper skal samarbejde om et koordineret og sammenhængende borger-/patientforløb. En af de store usikkerheder er forventningsafstemning. De fastlagte rammer for organisering af frontmedarbejdernes samarbejde i regi af Sundhedsaftalen lægger op, at dette skal konstrueres via dialog og kommunikation. Usikkerheder der knytter sig hertil er især at kommunikation og dialog så vidt muligt skal foregå elektronisk. De forskellige faggrupper anvender forskellige termer for den elektroniske kommunikation, det er tidskrævende, og de tilstedeværende værktøjer matcher ikke virkeligheden, hvilket sår tvivl om gyldighed. Derfor oplever aktørerne en stor usikkerhed i brugen af elektronisk kommunikation.

Herudover oplever aktørerne også, at de indgår i ukoordinerede forløb. Den manglende beskrivelse af arbejdsgange og strategi for samarbejde skaber usikkerhed i forventninger og usikkerhed i tillid. Ligeledes skaber de manglende rammer en usikkerhed i ansvar og overdragelse af ansvar. En udfordring, aktørerne mener, bunder i manglende medinddragelse af frontmedarbejdere i udarbejdelsen af Sundhedsaftalen.

De forskellige arenaer aktørerne befinder sig på skaber også en usikkerhed i samarbejdet. Aktørerne forsøger at imødegå denne udfordring ud fra en kooperativ strategi, hvor de forsøger at gøre hinanden nysgerrige på de forskellige fagområder for derigennem at skabe koordinering og sammenhæng, når ansvaret for borger/patientforløbet overdrages.

Når en aktør indgår i samarbejde på de forskellige arenaer, er det vigtigt at kunne tilpasse sine normer og værdier til en ny arena. Men den arena aktørerne skal agere på, ud fra Sundhedsaftalen, er ikke fastsat af rammer og normer, og derfor bliver det ofte dem der "råber højest", der får

lov at skabe de gældende rammer. Aktørerne indtræder på arenaen med hver deres personlige værdier og normer og med baggrund i hver deres institutionaliserede hverdag, og de skal sammen skabe rammerne på en ny arena. Derfor er institutionalisering en af de største barrierer for implementering af Sundhedsaftalen.

Jeg må også konkludere, at diagnosen "wicked problem" i forhold til de komplekse problemstillinger omkring Sundhedsaftalen er blevet bekræftet gennem analysen. Aktørerne oplever divergerende problemdefinitioner og manglende viden, kompleks beslutningstagning og en kompleks institutionel kontekst. Ved gennemlæsning indeholder Sundhedsaftalen og den tilhørende værktøjskasse rammerne for samarbejdet, men på baggrund af usikkerhederne er konklusionen, at Sundhedsaftalen ikke er nået ud til frontmedarbejderne og derfor ikke formår at skabe rammerne for et "vi".

Det vil derfor være af afgørende betydning, at der fremadrettet sættes betydelig mere ledelsesmæssigt fokus på frontmedarbejderne og deres mulighedsbetingelser for at indgå i netværket omkring Sundhedsaftalen.

Da den institutionelle ramme, såvel i forhold til det organisatoriske niveau som det interpersonelle, er en af de største barrierer, for at netværksorganiseringen omkring Sundhedsaftalen kan få liv, vil det være nødvendigt at sætte fokus på udviklingen af den sociale kapital i det fremtidige implementeringsarbejde med Sundhedsaftalen, såfremt den skal leve op til titlen "Fælles om bedre sundhed".

Kapitel 7: Perspektivering

Jeg har i denne masterafhandling valgt at undersøge min problemformulering ud fra Koppenjan og Klijn's netværksperspektiv, dels fordi hele strukturen omkring Sundhedsaftalen kalder på netværksledelse, og dels fordi der i netværket er en række uløste udfordringer. Derudover har jeg valgt at sætte fokus på frontmedarbejderne, da det er de aktører, der skal føre Sundhedsaftalen ud "i det virkelige liv" - altså i mødet med borgerne / patienterne, som i sidste ende er dem, der skal opleve at "vi" alle som aftaleparter lever op til den politiske vision.

Jeg har taget udgangspunkt i frontmedarbejdere i Solrød kommune og fra Køge / Roskilde sygehus, og man kan diskutere, hvorvidt disse er repræsentative for alle frontaktører. Jeg vil imidlertid tillade mig at postulere, at de konklusioner, jeg gennem min analyse har kunnet fremdrage, bør give det administrative niveau i regi af Sundhedsaftalen, inklusiv mig selv som mellemleder, stof til eftertanke.

Som jeg reflekterer mig frem til i afsnit 5.7, vil det være nødvendigt at sætte fokus på udviklingen af den sociale kapital i det fremtidige implementeringsarbejde med Sundhedsaftalen, såfremt den skal leve op til titlen "Fælles om bedre sundhed". Der vil derfor være behov for, at der på ledelsesniveau og politisk niveau, skabes rammer for netværksdannelse blandt frontmedarbejderne, skønt dette er en ressourcemæssig udfordring.

I forhold til netværksdannelsen, på såvel de formelle som de uformelle arenaer, vil det være relevant at arbejde videre med aktørerne på de forskellige niveauer, da alle har betydning for det sammenhængende borger-/patientforløb. Derfor bør der skabes synlighed gennem samarbejdsorganisationen for Sundhedsaftalen og i den sammenhæng konkretiseres hvad politikere, ledere, frontmedarbejder og borgere kan gøre i forhold til netværket.

Det er imidlertid også af afgørende betydning hvilken habitus der præger de enkelte aktører, når de træder ind på arenaerne, for at de kan interagere. Derfor kunne en fælles model for arbejdet med den sociale kapital være relevant at introducere i regi af Sundhedsaftalen. Også i forhold til hvad den enkelte aktør, i kraft af sin habitus, bidrager med i netværket er det her væsentligt at have fokus på såvel politikere, ledere, frontmedarbejder som borgere.

Kapitel 8: Refleksioner over egen ledelsesmæssig udvikling

Jeg har i hele masterforløbet reflekteret over min ledelsespraksis gennem teoretiske briller. Dette har fokuseret og udfordret min ledelsespraksis gennem de sidste 3 år. Alle mine delprojekt opgaver har afspejlet ledelsesmæssige dilemmaer, jeg har været optaget af i min daglige ledelses kontekst. Det at kunne fordybe sig i ledelsesmæssige dilemmaer og koble disse til forskellige teorier har været medvirkende til, at jeg har fået et anderledes og mere "professionelt" syn på mine ledelsesudfordringer.

Jeg vil i det efterfølgende opdele refleksionerne over egen ledelsesmæssig udvikling i tilknytning til mit masterforløb i to dele. Den første handler om refleksioner over udvikling af det personlige lederskab. Det andet handler om refleksioner over udviklingen af mit professionelle lederskab.

I forhold til udviklingen af mit personlige lederskab har dette været til genstand for megen opmærksomhed, fra min side, gennem hele masterforløbet, idet jeg har været meget bevidst om den "støj", mit til tider alt for tydelige kropssprog har udvist.

Jeg har derfor været optaget af min lederrolle, som på den ene side er præget af Performance Management, som blev udviklet som styringsteknologi på grundlag af teorier om økonomisk effektivitet, med det formål at optimere output og minimere input. Min rolle som leder er her at styre og beordre, hvor medarbejderne adlyder og indordner sig - meget lig tankerne bag indførelse af BUM-modellen (Bestiller- udfører- modtager modellen). Dette er altså "det ene ben" i min lederrolle. På den anden side har jeg været optaget af lederskabet, som i høj grad har et opdragende udviklingsansvar, hvor jeg som leder skal mobilisere sociale relationer, kollektiv responsivitet og fælles handlekraft. Min rolle er her at inddrage og anerkende, hvor medarbejderne forstår og er ansvarlige - altså går fra at være ansvarshavende til ansvarstagende. Dette er således "det andet ben" i min lederrolle. Dette har haft betydning for min erkendelse af, at lederrollen skifter og kræver, at jeg kan iagttage og handle ud fra forskellige diskurser, og at jeg er fokuseret på at organisationen består af mange koordinerende netværk, som i kraft af lederskab løser de ofte dilemmafyldte, modstridende, uforenelige krav til kerneopgaven. Jeg har således måttet træne mig i den relationelle del af ledelsesopgaven, i erkendelsen af at ordenes strøm kan stoppes, men at kroppen altid er i bevægelse og er kommunikerende, og at kroppens sprog har stor betydning for relationsskabelse, omsorg, empati, kommunikation, krisehåndtering og lederskab.

Den oplevelse jeg havde under fokusgruppeinterviewet, og efterfølgende også i den kontakt jeg har haft med respondenterne, understreger for mig, at jeg gennem masterforløbet har udviklet mit personlige lederskab. Jeg har formået at skabe en tryk ramme, hvor respondenterne har været særdeles åbne, til trods for at deres udsagn var meget konfronterende i forhold til ledelsesniveauets manglende inddragelse af frontpersonalet. Det giver stof til eftertanke, at frontmedarbejderne ikke føler sig inddraget og det er bestemt noget jeg vil tage med i mit videre arbejde med implementering af Sundhedsaftalen - ja i alle forandrings- og implementeringsprocesser.

I forhold til det professionelle lederskab er det særligt konsekvenserne af de strategiske og organisatoriske beslutning, jeg som mellemlider er med til at træffe og implementere, der giver stof til eftertanke. I forhold til masterafhandlingens omdrejningspunkt, nemlig Sundhedsaftalen, er det tydeligt at det "vi" som den politiske vision og den administrative oversættelse søger at implementere, ikke når ud til frontmedarbejderne - og dermed heller ikke kommer vores borgere til gavn. Jeg har med andre ord fået bekræftet, at der er stor forskel på politiske visioner, strategiske planer og så evnen til at lede organisationen, således at alle har forstået meningen med "de mange papirer". Jeg vil forvente, at jeg fremadrettet i mit professionelle lederskab vil være meget mere bevidst om min rolle som netværksleder, hvor min rolle er at være mediator eller facilitator og ikke central autoritet, helt i tråd med Koppenjan og Klijn's perspektiv. Jeg skal mestre at kunne forme og ændre vilkårene, for at skabe et vellykket samspil mellem aktørerne, samt være inkluderende.

Samlet set har det været overordentlig lærerigt, men også udfordrende at udarbejde denne masterafhandling. Det har det givet mig muligheden for at fordybe mig og reflektere over et særdeles komplekst hjørne af mit lederskab. En mulighed der er sjælden at finde i en travl hverdag, som hele tiden er genstand for forandring. Det har også givet mig muligheden for at reflektere over min egen rolle med en kontekstuel bevågenhed, dels i forhold til egen organisation men også i forhold til den regionale bane.

Litteraturliste

- Alvesson, Mats & Jörgen Sandberg (2011): Generating research questions through problematization, i *Academy of Management Review*, 36(2), pp. 247-271.
- Bitsch Olsen, P. (2003): *Metode i problemorienteret projektarbejde*, i Bitsch Olsen, P. og K. Pedersen (red.) *Problemorienteret projektarbejde – en værktøjsbog*. Roskilde Universitetsforlag.
- Boolsen, M.W. (2006): *Kvalitative analyser. At finde årsager og sammenhænge*. København: Hans Reitzels Forlag
- Borum, F. (1995): *Strategier for organisationsændring* (1. udgave, 10. oplag). Handelshøjskolens Forlag
- Booth et al. (2003): *Making good arguments: An overview*, i Booth et al. *The craft of Research*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L.J.D (1996): *Refleksiv sociologi*. København: Hans Reitzels Forlag
- Dreyfus, S.E. (2004): The Five-Stage Model of Adult Skill Acquisition. *Bulletin of Science Technology & Society*, 24, 177-181
- Grøn, C.H., Hansen, H.F., Kristiansen (red.) (2014): *Offentlig styring - forandringer i krisetider*. Hans Reitzels Forlag
- Halkier, B. (2010): *Fokusgrupper*, i Brinckmann, S. og Tanggaard, L. (red.) *Kvalitative metoder*, Hans Reitzels Forlag.
- Helth, P. (red.) (2013): *Lederskabelse - det personlige lederskab* (3. udgave). Frederiksberg: Samfundslitteratur
- Høyer, K. (2007): *Hvad er teori og hvad er forholdet mellem teori og metode?*, i S. Vallgård, S. og L. Koch (red.) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard.
- Justesen, L. og Mik-Meyer, N. (2010): *Kvalitetskriterier og kvalitative metoder*, kap. 2 i *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, M. & Nanna Mik-Meyer (2005): Observationer i en interaktionistisk begrebsramme, i Järvinen, M. & Nanna Mik-Meyer (red.) (2005): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. København: Hans Reitzels forlag
- Jørgensen, C. og Onsberg, M. (2008): Kap. 12 i *Praktisk argumentation*. Nyt Nordisk Forlag.
- Koppenjan, K. & Klijn, E-H. (2004): *Managing uncertainties in networks*. Routledge
- Knudsen, M. (2009): *En guide til litteratur om metode, analysestrategi og videnskabsteori*.
- Kvale, S. og Brinckmann, S. (2008): *Udførelse af et interview og Interviewkvalitet*, kap. 7 og 8 i *Interview. Introduktion til et håndværk*. Hans Reitzels Forlag.
- Launsø, L. og Rieper, O. (2000): *Forskning om og med mennesker. Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen*. Nyt Nordisk Forlag. Kap. 2 (s. 13-40).

Leth Jakobsen, M. og Harrits, G. S. (2010): Kvalitativ analyse: kodning og dybtgående tekstanalyse, i L. Bøgh Andersen m.fl. (red.) *Metoder i statskundskab*. Hans Reitzels Forlag.

Lundberg, J.B. (2015): *En helt frisk meningsmåling* (modtaget pr. mail 7. marts 2015)

Pedersen, K. (2003): Problemstilling og problemformulering, i Bitsch Olsen, P. og Pedersen, K. (red.) *Problemorienteret projektarbejde – en værktøjsbog*. Roskilde Universitetsforlag.

Presskorn-Thygesen, T. (2012): *Samfundsvidenskabelige paradigmer - 4 grundlæggende metodiske tendenser i moderne samfundsvidenskab* (kapitel 2). I: Nygaard, C. (2012) *Samfundsvidenskabelige analysemetoder* (s. 21 - 48) 2. udgave, Samfundslitteratur. Frederiksberg

Rienecker, L. & Kjørgensen, P.S. (2014): *Den gode opgave - håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* (4.udgave). Frederiksberg: Samfundslitteratur

Ry Nielsen, J.C. og Repstad, P. (1993): *Fra nærhet til distanse og tilbake igen. Om at analysere sin egen organisasjon*, i Ry Nielsen, J.C. (red.). *Anderledes tanker om livet i organisationer*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Scott, W. Richard (2001): *Institutions and Organizations*. SAGE Publications

Sundhedsaftalen 2015 – 2018 – Fælles om bedre sundhed:

<http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/Sundhedsaftalen/Sider/default.aspx>

Tanggaard, L. (2014), "Frugtbare brud i forskningsinterviews" fra L. Tanggaard et al. (red.) *Konflikt i kvalitative studier*. Hans Reitzels Forlag.

Vedel, J. B. (2014): *Managing emergent relations*, i Vedel, J.B. *Managing strategic research: An empirical analysis of science-industry collaboration in a pharmaceutical company*. Ph.d.-afhandling. Copenhagen Business School.

Vejledning nr. 9005 af 20/12 2013 om Sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler

Bilag 1

Interviewguide

Fokusgruppeinterview

- præsentation af projekt og projektejer
- introduktion til interviewform
- spilleregler for vores seance: anonymitet - fortroligt rum - optage seance af hensyn til databearbejdning

Formål med fokusgruppeinterview:

Jeg tager afsæt i den politiske vision i "Sundhedsaftale 2015 - 18 - Fælles om bedre sundhed":

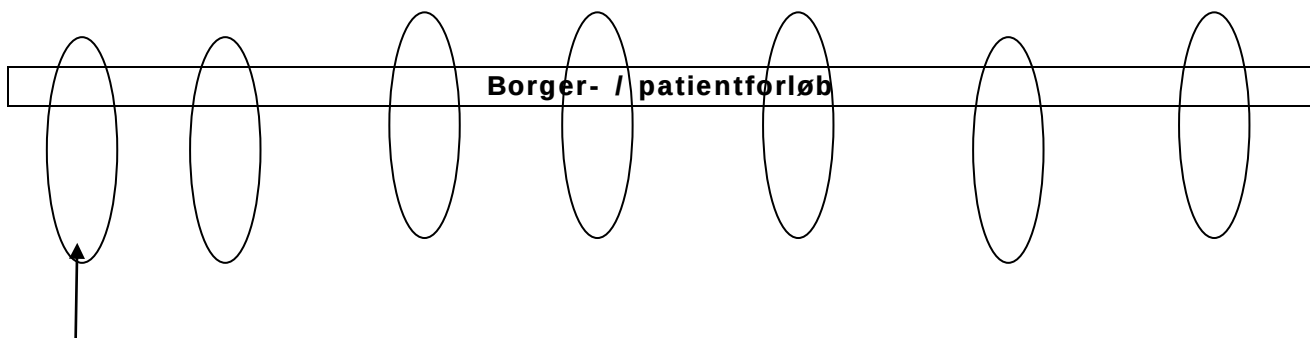
"Med Sundhedsaftalen tager vi endnu et stort og ambitiøst skridt mod et mere sammenhængende og smidigt sundhedsvæsen i Region Sjælland. Samarbejde er kernen i de fælles indsatser. Samarbejde alle parter er forpligtede af. Vi vil skabe et velkoordineret samarbejde om de fælles borgere, både ved samtidige indsatser og ved overgange mellem sektorer. Aftalen skal betyde, at borgerne oplever en respektfuld inddragelse i eget forløb, sammenhæng og høj faglig kvalitet på baggrund af evidensbaseret viden og erfaringer fra god praksis." (Sundhedsaftale 2015-18)

og min problemformulering omhandlende hvordan det tværsektorielle samarbejde konstrueres ved hjælp af Sundhedsaftalen.

Når ovenstående er vores fælles mål – hvilke erfaringer har I fra tidligere for at vi kan få det til at lykkes?

Tegneopgave:

Jeg vil bede Jer om at beskrive det sammenhængende borger-/patientforløb. Hvilke aktører er i spil, hvilke arenaer er i spil og hvilke problemstillinger opstår på de forskellige arenaer. Hvad er vigtigt for patienten / borgeren hvornår



illustrerer forskellige steder i forløbet - hvad sker der her - hvilke aktører er i spil

Lille oplæg omkring den teoretiske ramme:

Den substantielle usikkerhed (indhold) forstås i Koppenjan og Klijn's optik, som usikkerhed i problem-situationen eller problemopfattelsen, samt i løsningsopfattelserne (Koppenjan & Klijn, 2004:30) Der er usikkerhed om viden på området, men mere information skaber ikke mindre usikkerhed. Der er divergerende og konfliktende problemopfattelser, ligesom aktørerne har forskellige interesser, forståelser og strategier i problemløsningen.

Den strategiske usikkerhed (processer) forstås som usikkerheder i aktørarenaen. Det handler om strategier og strategiske spil på forskellige arenaer. I det strategiske spil kan der være forskellige typer af spil eller strategier. Aktørerne befinder sig på arenaen, fordi de oplever at have aktier i feltet. Hypotesen er, at anerkender aktørerne afhængigheden af andre aktører, indgår de sandsynligvis i interaktion og dermed kan der opstå "et vindue" for samarbejde og nye ideer.

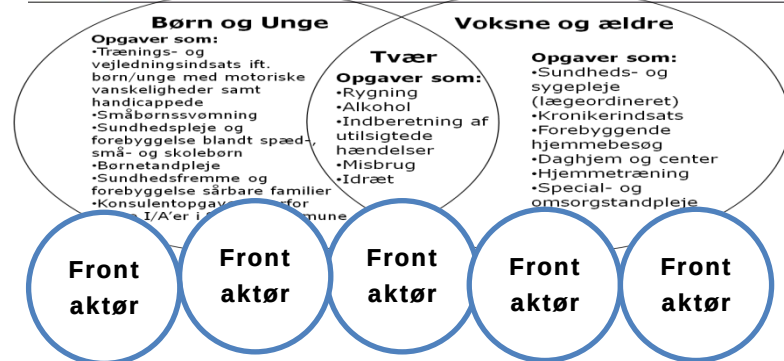
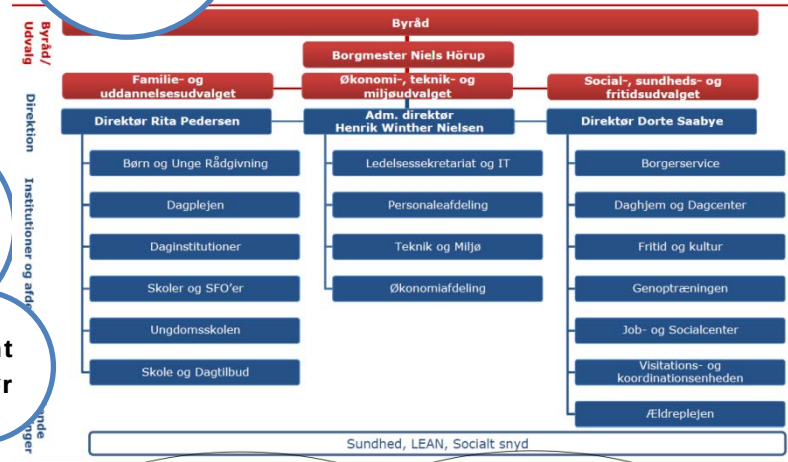
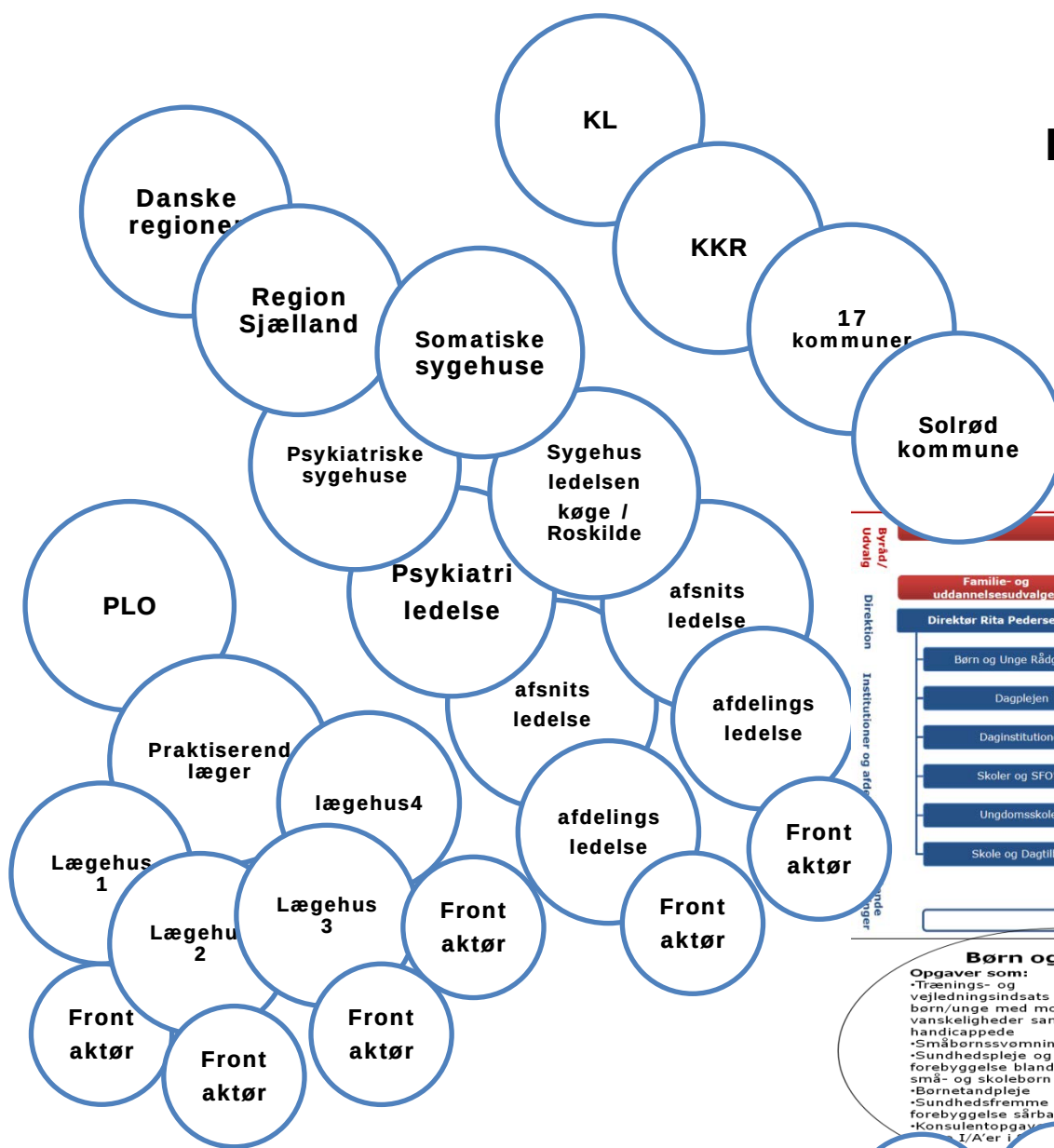
Interviewguide

Den institutionelle usikkerhed (strukturer) forstås som usikkerhed i de rammer, regler og normer der er gældende for samspillet, nogle er formelle og andre uformelle. De forskellige aktører har hver deres historie, institutionelle kontekster og bindinger, hvormed de hver især skaber egne standarder for handlinger og interaktioner, hvilket betyder at aktørerne opfatter mulighederne i samarbejdet forskelligt.

Tema	Spørgsmål	Støttespørgsmål
Aktørerne	Hvilke aktører er i spil ift. det sammenhængende patientforløb Hvordan ser I jeres afhængighed af de øvrige aktører?	Hvornår er hvilke aktør relevant Hvilke roller Hvilken dagsorden har den enkelte aktør
Usikkerhed i forhold til indhold	Hvilke problemstillinger oplever I, i det tværsektorielle samarbejde, når I skal koordinere Hvordan bevæger vi os fra "os og dem" til "vi"	Hvilke redskaber bringes i spil Hvilke rammer er gældende Hvornår skifter aktørerne roller - hvem har ansvar for det sammenhængende forløb Borger / patientperspektivet
Usikkerhed i forhold til processer	Hvordan påvirker de overordnede mål i sundhedsaftalen jeres arbejde? Hvad er Jeres kerneopgave i forhold til at skabe sammenhængende patientforløb?	Åbner den nye sundhedsaftale muligheder for anderledes forløb Hvilke arenaer mødes I på Kunne I invitere andre ind Er der nogle der skal træde ud
Usikkerhed i forhold til strukturer	Hvilke regler / rammer er gældende for Jeres arbejde / samarbejde?	Kendes disse af alle involverede aktører? - og respekteres de?
Er der noget vi har glemt	Hvad er vigtigt for patienten / borgeren	

Bilag 2

Det sociale netværk



Formål med fokusgruppeinterview:

Jeg tager afsæt i den politiske vision i "Sundhedsaftale 2015 - 18 - Fælles om bedre sundhed":

"Med Sundhedsaftalen tager vi endnu et stort og ambitiøst skridt mod et mere sammenhængende og smidigt sundhedsvæsen i Region Sjælland. Samarbejde er kernen i de fælles indsatser. Samarbejde alle parter er forpligtede af. Vi vil skabe et velkoordineret samarbejde om de fælles borgere, både ved samtidige indsatser og ved overgange mellem sektorer. Aftalen skal betyde, at borgerne oplever en respektfuld inddragelse i eget forløb, sammenhæng og høj faglig kvalitet på baggrund af evidensbaseret viden og erfaringer fra god praksis." (Sundhedsaftale 2015-18)

og min problemformulering omhandlende hvordan det tværsektorielle samarbejde konstrueres ved hjælp af Sundhedsaftalen.

Når ovenstående er vores fælles mål – hvilke erfaringer har I fra tidligere for at vi kan få det til at lykkes?

Illustrer det sammenhængende patientforløb:

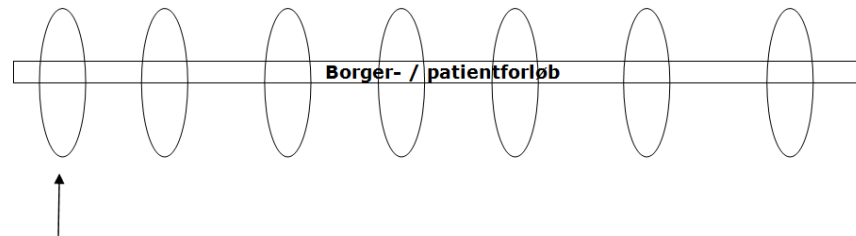
Hvilke aktører er i spil

Hvilke arenaer er i spil

Hvilke problemstillinger opstå på de forskellige arenaer.

Hvad er vigtigt for patienten / borgeren, og hvornår er det vigtigt.

Tag gerne udgangspunkt i et kompliceret indlæggelsesforløb, og vær bevidst om at dette selvfølgelig trækker referencer til de øvrige elementer i de sammenhængende forløb, såvel før, under og efter selve indlæggelsen.



illustrerer forskellige steder i forløbet - hvad sker der her - hvilke aktører er i spil

Tema	Spørgsmål	Støttespørgsmål
Aktørerne	Hvilke aktører er i spil ift. det sammenhængende patientforløb Hvordan ser I jeres afhængighed af de øvrige aktører?	Hvornår er hvilke aktør relevant Hvilke roller Hvilken dagsorden har den enkelte aktør
Usikkerhed i forhold til indhold	Hvilke problemstillinger oplever I, i det tværsektorielle samarbejde, når I skal koordinerer Hvordan bevæger vi os fra "os og dem" til "vi"	Hvilke redskaber bringes i spil Hvilke rammer er gældende Hvornår skifter aktørerne roller - hvem har ansvar for det sammenhængende forløb Borger / patientperspektivet
Usikkerhed i forhold til processer	Hvordan påvirker de overordnede mål i sundhedsaftalen jeres arbejde? Hvad er Jeres kerneopgave i forhold til at skabe sammenhængende patientforløb?	Åbner den nye sundhedsaftale muligheder for anderledes forløb Hvilke arenaer mødes I på Kunne I invitere andre ind Er der nogle der skal træde ud
Usikkerhed i forhold til strukturer	Hvilke regler / rammer er gældende for Jeres arbejde / samarbejde?	Kendes disse af alle involverede aktører? - og respekteres de?
Er der noget vi har glemt	Hvad er vigtigt for patienten / borgeren	

Bilag 3

NOTAT

Emne: Sundhedsaftalen 2015 fokusgruppeinterview

Dato: 18-03-2015

Observatør.: Carina Brinch

At tage opgaven til sig – 1. opgave illustrere aktører i det sammenhængende patientforløb:

De påtog sig opgaven med rigtig god energi. De var relativt hurtige til sammen at komme med bud på, hvordan det skulle se ud. Og de blev hurtigt enige om en model. De virkede alle interesserede i opgaven og stillede opklarende spørgsmål til hinandens områder.

Ingen virkede specielt påvirkede af, at illustrationen ikke kom til at ligne, hvad de havde forestillet sig – den blev noget større og langt mindre sammenhængende end det de havde talt om inden de gik i gang, men de så ikke overraskede ud over, at illustrationen blev større og mere kompleks.

Det lagde ud med at omtale borgeren/patienten som værende i centrum, og omtalte aktørerne der var i spil i forhold til opgaver omkring patienten/borgeren.

De blev mere og mere optaget af selve processerne ved samarbejdet og især de tekniske udfordringer, og fokus på de forskellige aktører blev lidt mindre.

De skulle føres tilbage på sporet indimellem, men var egentlig gode til at fortsætte, når de lige var ledt tilbage på sporet. Det viste oprigtigt interesseret i opgaven og den læring de kunne få ved det. De virkede glade for både sparring og muligheden for at drøfte uhensigtsmæssigheder ved hinandens områder og arbejdsvilkår.

Samarbejde og roller i processen:

Der var ikke nogle der indtog en ledende rolle i første omgang. Det virkede som om, de accepterede at de havde hver deres område og hver deres kompetencer. Efterhånden som opgaven skred frem var der nogle der tydeligt havde mere på hjerte end andre, men jeg så ikke nogen der indtog en ledende eller bedrevidende rolle. Og de var alle enige om, at der lå tekniske, økonomiske og tidsmæssige udfordringer på alle områderne. De var også enige om, at de ikke var tilfredse med de rammer, de havde for at udføre arbejdet. Terapeuten fra Genoptræningen bidrog ikke med så meget efter de første 15-20 min. Men de fleste af de problemstillinger de tog op, var knyttet til opgaver hos visitationen, Kommunal sygeplejerske eller udskrivningsproceduren.

Hun fremhævede dog flere gange kommunikationen som en udfordring, og efterlyste et fælles sprog – særligt på den elektroniske kommunikation.

Efterfølgende diskussion af aktører, roller og samarbejde:

Den efterfølgende diskussion var ret saglig og handlede meget om, hvordan samarbejdet kunne blive bedre. Flere gange blev det nævnt, at de nuværende rammer begrænsede samarbejdet frem for at højne det. Og særligt sygeplejersken fra Regionen udtrykte utilfredshed med samarbejdsmulighederne i den nye sundhedsaftale. Den kommunale sygeplejerske virkede mest utilfreds med indlæggelsestiden og nævnte flere gange, at det simpelthen ikke var muligt at nå at tage imod en borger på så kort tid og med så lidt viden om borgeren.

I forhold til at definere "os og dem" eller "vi", var der egentlig ret stor konsensus om, at man sagtens kunne opnå et "vi" der tager borgeren/patienten i centrum. Men også, at det ikke var en mulighed under de givne rammer. "Os og dem" kom mere til at handle om fodfolket som "os" et højere ledelsesniveau som "dem", end det kom til at omhandle samarbejdet mellem Region og Kommune. Der var enighed om, at Djøfisering blev nævnt som årsag til at arbejdsgangene ikke var realistiske, fordi beslutningstagerne ikke inddrog fodfolket i passende grad. Fordi dem der tog beslutninger ikke anede hvad der fore-



gik på gulvet. Dog pegede terapeuten fra Regionen på, at hun selv som ny leder med tiden ville få andre prioriteter og derfor også ville komme til at tage beslutninger, der kunne virke som om, de blev taget hen over hovedet på medarbejderne på gulvet.

Oplevelsen af ikke at blive hørt i beslutningsprocesserne blev nævnt som hovedårsag til manglende samarbejde, og fokus kom til at handle om de politiske rammer, og ikke så meget om samarbejdet mellem Region og Kommune. De efterlyste mere realistiske og skarpere retningslinjer for kommunikation og samarbejde. Og retningslinjer, der også tager højde for komplekse sager, og med en større grad af personlig kommunikation frem for standardiserede elektroniske rapporter.

Samtidig blev der fremsat ønsker om retningslinjer der indeholdt tjeklister. De vævede lidt rundt i om de ønskede fælles standarder til kommunikation eller individuel kommunikation.

Men generelt en meget saglig diskussion, og den bar ikke præg af at afdelingerne beskyldte hinanden for ikke at ville samarbejde. Der var ingen intern magtkamp, og ingen tegn på skjulte dagsordner.

De viste både forståelse og interesse for hinandens arbejdsområder, opgaver og processer. De politiske rammer blev nævnt mere end uvilje som årsag til manglende eller besværligt samarbejdet.

Bilag 4

Rådata	Tanker / stemninger / betoner	Hvad inspirer det mig til
Velkomst og introduktion: Bente "Velkommen til Solrød kommunes rådhus - , nærmere betegnet Visitation og koordination - det er det jo ikke, fordi vi holder til i stueetagen, men vi har fået lov til at låne det her lokale i dag. Grunden til at jeg har kaldt på Jer, det er jo fordi jeg er i gang med en master uddannelse og jeg har valgt at skrive en masteropgave omkring Sundhedsaftalen og hvordan vores samarbejde konstruerer sig, specielt med fokus på Jer som frontmedarbejdere. Og det har jeg jo fordi at jeg nogle gange hører nogle udfordringer i forhold til hvordan vi får lavet de her sammenhængende patientforløb. Øhm, jeg synes vi skal tage en lille kort præsentationsrunde, øhm og I kan så lige hver især sige hvor I kommer fra og hvilken rolle I har i det daglige og så kan vi lige vende lidt tilbage til OBS's rolle" OBS" okay" Bente "Så hvis du vil starte KU2" KU2 "Jeg hedder KU2 og er ergoterapeut i Genoptræningen - er der mere jeg skal sige sån, nej for det er det min opgave er" R1 "I Solrød kommune ? KU2 "Ja, her i Solrød" R2 "Jeg er R2 og jeg kommer fra Køge sygehus, hvor jeg har været fysioterapeut i 8 år og jeg lige trådt ind i en lederstilling, men jeg har været nede på gulvet frem til nu her" R1 " Jeg hedder R1 - jeg er geriatrik visitationssygeplejerske. Det vil sige at jeg fylder patienter i de geriatrike senge fra Køge og Roskilde, fra andre afdelinger, fra akutafdelingen og derudover så har jeg taget mange svære udskrivelser og gennem 6 år har jeg været en del involveret i udskrivelser" OBS "Ja, og jeg hedder OBS og jeg sidder her nede i Visitationen som , ja økonomi og udviklingskonsulent hedder jeg vel stadigvæk" Bente "ja" KU1" Og jeg hedder KU1 og er hjemmesygeplejerske og er for nylig blevet koordinator for sygeplejerskerne" KM1 " Og jeg hedder KM1 og er visitator og jeg er		

ergoterapeut af uddannelse og arbejder med det brede område i forhold til - ja, udskrivelser også" KM2 "Jeg hedder KM2 og jeg sidder i et vikariat som visitator men har ellers kørt 14 år som hjemmesygeplejerske -ja" Bente "og grunden til at jeg har inviteret OBS med, det er at - som jeg skrev ud til Jer, så handler det her fokusgruppeinterview jo også for mit vedkommende om at få - forhåbentlig - en masse gode data øh til min videre analyse i forhold til min masteropgave. Så dels, såe, som jeg også skrev til Jer, så optager jeg på min telefon, og så i stedet for at sætte et videokamera op, så har jeg bedt OBS om at være videokamera og det vil hun gerne være men hun løber tør for strøm ca. kvart i tre, så forlader hun os. Men indtil da så overvåger hun, deltager ikke i seancen, men overvåger hvordan vi samarbejder omkring det her fokusgruppeinterview. Så jeg håber I er trygge ved de rammer som er præsenteret for Jer. Så har jeg sørget for lidt sundt - og så tænkte jeg - der er i hvert faldt nogle af Jer jeg kender bedre end andre jo - og de ville klage over at der ikke var nogen kage - så det er der også. Så er der kaffe og te øh - og så er det desværre sådan at de var løbet tør for kander med vand, så hvis vi har brug for noget vand på et senere tidspunkt så må vi holde en pause. (gennemgang af powerpoint) Ja. øhm - Sundhedsaftalen - det sociale netværk omkring sundhedsaftalen - det er sådan at jeg arbejder ud fra noget netværksteori og min første opgave i forbindelse med sundhedsaftalen det var at -eller med min opgave og sundhedsaftalen - det var at prøve at tegne aktørkortet. og det blev sådan en rimelig broget omgang, hvor jeg har forsøgt at tegne de aktører som ligger i forhold til de praktiserende læger, i forhold til regionen og i forhold til kommunen. og så ender jeg ud med at beskæftige mig med frontmedarbejderne i henholdsvis Solrød kommune og så nogle regionale frontmedarbejdere. Som jeg sagde inden du kom (R2) så har det været lidt af en udfordring at få fat i nogle regionale frontmedarbejdere af forskellige årsager, men nu er vi her og det er rigtig dejligt. øh - så det er det det her illustrerer - altså både den her enorme netværksorganisering omkring sundhedsaftalen hvor vi jo i virkeligheden befinder os helt nede i fronten - øh - det her det er den regionale bane og det her det er Solrød kommune - øhm så det er et kæmpe netværk. Og mit formål med det her fokusgruppeinterview det er også det samme som jeg har sendt ud til Jer. Altså den her flotte politiske vision for Sundhedsaftalen og så har jeg problemformulering som omhandler hvordan vi konstruerer det her tværsektorielle samarbejde - så når det her ovenstående er vores fælles mål hvad er det så for nogle erfaringer I har fra tidligere for at vi overhovedet kan få det her til at lykkes.	Rammerne bliver sat med henblik på at skabe trygge rammer for respondenterne og dermed tillid i rummet. Observatørrollen forklares og OBS' placering i rummet er sådan at hun sidder ved bordet, men alligevel lidt tilbagetrukket bagerst i lokalet, i bestræbelserne på at gøre hende "så usynlig som muligt".	
---	---	--

Tegneopgave: Derfor har jeg dækket op med fin hvid dug - og den må der gerne tegnes på. Det jeg egentlig godt kunne starte - eller tænke mig at vi startede med - eller I startede med - det var at prøve at tegne et sammenhængende patientforløb. Jeg har prøvet at lave sådan en figur her, men den har ikke nøde at se sådan her ud - øhm hvad er det for nogen aktører der er i spil når en borger bliver syg og skal indlægges - hvad er det for nogle aktører der under indlæggelsen , hvornår mødes hvem eksempelvis kan det jo være den arena - som det hedder når flere aktører mødes - for udskrivelsen - planmødet eksempelvis - hvem er med der, hvad giver det for nogle udfordringer. hvad giver det for nogle fordele - hvad giver det for nogle ulemper . øhm - under indlæggelsen kunne jeg forestille mig at der også er forskellige aktører i spil, ligesom der er i forbindelse med at borgeren kommer hjem så er der også nogle forskellige afdelinger / enheder, der skal samarbejde. Så - det jeg beder jer om er i fællesskab og prøve og tegne det sammenhængende patientforløb." "Fra start til slut - fra indlæggelse til udskrivelse?" Bente "op til indlæggelse - til de bliver udskrevet og hvad er det så for nogle aktører der skal være i spil derhjemme - Jeg har ikke nogen case - prøv at se - hvis det er en kompleks borger, hvad er det så for typisk scenarie der er. og jeg tænker at det typisk starter jo i hjemmesygeplejen og den slutter jo i virkeligheden også meget i hjemmesygeplejen og i træning og så er der alt det der sker i den mellemliggende periode. R1" tegner vi sammen eller tegner vi hver især?" Bente "I tegner sammen" R1 "vi tegner simpelthen sammen"-" Bente "og snakker også gerne sammen om hvad det er i synes--" Småsnakken "må vi tegne på det her" "Det må I meget gerne" flytten rundt på kopper kander osv "Hvem er god til at tegne" KM2: "Jamen jeg har ikke noget imod at tegne -så kan I bare- KM1 "-fortælle hvad der skal være" griner KU2"Er det sådan fra hjem -et hus - KM1 " tre bolde måske - en er hjemmet inden der sker en indlæggelse - og så selve sygehuset - og så en	Under min præsentation er alle respondenter naturligt fokuseret på mig og de viste power-point, men da de påbegynder tegneopgaver oplever jeg at de meget hurtigt kigger på hinanden og forsøger at konstruere et samarbejde om opgaven - faktisk oplever jeg dem meget ivrige og interesserede i at løse opgaven.	
--	---	--

udskrivelse - det vej jeg ikke -det var bare" R1 "det var da en god ide KU1 "hvis man laver tre ringe KM2 "skal vi kun tegne denne her ene gang - det er mere" R2 "hvor meget det må fylde" Bente" I fylder bare alt det papir der" KM2 "Nå - okay - allright" R1 "må mam - spørgsmålet er , om man skulle lave borgerens hjem til det centrale og så centrere de andre ting udenom" KM2 "det var en god ide" R1" der er så mange der melder ind til præcis det sted - men det er jo rigtig det er jo borgeren som er er jo central i det her ik" Pause R1 "jo" KM2" vi kan jo godt starte med at lave en boble" Flere "vi laver en boble" KM2 "åh-åh jeg ved ikke hvor meget der skal stå i den- det finder vi lige ud af" KU2 "der kan stå meget i den der" KM2 "Der kan stå meget i den her ja - ja" "nå - kompleks borger" småsnak "Hva - hva - du kan skrive borger" "gør det noget det står på hovedet" "overhovedet ikke "- " det bliver svært andet" KM2 "starter vi så med situationen der - hvem er med? noget hjemmesygeplejerske og egen læge noget" R1 "Ja" KU1 "ja det tænker jeg også I princippet kan borgeren jo også måske selv kontakte en læge inden vi overhovedet er inde i billedet jo. øhm så - så jeg tænker borger - læge i første omgang"	Respondenterne forsøger at placere borgeren i centrum, men hvor er det? eget hjem /sygehus - i midten - fragmenteret	Hvordan defineres et sammenhængende forløb
	Mange forskellige scenarier - kendte / ikke	

KM1 "sidder jeg bedre for det" KM2 "så kan du lave ..." KM1 "hvad hedder så denne her" R1 "Det må være sygehuset -ikke" Flere "det stadig borgeren" "men det stadigvæk borgeren" "Ja, det er jo det" R2 "Men så er spørgsmålet om vi skriver eget hjem herovre" KM2 "Ja, ja jeg skriver eget hjem" R1 "du skriver med grøn" KM1 "Det er stadigvæk borger - skal vi have borger her, ja for det er jo stadigvæk borgeren det handler om" Bente "er det altid det - jeg tænker når vi læser sundhedsaftale hvad er det så lige pludselig blevet?" Tavshed KM1 "en patient - eller hvad?" Flere "nåh " "er det det du tænker" "Var det bare det?" KM1 " skal der stå patient i stedet for?" R1 "Ja, det tror jeg der skal stå" KM1 "hvordan kommer vi til at viske ud her" Bente "i streger bare" R1 tørre witeboardpapiret af "ej hvor smart" R2 "okay - så er det en patient" R1 "ja, det ved jeg ikke - det er jo sådan set det jeg læser" KM2 "eller et cpr.nummer" R2 "ja, ja men vi definerer dem som patienter" på sygehuset" R1 "ja, det gør vi" KM1 "ja, det gør I jo"	Borger / patient begrebet - har det betydning. i første omgang finder respondenterne det ligegyldigt men alligevel ligger der en betoning i ordet patient når regional medarbejder deff. patienten, og hos de kommunale oversættes denne rolle til et cpr.nr,	Deff af borger /patientbegrebet. Hvordan bindes disse sammen
--	--	---

R1 "så kommer han på ama - på Køge kommer han på akut - hvis han ikke kan sendes hjem til Jer igen så kommer han over i obsen." R2 "Så mødes vi der" R2 "ja, så mødes vi der - og så bliver han overflyttet" Bente "det vil sige at der er en arena ,der hedder ama eller akut eller hvad hedder den - obsen - næh obsen det var den næste?" R1 "altså akutafdelingen på Køge sygehus, ihvertfald - da er jo så ama oppe på Roskilde -men akut afdelingen på Køge sygehus da kommer patienterne ind og bliver vurderet og rigtig mange bliver vendt i døren og rigtig mange af dem der bliver vendt i døren kommer igen to, tre døgn senere - lidt dårligere, fordi - dem sidder jeg jo og screener og ser hver dag. Dem der ik kan sendes hjem og som de tænker skal ha en lidt længere indlæggelse dem lægger de op i huset og dem de tænker måske kan gå hjem eller kan gå til geriatrien - det er noget nyt fordi vi er begyndt at komme derover ik - dem lægger de over i obsen. Og så går vi til tavlemøde dernede hver morgen og fordeler patienterne - sammen med fysioterapeuten." Bente "Det vil sige at der kan være en pil tilbage hertil og der kan være en pil hen til noget der hedder obsen, hvor du siger, at der er nogle tavlemøder?" R1 "Det er et fordelingsmøde - tavlemøde" Bente "og det er jo i virkeligheden også samling af aktører som træffer nogle beslutninger" Der tegnes pile for to forløb R1" For akutten" R2 "Det her er så en udskrivelse ikke" tegner "hvem er så aktør på den her udskrivelse?" R1 "Det er joee" KM2 "Det er jo plejepersonalet " R1 "ja det er jo plejepersonalet - Det er sygehuset" KM2 "Ama-personaelt - læge ama - det er jo en lægelig afgørelse ik" R1 "joh " KM2 "Læge - akut modtager ja,"	"hjem til Jer igen" Men også internt på sygehuset mellem afd er det dem og os Mange arenaer omkring de forskellige forløb udspringer fra tavlemøder med forskellig strategier for patientforløb Tøven i forhold til hvem der træffer afgørelse	Dem og os frem for "vi" Usikkerhed i strategi for indlæggelse (kort, lang, genindlæggelse)
---	---	--

R1 "Nu gælder det her jo alle borgere -ik. Øh - jeg tænker selvfølgelig på de gamle. Det skal I jo lige vide, at når jeg siger noget der kommer ud af min mund så er der for de 65+ årige. Det er det jeg kan" Bente "Det er også dem vi har flest af, så det er rigtig fint at tage udgangspunkt i" R1 "Det er også der de fleste problematikker opstår -ik" KM1 "Men altså det vil sige, en streg her, det er en anden afdeling?" R1 "ja" KU1 Eller fra akutten til obsen og så en afdeling" KM1 "skal det gå den her vej så - og så obs og så videre til anden afdeling" R1 "Ja - eller os - den kan også gå hjem" KM1 "den kan også gå hjemherfra ik" Bente "hvor længe er man på obs" R1 "Man - altså hvis man bliver udskrevet fra obsen så ligger man der max 3 døgn. Men dem, der ligger ovre i obsen kan vi observere og finde ud af - hov, der var måske noget cardielt, så vedkommende skal så over på hjerteafdelingen eller de tænker om det er en 65+ årig, som fejler flere ting og der har været faldet og uvi, flere pneumonier - jeg skal komme efter dig - jamen så er det over til geriatrisk afdeling , hvor jeg kommer fra, ik -eller har de noget lungemæssigt så går de på en anden medicins afdeling, som også har lungepatienter" Bente "Og det bliver afgjort på --!" R1 "på tavlemødet ja Bente "og hvem er aktører der" R1" Det er afdelingens overlæger, og plejepersonalet og fysioterapeut. Der kommer fysioterapeut hver morgen, som jo tager nogle patienter dernede -" R2 "- og vender i døren" R1 " - og vender i døren eller går ud i afdelingerne og så er jeg til stede." KM1 " Skal det så også stå hvem der er aktører på den"	Vigtige regionale aktører i front med stor betydning for det videre patientforløb Alle har travlt med at sende ptt. videre	Ansvar for sammenhæng ende forløb?
---	--	---

R1 "og som noget nyt er der faktisk kommet kirurg til - en abdominalkirurg på- som øh-" KM1 "hvad skriver du der" R2 "Jeg skriver udskrivelsen der -" R1 " -fordi der er I jo også ind over - ja lige præcis" Bente "Når der nu er en fys ind over der, kan det så genererer en GOP" R2 "Ja - det der faktisk tit sker det er de der patienter hvor de kommer ind og har ikke kunnet gå selvstændigt omkring så nogle af dem kan jo bare med en sku jeg til at sige - pep-fløjte og en rollator komme hjem - og da vurderer vi jo så i forhold til hvor længe det her faldende funktionsniveau har stået på - øh, hvad er årsagen til det og så får de en genoptræningsplan med hjem, hvis vi vurderer, det er der simpelthen behov for" KU2 "så skal vi ha en pind over til genoptræning eller hva - nej de bliver selvfølgelig udskrevet til eget hjem"" R2 "de bliver udskrevet til eget hjem, hvis de ryger til obsen der - de ryger ikke til aflastning, det ser vi i hvert fald ikke" R1 " ja - joh - nah - det er der jo nogen der gør" R2 "Ja, men så er det dem der kommer ind ofte fra en aflastning - - ja men det er er rigtig nok" R1 "Oftest er det hvis de ikke kan udskrives til eget hjem - hvis de har været faldet og måske brækket en skulder - ikke kan klare sig hjemme fordi de ikke kan håndterer" R1 " både ben og skulder - det er svært at komme hjem ik" KU2 "jamen kommer de direkte fra obsen, vil de ikke normalt ryge på en anden afdeling først" R1 "De vil ryge enten på en anden afdeling eller hos os " KU2 "ja, for jeg tænker de kan ikke nå at komme-" KU1 "hvis du siger det dersens med at man måske kan klare det hurtigt ved en rollator eller noget eller en eller anden form for genoptræning, så er der vel også en aktør herovre der hedder noget med fys - altså for det bliver vel sat igang " R1 "næh - nej for de kommer direkte på akutafdelingen - der er i ikke nede vel - I går ikke ned i akutafdelingen	Betoning ift. at de andre kunne jo bare have gjort noget Vi= egen organisation	Strategi ift. hvem der vurderer Dem / os, men ikke et tværsektorielt vi
---	---	---

vel" R2 "Nej - nej " R1 "Det er tit i mørkets - efter mørkets frembrud, så foregår tingene her nede så - vendt i døren og vipt - hjem igen - og så når det blir lyst så kommer de til lægen og så kommer de ind igen og så er det de ender herovre og så ser vi dem "(griner) altså jeg har ikke lavet statistik over genindlæggelse men jeg ser altså rigtig mange - hvor jeg tænker hov det navn så jeg da for tre dage siden - så dem er der mange af" Bente "og der er jo mange af dem som bliver genindlagt - det viser statistikken i hvert fald - at det ikke er nogen der er kendt i kommunalt regi" R1 "I systemet - nej ikke nødvendigvis" Bente "Det er selvfølgelig som er bosiddende i kommunen men det er ikke nogen som vi har vores daglige / ugentlige gang hos - og det jo derfor de er så svære at fange" KM2 "Jeg kom til at tænke på vi mangler en her - vagtlæge - det hedder det jo her - det hedder ikke 1813 her - der synes jeg da min erfaring siger der ryger også nogle ind derfra - ja det hedder vagtlæge her - ik" R2 "men det du lidt mente var, at når den så ryger her tilbage så skal der noget terapi til eller træning - i hvert fald" KM1 "ja, der kommer jo hele det forløb der kommer efter at borgeren er kommet hjem, der kommer jo jer også ind i billedet, og ja, de trænende terapeuter" R2 "Ja - og der kan man sige og lave de blå herude" KM1 "Ja og visitator - vi er der også indimellem" KM2 "Vil I have en boble herude" KM1 "ja eller vendt med at skrive med blå" R2 "når de kommer hjem er der nogle andre" KM1 "Der kommer i hvert fald -- " KM2 " og hvad sagde i så - træning" KU2 "Ja ergo / fys" KM1 "tja, altså vi ved jo ikke i forløbet hvor , hvem og hvad og hvor meget de har behov for"	Fælles udfordring i forhold til de hurtige udskrivelser, betones med en ironisk klang	Usikkerhed ift. strategi over forløb
---	--	---

KU2 "nej " KM1 "men altså R1 "men selv dem der ikke er kendt i jeres system i forvejen de fleste af de ældre i hvert fald som har været lagt ned inde i en sygehusseng - de har altså behov for et eller andet , en eller anden form for støtte når de kommer hjem - ikke KM2 "jo" R1 "bare det at få noget at spise og drikke KM1"ja, men det er svært hvis vi ikke når at høre om dem" R2"ja, det var det jeg tænkte - mange gange skal de -- R1 "det gør i jo ikke rigtig hervedefra rigtig vel" KM1"nej altså - det er der hvor det kan gå galt - det kan godt være at der kommer de der indlæggelses / udskrivesadviser, men - men hvis ikke der er noget hjælp eller andet og de er kommet ind og ud samme dag er det jo ikke nogen som vi handler på " R1 " hvis det nu er nogen, du må sige til hvis jeg spørg for meget - hvis det nu er en borger som ikke er kendt og ikke er inde i jeres system - og vedkommende får sendt sådan en udskrivesadviser - det foregår jo automatisk når de bliver udskrevet i vores opus-system så ryger den af sted ligesom jeres ryger automatisk af sted - KM1 "Ja, altså de der hvor der ikke står andet end at borgeren er udskrevet R1 "Ja præcis KM1 "Hvis ikke borgeren har noget hjælp, er det ikke noget vi handler på R1 "Ser I dem - i ser dem jo ikke - ikke på borgere i ikke har i systemet KM1 "Ikke hvis de ikke er henvist" R1"For vi har haft nogle problematikker med borgere som ikke har haft noget hjælp hvor - som så nu skal have hjælp og så har vi sendt sådan en udskrivesadviser - TSm hedder det hos os -jeg ved faktisk ikke rigtig hvad det hedder - og så er der nogle visitatorer der har sagt at de ikke kunne åbne dem - at de ikke kunne åbne	Udfordring ift de hurtige udskrivelser og borgere der ikke er kendt af kommunen - forventningsg ab mellem regional og kommunal medarbejder Det bliver mere og mere synligt at frontmedarb. ikke kender hinandens arbejdsopgaver og de redskaber der skal anvendes- de spørger derfor interesseret ind Regional undren over at kommunal visitator ikke ser alle udskrivelser	Påvirkning af ressourcer Forskellige interesser Substantiel usikkerhed Manglende implementering Manglende ledelsesmæssigt fokus
--	--	---

udskrivelses--" KM1 "nej, altså normalt hedder det jo plejeforløbsplan når det er at der skal planlægges et eller andet omkring en borger, ik" R1 "Men efter den kommer der også noget-udskrivel--" KM1 "Det er når de bliver udskrevet, så kommer der udskrivelsesrapporten" R1 "-og der er der nogen der for nylig har ringet ind og sagt den kunne de ikke åbne" KM1 "nå, men det har jeg ikke oplevet" R1 "nåh og det troede jeg nemlig havde noget med om borgeren havde haft hjælp før" KM1 næh, så vil jeg formode, at man slet ikke kunne se den måske - jeg ved det ikke øh puh" R1 "du tænker hvis borgeren ikke har haft hjælp før kan man måske slet ikke se den" KM1 "der kommer jeg lidt til kort, fordi vi får da masser af nye borgere joh så selvfølgelig får vi rapporter på de nye borgere også" Bente "hvis man generere en plejeforløbsplan så kommer den igennem til os" KM1 "Ja ikke" Bente "de automatiske indlæggelsesadvier og udskrivningsadvier dem får vi alene på de kendte borgere" R1 "okay - det er vigtigt for os at vide" Bente "og det vil sige at når man , når man sender en plejeforløbsplan eller en indlæggelsesrapport - i sender jo også en indlæggelsesrapport - den kommer faktisk før plejeforløbsplanen - når I sender en indlæggelsesrapport så spørger i jo ind i vores system - kender I den her borger - og så er det at eh at Dorte skal på banen med hendes folk øh og sende en manuel indlæggelsesrapport retur - hvis vi har været medvirkende omkring indlæggelsen" R1 "Ja og hvis det er en borger I ikke kender så kan I jo af gode grunde ikke vide noget" Bente "men, nej, det kan vi ikke, men, men den åbner sig ind i vores system, hvor de automatiske"	Usikkerhed i forhold til begreber der anvendes omkring den elektroniske kommunikation - taler vi om det samme? -og hvornår sendes hvilke meddelelser og til hvem Tydeligt at frontmedarb. viden om og forventninger til hvad og hvordan de elektroniske meddelelser skal bruges er mangelfuld Irritation og undren (R1)	Manglende impl. af særdeles vigtige understøttende redskaber ift det sammenhængende patient / borgerforløb
--	--	---

udskrivningsadvier ikke kommer ind til og hvis vi -- R1 "der skal ligesom være en døråbner? KU2 "men det handler også om ord lyder det til - hvad kalder man de plejeforløbsplaner" KM1 "Jamen der er forskellige - du har ikke siddet med den - I ser dem ikke vel - i ser måske nogle kopier vi sætter ind i journalen ik" KU2 "jo vi ser plejeforløbsplaner jo - ja det gør vi" Bente "Altså i regionalt regi da kalder I dem alle sammen for TSMér" R1 "ja" Bente "Når vi arbejder med dem ude i kommunerne så kalder vi dem , ja indlæggelsesrapporter, plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter fordi de re-- altså de har forskellige betydning når de kommer i forløbet og det kunne være, at det var noget af det der skulle illustreres" R1 "Jeg tror noget af det der har været problematikken på sygehuset, det er at vi laver et hav af rapporter. Hele tiden skal vi lave en nyrapport - først ved indlæggelsen med forventet udskrivelse så skal vi lave en når vi ved lidt mere, så skal vi lave en når vi tror vi ved og så laver vi en når vi ved og så laver vi en når de skal hjem, nærmest ik -øh og vi bruger Så meget tid ved computeren" KU1 "ja, men Ikke fordi, men jeg tænker bare for Bentes skyld -er vi ikke ude " KM1 "at vi kommer lidt videre" R1 "det var derfor jeg sagde du skulle sige til hvis jeg spurgte for meget" Bente "men jeg tænker at man kan sige at I svarer allerede nu på nogle af de spørgsmål der ligger længere fremme så det er derfor jeg ikke afbryder Jer - Så det er fint nok - men jeg vil gerne have Jer til at tegne det" KU2 "Ja, men jeg sidder bare og tænker kommunikation - om der sker noget i samarbejdet mellem sygehuset og kommunen hvis man kalder det noget forkert - at vi ikke får det ind i vores system - altså i forhold til at blive genindlagt - hvis man kalder det - hvis vi sidder og snakker om hvornår trækker vi dem ned og hvor alt efter hvad vi kalder dem - så er der noget kommunikationsbrist der og tænker uh det er da i hvert	Hvordan understøtter den elektroniske kommunikation når der er total begrebsforvirring og aktørerne ikke kan se formålet Oplevelsen af at lave en masse rapporter uden helt at kende formålet og brugen af det føles som en tidsrøver i forhold til patienten frem for en understøttelse af det sammenhængende forløb	Interesser Ressourcer Kommunikation
--	---	--

fald vigtigt at have for øje tænker jeg" R1 "det bør hedde det samme så vi ligesom ved, hvad vi taler om " KU2 "ja og hvornår ved vi at vi skal kikke på dem og hvad er det for nogen vi ikke skal kikke på og hvad er det vi skal bruge ressourcerne på ik" KM1 "men lige den der tror jeg også lige som - ja den kunne fylde rigtig lang tid den snak der " KU2 "jeg tænker det er en problematik som - KM1 "jo, det er det helt sikkert men ---" KU2 "hvordan får vi den beskrevet, nævnt eller hvad-- KM1"ja, men det er jo også noget med at vi skal have et eller andet møde ikke også på et tidspunkt hvor vi kommer lidt mere i dybden med de her ting ikke" Bente "det er hele implementeringsplanen omkring sundhedsaftalen - altså den nye sundhedsaftale. Men hvis i prøver at kikke bagud i forhold til de her medcomstandarder / TSM'er / plejeforløbsplaner - de er jo ikke nye de er faktisk - som du jo er inde på en del af det her - hvordan ser i dem i forhold til det her?" Tavshed Bente" altså det er jo meget den elektroniske kommunikation som vi forventes og agerer på alle sammen" KU2 "Og det er også derfor vi er enige om hvilket sprog vi skriver altså vi er enige om hvornår vi skal tage fat i dem og kan handle på dem og hvad for nogle vi ikke handler på - og det er der jeg tænker oh er der noget nu - vi er blevet lidt alarm-" KM1 "ja, men jeg tænker i hvert fald at når patienten kommer ind på sygehuset så er det den der indlæggelsesadvis kommer fra Jer, ik" KU1"jo så får vi hvor vi skal besv-" KM1 "ja, I laver den her til sygehuset hvor der står -- og det er indlæggelsesrapporten ik' skal den så ikke stå her et eller andet sted?" R2 "jo kommunikation til kommunen i hvert fald, på en eller anden måde" KM1 "eller hvor I såe-"	medarbejder henviser til møderække om implementering af sundhedsaftalen - men den elektroniske kommunikation burde være implementeret såvel regionalt som kommunalt Manglende viden Usikkerhed omkring formål med den	Manglende viden skaber usikkerhed i forhold til overgangen mellem sektorer
--	--	---

R1 "men jeg tror nok også vores system sender en automatisk til Jer KM1 "ja" R1"-eller hvad KM1 " ja og så ryger der en retur frae-" KU1 "og så vi lave en manuel eller sende KM1 "så den er vel her på denne strækning - er den ikke her - den går jo ikke i hjemmet -den går jo ind i cirklen" KM2 "de går ind i cirklen - du kan skrive den på den grønne KM1"vi har jo sådan set hjemmet her -den går jo ikke ind til her" KM2 "nej den går vel herfra og derind, ik " KM1 "ellers skal vi vel have en boble hernede som hedder kommune R1 "ja KM1" tænker jeg - altså er det - har vi en anden farve" KU2 "blå måske" KM1 "næh den har vi jo brugt næh jeg tar en rød så" - "så den hedder så kommune ik" KM1 "og så går der den rapport der - og den går også den anden vej og den hedder så--(der skrives) indlæggelsesrapport" - "Linda griner "kan det læses" KM2 "sagtens" R2 "Så er der udskrivesrapport -TSM hwat ever" KM1 "ja den kommer så den anden vej, ik - når det er folk går den vej, ik" R1 "jov" "patienten går den vej og-- KM2 " "de går også den vej" KM1 "når nu patienten så bliver sendt hjem fra akutafdelingen med det samme, ik, så skulle der så gå en udskrives- altså bare en advis - udskrivesadvis. Hvis ikke der er noget hjælp hos borgeren-"	elektroniske kommunikation Lettere irritation over at bruge tid på hvad de elektroniske meddelelser hedder	Udfordring i forhold til fælles sprog og fælles forståelses ramme
---	--	--

KM2 " den skal gå derfra og dertil -tilbage igen" R2 : "ja men det var bare fordi hun--" KM1 " ja, men det er jo forskelligt af hvor vi er henne i sygehuset R1"altså hvor meget KM1 "hvilken afdeling R1 "ja, fordi den udskrivelsesadvis, som du taler om det tror jeg også er sådan - nu siger jeg hvad jeg tror - tror jeeg også er sådan en automatisk en, som er hægtet op på hvornår patienten bliver udskrevet i det elektroniske system - har jeg ret i det" KM1" så den den - den der bare hedder udskrivelse R1 den kommer derfra KM1 "den kommer her fra acutten ik R1 "jo KM1" altså - hvad jeg umiddelbart hører, ik" R1 "hvis de går hjem her KM1 "jeg ved ikke om vi bare kan skrive udskrivelse - eller hvad -der -da-der er ikke noget forbundet med det her - ikke nogen aktiviteter - der sker ikke noget i den her" R2 "nej I handler ikke på det ude i kommunen" KM1 "nej hvis der ikke er noget hjælp hos borgeren-eh og vi ikke har registreret noget hos borgeren så er det ikke noget der -det er kun når vi når herhen i de andre øhm ja - såe -så har vi de her hvor vi får plejeforløbsplanen hvor vi begynder og lægge nogle - altså når vi modtager den fra sygehuset, så er det vi som visitator kikker okay - er der noget her vi skal handle på øh er der øget hjælp, øh skal der laves et planmøde eller andet - er det noget af den slags vi spørg om og de kommer jo fra Jer når i har en forventning om at der skal ske et eller andet, ik" R1 "Ja R2 "men de kommer først herovre fra anden-- R1 "fra anden afdeling - de kommer ikke fra obsen" KM2 "og der vil jeg altså gi dig ret altså hold da op hvor	Usikkerhed AHA-oplevelse hos de regionale Hvem griber bolden ved sektor overgang, og hvad afgør hvilke borger der skal gribes	Ansvar for forløb
---	---	--------------------------

kan der komme mange - hvor er det dog åndsvagt - spild af arbejde og få tre plejeforløbsplaner - man kan ikke engang se forskellen - jeg tænker KM1 "emm nej det bliver vi også lidt frustrerede over KM2 "og der har været en person ind over og lave alle tre" KM1 "det blir vi også lidt frustrerede over nogle gange - vi skal ind og tjekke hver gang - gud er der sket noget siden sidst - KM2 " "er der afvigelser -" KU1 "-på den de sendte ja, det kan jeg godt se" KM2 "og der vil jeg altså gi dig ret altså hold da op hvor kan der komme mange - hvor er det dog åndsvagt - spild af arbejde og få tre plejeforløbsplaner - man kan ikke engang se forskellen - jeg tænker KM1 "emm nej det bliver vi også lidt frustrerede over KM2 "og der har været en person ind over og lave alle tre" KM1 "det blir vi også lidt frustrerede over nogle gange - vi skal ind og tjekke hver gang - gud er der sket noget siden sidst - KM2 "man sku lave en aftale der hed, når der er helt klappet klar -bum og ikke før" R1 "så er det det" KM2 " Ja- præcis fordi det andet det er det er dobbelt KM1 "nå, men det er nok i planlægningsfasen Bente "må jeg spørge - hvori det sammenhængende patientforløb så består" KM2 " "ja- men eh jeg tænker det består vel stadig - men du er bare sparet for alle de der hele tiden tages op og kiggen igennem . Her der ved du hvis man kunne lave sådan en aftale -okay når jeg modtager en plejeforløbsplan så så - så er planen lagt og patienten er med i det og ja - tingene klapper - altså hvis man på en eller anden måde kunne få det indført" R1 "altså plejeforløbsplanen kunne jo eksempelvis ligge der hvor patienten er set af læge der er lagt en plan og så et perspektiv og derfor kan vi se at der er brug for et planmøde."	Gensidig frustration over plejeforløbsplan	Strategi i forhold til plejeforløbsplan Dekobler formål som "spild af tid" Hvilke roller har de enkelte aktører i plejeforløbet før - under - og efter - hvem sikre koordination - hvordan er de enkelte aktører klar i
--	---	---

øh ja, ja - den går til jer " KU2 "Ja" KM2 "Den skal vi også ha' på " R1 "Der går jo også noget til egen læge hvis de screener til følge-op" KM2 "Nåh ja - ja det er rigtigt" - "så vi skal ha' to pile mer" Bente "Hvordan kommer det til egen læge?" KU1 "Jeg tænker os - får egen læge-" R1 "det må guderne vide - det tror jeg faktisk at er et eller andet sekretærerne - en eller anden fikumdik sekretærerne laver " R2 "ja men jeg tænker det er ligesom gopper- R1 "for de spørger - R2 "altså gopperne de bliver også sendt til egen læge" R1 "Ja - det må være noget sekretærerne gør - vi sørger for at finde ud af - skal de - vi prikker til lægen eller vi prikker til fyssen - men det er sekretæren der udfører det" KU1 "så det - så egen læge får --besked Bente "så hvor er - så hvor er sekretæren aktør i det her" R1 "ja, men hun er også aktør her fordi hun sender også - det er også hende der sender epikrise indenfor tre dage til egen læge" KM1 "hm hm - så vi skal ha' en sekretær her på" R1 "vi skal ha' en sekretær herpå og vi skal en egen læge et sted" (der skrives) KM1 "og hvor skal vi ha den - egen læge hen" R1 "skal han ikke op i en boble" megen småsnak KM1 "Han skal have sin egen boble skal han ikke have en anden farve så" KM2 "ja, det hedder en epikrise - ja det er rigtigt - den han får	Usikkerhed i forhold til egen læge - hvordan inddrages Ny aktør	Hvordan ser egen læge sig inddraget
--	---	--

KM1 "egen læge (skriver) og hvad sagde vi - epikrise KM2 "epikrise - ja R1 "ja, udskrivningsbrev hed det i gamle dage R2 "Det hedder det ikke mere hm - og han får også en GOP" KM1 "ja og - men den går jo sådan set til til kommunen ik KU1 "Den gik også til lægen KM1 "den gik også til lægen - okay" - "Pu-ha, der er mange ting her R1 "og et sted mellem Jer og egen læge, der ligger det fælles medicinkort" Bente "eh, ja" R1 "som skal sikre at patienten får den medicin som egen læge har ordineret og vi har ordineret - og at der ikke står noget som er 100 år gammelt KM1 "hvor skal den hen og stå så" R1 "Den skal stå mellem - den går jo - altså vi - før i tiden der brugte vi jo vores eget medicinsystem men nu skal vi også opdatere fælles medicinkort" - "så den går fra sygehus til kommune til egen læge" Bente "ja - på et eller andet tidspunkt gør den" R1 "ha-ha ja, den sku - men den er jo tilgængelig for alle - kan man sige -ja vie skal op - vi skal opdatere den ved udskrivelse og gør - men hvornår nogen går ind og kigger på den det er - det ved vi ikke" KM2 "Jeg ko m også til at tænke på - skal vi have noget psykiatri ind over det her - eller er det kun -somatisk" Bente "øh - jeg vælger her og fokusere alene på somatik - øh vel vidende at der kan jo også være borgere som har tilbud begge steder fra. Psykiatrien kunne også være en væsentlig aktør som kunne tegne nogenlunde det samme billede - dog er det sådan at de jo ikke er koblet op på de elektroniske MedCom standarder - det vil sige - plejeforløbsplaner, udskrivningsplan - så vi er ikke i stand til at kommunikere med dem elektronisk endnu. Så der er en af afgrænsningerne" KM2 "Jeps- gut"		Afgrænsning
---	--	-------------

R1 "Men det som hele det her system gerne skulle gøre, det var jo at optimere forløbet for patienten " KM2 "ja fordi du kan jo ikke skabe en helhed hvis man ikke har psykiatrien med altså" Bente "men jeg tænker at - når du siger sådan at det skal optimere - og før talte i plejeforløbsplaner at eh, at eh der skulle gerne være afsendt en når man ligesom havde nogle konklusioner og til nød endnu en eh . Jeg tænker når man kikker på den gennemsnitlige indlæggelsestid så er den 2,6 dage - så der er ikke noget at sige til hvis man synes man skal gøre det temmelig hyppigt. Selvfølgelig er der nogle borgere som er indlagt i pænt meget længere tid - men den gennemsnitlige er rigtig kort - KM2"2, et eller andet?" Bente "2,6 er den pt for Solrødborgere - øhm så det er rigtig mange ting man skal nå i den her proces og der er rigtig mange aktører der skal på banen. Nu har i sådan prøvet at tegne i forhold til - hvad er det for nogle elektroniske veje vi har - øh hvad er det for nogle aktører der er på her . Hvis nu vi så tænker at - at nu er borgeren så på vej hjem - fordi lige nu da er borgeren i sving derinde øh - Den der lidt sværere kroniske komplekse borger har et forløb derinde når vi modtager i kommunen en del plejeforløbsplaner. hvordan er det vi afslutter indlæggelse og ryger over i det kommunale system "	Her taler vi om to forskellige ting (afgrænsning af opgaven og helhed i forløb)	
R2 "Hva ' eh i modtager -" KM1 "ja vi modtager plejeforløbsplanen jo -lad os sige det - såe , ja, så plejer vi jo hvis der der ikke jo bare står altså vanlig hjælp - men så vil vi kontakte jer jo og så aftaler vi jo - som regel over telefonen - borgeren kommer hjem og hvad der skal ske . Hvis ikke det vurderes som et kompliceret forløb som der skal et planmøde på - ellers så er det jo et planmøde der blir aftalt "		
R2" så vi har en udskrivelse her ovre - en boble mere - eller hvad, der så hedder kommunikation - planmøde -"		
R1 " udskrivningskommunikation" KM1 "ja, det kan vi godt gøre" R1 "altså den eh elektroniske TSM den har jo ikke afløst den telefoniske kontakt" KM1 "nej, nej"	Enighed om at den telefoniske kontakt er at foretrække frem for den elektroniske Visitator påpeger	Udskrivnings arena dekobling

R1 "tele hjem projektet er jo også blevet gjort til en fast ting nu sådan at de borgere som har hjælp i forvejen kommer ikke på tale til tele-hjem " KM2 "Hvad er tele-hjem -det synes jeg ikke jeg hae-" R1 "Det er to sygeplejersker som går rundt på sygehuset og kikker på de patienter øh- for udvalgte kommuner - jeg kan ikke huske for hvilke - og så ringer de til hjemmesygeplejersken og laver en aftale om -hvad tid skal patienten være hjemme og kan du være i hjemmet - så laver vi en videokonference og tjekker op på at tingene er - kan du finde ud af at tage din medicin - " KM2 "vi har ikke de der forløbskoordinatorer - har I de der udskrivnings øh hvad hedder de - forløbskoordinerende sygeplejersker - altså dem der tar med fra sygehuset og hjem " Bente "nej - det har vi ikke" KM2 "vi brugte dem nemlig i -eh - nej det kan også være lige meget " "nej men det kan give en god glidende overgang - vil jeg bare sige" R1 "Der er nog - der er rent faktisk rigtig mange patienter som siger -jeg kan sagtens klare mig hjemme - det ordner min datter eller et eller andet. Når de der tele-hjem sygeplejersker pludselig finder ud af sammen med hjemmesygeplejersken - der er ikke noget i køleskabet og hun kan faktisk ikke komme op ad trappetrin og der er rigtig mange ting som borgeren selv ikke overvejet og det at de ikke umiddelbart har brug for hjælp " KM2 Det er derfor jeg troede" R1"Der sparer man nok nogle genindlæggelser der " KU1 "altså jeg synes os - min erfaring er at de, at de er gode de der tele hjemsamtaler. Der er nogle gange hvor man sidder og tænker okay, det her var måske ikke lige, men jeg synes de er blevet mere konstruktive end de har været, men de netop får - som du siger - sidder de derhjemme og finder ud af de der ting øh - og så er der den anden del med medicinen også som der tit også er problemer med, ik så de eh er rigtig gode-faktisk" KM2 "ja" R1 "det er jo den nye sundhedsaftale som kommer i spil - det er jo på det sted hvor patienten skal -efter planmødet hjem og vi ikke længere har nogle varslinger med hvornår skal man møde op til planmøde, når man er visitator og hvornår skal kommunen betale for en	Kommunal myndighed ikke bevidst om indsats Erfaring fra anden region Aktør beskriver den nye sundhedsaftale som	elektroniske meddelelser, som ikke anvendes korrekt / som aftalt(i hvert fald på ledelses niveau) Ansvar / helhed Roller og magt
---	--	---

patient, der er færdigbehandlet fordi det færdigbehandlingsmæssige det afhænger af lægens behandling - og det er hans suveræne ret til at færdigbehandle en patient når den ikke har behov for at være indlagt. Og der giver den nye sundhedsaftale jo en rigtig god kommunikations- og diskussionsplatform - men den giver ikke nogle retningslinier, som den gamle gjorde - og den, den endnu bedre - den forrige - set ud fra mit synspunkt er blevet mere og mere uldent hen ad vejen. Og det kommer til at handle rigtig meget om, hvordan vi taler med hinanden fremover" KM1 "Det er rigtig svært tænker jeg også R1 "Det kan godt blive svært ja KM1 "det har vi også allerede snakket om - hvad er - hvordan skal vi prioritere det altså det er i hvert fald det vi er en lille smule bekymrede for" Bente "Hvis I prøver at lægge den bekymring ned over det her. Nu har I prøvet at tegne et sammenhængende patientforløb (flere griner + småkommentarer) "der mangler nok lidt hist og her" Bente "hvis I prøver og ligge den bekymring ned over det - hvad er det så for nogle aktører det kalder på?" Tavshed Bente "Hvem skal hjælpe Jer med det" Tavshed R1 "ja, det er jo det der er problemet, ik fordi derinde står en læge som sætter en FB-dato, en færdigbehandlingsdato, når patienten er færdigbehandlet og så bliver det jo plejepersonalet som med visitator , der kommer til og planlægge hvornår den patient så kan komme hjem og hvis det så er en kompliceret patient der har behov for et genoptræningsophold - eller jeg ved ikke hvad det hedder hos Jer - aflastning - nogle steder rehabiliteringsophold - som jo ikke hænger på træerne, så kan vi godt ha' en patient liggende herinde som rent faktisk er færdigbehandlet - og ikke kan blive taget hjem lige nu og der havde vi jo før sådan et lille pressions middel der hed betaling fra dagen efter færdigbehandling - og det ved jeg ikke om - jeg ved ikke hvornår kommunen - ved du det - hvornår kommunen skal betale for en færdigbehandlet patient - nu " Bente "Ja fra den dato lægen skriver"	diskussionsplatform og ikke som et retningsgivet redskab Jeg oplever at der i gruppen her er en bekymring i forhold til det fremtidige samarbejde Jeg havde her en forventning om at de ville bringe ledelsen i spil, hvilket ikke sker	Mangler synlig ledelse ift. sundhedsaftalen og de værktøjer der bør bringes i spil
---	--	---

R1 "som bliver indmeldt i systemet - det gør sekretæren - hun er vigtig" KM1 "altså jeg kan ikke se andet end at -at i hvert fald vores kommunikation og - og det kommer til at betyde ekstra meget i det her øhm - og, og vi kommer til og måske hvis vi skal tage borgere hjem med meget kortere varsel end vi har været vant til så kommer vi til at belaste hvert fald jer som sygeplejersker på et andet niveau også trænende terapeuter måske . Det er altså - det kommer til at have en anden effekt i forhold til - også hjemmeplejen der skal i spil måske på meget kortere varsel end vi har været vant til og det - det kan i hvert fald godt blive lidt vanskeligere for os at agere i - for borgeren tænker jeg også der kan blive nogle-" KU1 "men jeg synes jo også -altså det er jo nogle ting man allerede ser og jeg som - der - det stiller store krav synes jeg . Nu nævnte du sekretæren, som jeg også synes er en meget vigtig aktør både fordi at lægen skal have en epikrise for vi står tit i det, at så er de kommet hjem og de er kommet for hurtigt hjem og så skal vi have fat i egen læge og egen læge ved ikke en skid - undskyld - hvad der er sket - de ved ikke noget om medicinen nu -nu kommer det forhåbentligt til at hjælpe med FMK--" KM2 "og vil ikke tage del i det-" KU1 "Nej og vil ikke tage del i det og øh ja så der har vi store problemer synes jeg som hjemmesygeplejerske - hvem, hvem er det der skal hjælpe os med det? samtidig med jeg kan også se problemet i kommunikationen og samarbejdet med visitatorerne, som jeg også synes har en stor del sammen med afdelingerne som skal finde ud af - fordi tingene skal gå så hurtigt som du siger - er der styr på de ting der skal være i hjemmet, fordi det er det vi oplever , nej der var ikke de hjælpemidler der skulle være , der var ikke -- KM1 "det må vi jo også prøve at efterleve så --altså vi har jo det - vi prøver jo også at kæmpe for at vi får en patient hjem, som er så godt planlagt som muligt - men det er det der kan gå galt " KM2 "men det er også det der med at placere ansvaret -- R2 "der er rigtig mange steder det kan gå galt - så hvis den her sekretær ik, lige er blevet forstyrret i sit arbejde og ikke har fået sendt det til egen læge altså der er simpelthen så mange veje , hvor det kan gå galt ik, altså også fordi --" KM1 "Selv om vi har den direkte kommunikation med sygehuset altså - lad os sige telefonisk udskrivelse - så	Vanskelig koordinering på den kommunale arena Hjemmesygepleje virker opgivende - hvem skal hjælpe os i overgangen Usikkerhed- ikke styr på tingene Jeg oplever lige her et stemningsskifte hvor især visitator bliver usikker i stemmen - føler sig presset	Roller og magt Myndighed / udfører habitus Udfordring i samarbejdet mellem myndighed og udfører i kommunen og på tværs af sektorer Hvem har ansvaret på arena for udskrivelse kampplads
---	---	---

R1 "der er rigtig mange små ting som ikke handler om nedre toilette og rengøring og - mange små ting som klan vælte en udskrivelse og det er som regel de små ting der vælter det - der var ikke nogen nøgle med hjem så Flextrafik satte mig bare ude i haven" KM1 "men den der tjekliste er rigtig , rigtig go altså det vil jeg nok sige ja --" R1 "den bør være fælles " KM1 "ja, men det ku' være rigtig godt at have en standard på det så man siger at den blev løbet igennem allerede på sygehuset - altså inden man ligesom overvejede at udskrive folk for jeg oplever også tit, altså man ikke har taget stilling til hvordan får de mad, altså bare sådan noget elementært noget det øh de skal jo have noget at leve af R1 "kan de selv bære en kande vand hen til stolen " KM1 "ja, der er mange ting - der er rigtig mange ting i det R2 "det vil sige dem der ikke ligger på geriatrisk, de ligger så ude på en eller anden medicinsk afdeling og for dem - der - de tænker ikke tjekliste - de tænker jo hurtigere vi får patienten hjem så er der ikke sket nogle ændringer hjemme - så er alt som det plejer -- KM1 "der er så også der når de kommer hjem det går galt, hvor de kommer tilbage igen, ik" KU1 "det er jo borgere - måske -som ikke har fået så meget hjælp måske før, kan det også være ik R2 "jo, det kan det sagtens- KU1 "- dem der har hjælpen det er som regel ikke lige der det altid går galt - altså fordi der er jo det hele stablet på benene" KM1 "Ja, men der måske også en grund til borgerne er kommet på sygehuset , ik - altså - R1 "måske er det lige præcis en borger, der har skrantet derhjemme i 14 dage - der er urinvejsinfektion og ikke rigtig ku få noget og spise - maden er blevet for gammel i køleskabet - de er faldet nogle gange og så bliver de pludselig fundet på gulvet af naboen fordi de ligger og råber om hjælp, ik - og de skal jo over til os - de skal ikke over medicinsk afdeling og sættes i selexid og hjem, vel " KM2 "nej, det er jo det"	Forskellig tilgang til patientforløb afhængig af speciale Der tegner sig et billede af dem og os	Komplicerer udskr.arena
--	--	--------------------------------

Bente "Hvem er det der har indflydelse på lige præcis det i sidder og beskriver nu her? I sidder og beskriver et sygehus med forskellige afdelinger og jamen burde de være et andet sted eller kommer de for hurtigt igennem afdelingerne. Hvor er det man kunne kikke på det, altså hvad er det for nogle aktører?" R1 "det er jo politik det handler om - hvad er det for nogle sengepladser vi har og hvad er forventningen til de sengepladser. Altså hos os, der er det jo tilladt og have en liggetid på 7 - 9 dage - fordi vi kikker gennem de brede briller - vi har multimorbide patienter hos os . Vi SKAL rundt om det hele - det er ligesom vores speciale. Det er det altså ikke på en medicinsk afdeling Der er det diagnose - behandling - ud af klappen" Bente "så alt det I har talt om nu det er i virkeligheden de her frontaktører . Hvad tænker i om alle de andre (peger på det sociale netværk) Tavshed R1 "jeg ved ikke om - hvor højt man må sige hvad man tænker " R2 "du må gerne sige det højt" Bente "man må sige lige hvad man vil " R1 "Jo, jeg tænker at dem der sidder og laver den her sundhedsaftale og vurderer på hvad der er bedst for borgeren - de har ikke haft fingrene nede i mulden - og de har ikke stået derned i praksis og set på hvordan er det og få en patient ind , behandlet og sendt ud igen og hvad er det rent faktisk for nogle problematikker vi står i med hver enkelt borger. DET ved de ikke noget om, det kan godt være de tror de ved noget om det - men de ved ikke noget om det i praksis - det er min påstand!" Bente "men bevæger du dig nu på det politiske niveau eller bevæger du dig på det ledelsesmæssige niveau " R1 "jeg bevæger mig sådan set lidt begge steder - fordi kommunerne har jo ligesom sammen med region Sjælland udtænkt den her sundhedsaftale øhm og hvis man kikker på den så lyder det jo fantastisk flot - altså det er sundhedspædagogik, det er borgeren i centrum, det er samarbejde - det lyder fantastisk flot men det er bare ikke rigtig nogle parametre man kan sætte ud i praksis og få det til at virke - tænker jeg (pause) det kan godt være jeg er negativ, det ved jeg ikke rigtig" R2 "Ja men det er jo også to forskellige sektorer og man lægger jo ikke op til et eh - der bliver jo ikke sat midler	Lynhurtigt svar i forhold til politik, men ingen refleksion over det adm niveau og hvor er ledelsen? Dem og os ift ledelse og "fingrene i mulden" Usikkerhed i forhold til hvordan den aftale overhovedet skal få ben at gå på	Hvor er ledelsen Der oplever at være langt fra top til bund
--	---	---

af eller noget til at gå ind og lave et samarbejde - finde ud af hvordan laver vi så samarbejdet - man har bare besluttet - og så må I finde ud af hvordan i synes at få samarbejdet til at fungerer og så må vi finde ud af hvordan vi synes vi får samarbejdet til at fungere - men der bliver jo ikke lavet et samarbejde -" KU1 "samtidig med at der er så meget politik i det " R1 "og den kobling der er op på ledelses og politisk plan og på ledelsesmæssig plan mellem region og kommuner - 17 tror jeg det er ik, ja 17 øhm - den konneks de har , hvor de kommer med hver deres fra deres dagligdag den skal jo ned til os for det er jo os der skal udføre det - det er jo os, der skal ha de møder, det er jo os der skal sidde og finde ud af hvordan gør vi det bedst for hr Hansen for at i kan udføre det I skal og for at vi kan aflevere patienten på en ordentlig måde - altså borgeren hænger ikke deroppe - borgeren hænger hernede hvor vi er " KM1 "vi kunne sagtens finde ud af det sammen " R1 "sagtens" KM1 "det er der ingen tvivl om " (griner) R2 "det der jo så yderligere er et problem, der er vi har jo så 17 kommuner der så gør det forskelligt - så den skal jo - åh jeg skal ringe til den kommune - okay de har telefontid der nåh fuck jeg fangede dem ikke idag - jeg prøver igen imorgen - og så er det en anden kommune, så skal jeg selv sørge for kørsel okay, nej så må jeg gøre deet - det er virkelig, virkelig svært ik, fordi at samarbejdet ikke er ens med alle kommunerne - og så har vi jo endda også folk fra andre regioner som pludselig kommer ind og så har de en anden sundhedsaftale som vi også skal forholde os til " KM1 "generelt skulle der vel være åbent for telefonerne i alle kommuner her i regionen ,ik" R1 "8 til 15 stod der i den gamle sundhedsaftale " KM1 "men er det sådan set ikke meningen -altså R1 "telefontiden var jo en del af det regelsæt hvor der stod tilgængelig mellem 8 og 15, udskrivelse efter så og så lang tid , så og så lang tid til at komme til planmøde . Der var ligesom trukket nogle linier op vi kunne forholde os til fra begge sider og vi vidste hvad vi skulle overholde fra begge sider og derfor kom vi ikke op og slås om det og det synes jeg jo var rigtig fint -altså det svarer jo til at sætte børn til at passe sig selv uden -	Jeg oplever et tydeligt dem (pol og ledere) og os (frontmedarb) , men også ift kommune og region Usikkerhed ift regelsæt Dem og os	Der er rigtig langt til et vi
---	--	--------------------------------------

ambulant forløb hvor de har siddet en hel eftermiddag og ventet og når de så kommer hjem så kunne de måske ikke engang få en arm op ad det ene trappetrin" Bente "og Flextrafik som aktør er det en kommunal ordning - er det en regional ordning - hvornår er det man som borger skal ringe ind og bestille på regionens kørselskontor. Skal man det hvis man skal ind ambulant?" R1 "ja" Bente "Så det er regionens kørsel I taler om?" R1 "Ja jeg ved ikke om det er et privat firma som regionen har indgået en aftale med eller om det er regionens eget firma - det ved jeg ikke" R2 "Ja - det har været i licitation" R1 " Nå okay så det er et privat firma" Desværre svigtede lydoptagelsen her: Her er en længere drøftelse om forskellen på MOVIA s flextrafik, som alle borgere kan rekvirere og hvor transport sker "fra kantsten til kantsten" og så den indgåede regional aftale med Flextrafik, som står for patienttransport. Der starter en ny drøftelse på baggrund af spørgsmål om hvilke redskaber og hvilke rammer der anvendes i forhold til de sammenhængende patientforløb, og såvel regionale som kommunale medarbejdere giver udtryk for mangelfuld eller misvisende indhold i indlæggelsesrapporter og plejeforløbsplaner, og her kommer vi ind i lydoptagelsen igen Lydoptagelse genoprettet: R2 " har de ku gå på trapper - så vi starter egentligt fra scratch og så arbejder vi sådan egentlig bare så langt frem vi nu kan - for vi ved ikke hvor de er startet for mange af dem er ikke så gode til at - helt at kunne fortælle - har jeg kunne gå på trapper hmm måske" R1 "hvis vi er heldige står der gangusikker med rollator, men så er vi rigtig heldige" KU2 "men så er der også udlånt et hjælpemiddel og så har der jo ligesom været et eller andet ind over" R1 "Så det elektroniske det går begge veje" Samstemmende "ja, det gør det / det gør det" R2 "Men det er også lidt man putter (suk) det blir hurtigt at det ikke er patienten det handler om - det handler om	God stemning til trods for at de enkelte aktører "skyder lidt på hinanden" i forhold til udveksling af mangelfulde / ikke retvisende oplysninger Patienten / borgeren	
--	---	--

hvornår kan vi komme af med patienten (pause) altså det er lidt den følelse man har når man er inde på sygehuset, fordi uha - nu har vi gjort - i hvert fald det vi skal - så nu kan de godt komme ud og så må kommunen tage sig af det men vi ved faktisk ikke hvad kommunen gør - så det er den der forståelse af hinandens arbejdsopgaver og hvornår lapper vi - for vi skulle jo gerne sådan som en lynlås lappe ind over hinanden fordi da - eller vil der være de der gab indimellem hvor de kan falde ned, ik" Bente "Hvordan kan man gøre det" R1 hvisker "hvordan kan man gøre det" KM2 "der skal være en der arbejder på tværs - der skal være flere" R2 "ja eller det netværk som vi snakker om, ik - det nytter ikke de har netværket oppe i - på det politiske plan , men det skal ligge nede på det mere lokale plan - på det - ved dem der har med patienterne at gøre og overgangene at gøre - at der er nogle netværk på de niveau, der ligesom tager de der drøftelser op - som vi sidder og har - og siger, jamen hvad er det for problemer der er med plejeforløbsplanen - skal vi have fire af dem eller skal vi nøjes med at have to af dem" KU1 "jeg tror stadigvæk , altså det største problem stilling det er indlæggelsestiden og der tror jeg det er rigtig svært og lave nogle handleplaner for at undgå nogle af de ting fordi der er en masse ting du ikke kan få styr på på så kort tid - altså så der ligger meget arbejde i kommunerne synes jeg og følge op på det der er foregået på sygehuset og få styr på ydelserne og få styr på hjælpemidlerne og få styr på bevillinger -" KM1 "og træning-" KU1 "på træning og og paragraffer og cancerpatienterne - er der søgt paragraf 122, altså alle de der ting - det ligger simpelthen hos kommunerne og få redet alt det dersens ud, nu lige cancerpatienter måske ikke indlagt i så kort tid men , men jeg tror - det er svært at gøre så meget altså man kan optimere noget af kommunikationen - det tror jeg bestemt man kan og man kan være berde med det, men men jeg tror stadigvæk ikke helt man undgår nogle af de der problemstillinger fordi du kan ikke få styr på det på så kort tid ." R1 "noget af det tror jeg altså handler om det system som vi to (henvendt til R2) agerer i er at - at øh kontakten til patienten er så kort både fra lægeside og fra plejepersonalets side så man kommer aldrig til at	risikerer at falde mellem to stole Dem og os / der er enighed om at snakke som under dette interview er en mangelvare	Netværk såvel formelle som uformelle på frontniveau Ansvar Hvem har ansvaret - fralæggelse af ansvar
---	---	--

kende patienten sådan rigtigt - og det er hele tiden ikke rigtigt mit ansvar for jeg kender ham jo ikke, jeg har ham jo kun i dag , men jeg gik ikke stuegang igår og jeg kommer heller ikke i morgen , så der mangler nogle tovholdere som øh - og det kan godt være at vi i den danske kvalitetsmodel siger vi har en kontaktperson men det er jo af navn og ikke af gavn - altså det bliver jeg nødt til at sige (pause) øh det, det lader sig ikke rigtig udspille i virkeligheden med arbejdsplaner og ferier og vagter og hvad har vi" KM1 "men den der tjekliste du snakkede om før, den synes jeg kunne være et meget godt redskab som den der nu kontaktede os eller omvendt - havde styr på de ting, fordi at jeg synes bare det er så tit at , netop vi møder den der at vi kender slet ikke patienten og alligevel så skal patienten hjem, ik og så jeg synes bare alle de der tjekpoints, det ville være rigtig godt, altså" R1 "Altså jeg har lavet et undervisningsmateriale til nyt personale hos os, hvor jeg har lavet en hel side om udskrivelse og plankonference , hvor jeg har skrevet: kend patienten , hvad kan han hvad havde han, hvorfor, hvorhen og hvor bor han og alt det der - det vi kalder en geriatrisk helhedsvurdering hvor man skal se hele patienten - men det er jo noget vi bare gør hos os" KM1 "det sker nok ikke de andre steder så (griner)" R1 "det er jeg ikke sikker på ,vel, men det jeg bruger, fordi jeg mister overblikket hvis ikke jeg sørger for og skrive ned - har patienten en nøgle, er der mad, er der dut er der dat - og hvis man ikke kommer hele vejen rundt så er det man ender med en dårlig udskrivelse og vi kan ikke huske det hele i hovedet, vel som vi snakkede om, der er over tusind retningslinjer i DDKM vi skal kunne om ugen ik, der er 55.000 i alt så det kan vi ikke holde - det bliver vi nødt til at skrive ned, sætte en lille streg og så krydse det af når det er gjort, selv om det er gammeldags" KM1 "kunne det ikke brede sig ud så (griner) Bente "men jeg tænker hvordan spiller det i forhold til de øvrige aktører på sygehuset, hvis vi bare tager Køge sygehus eller Roskilde sygehus - nu gør i sådan i jeres afsnit -hvordan spiller det sammen med det de gør i de andre afsnit " R1 "det ved jeg ikke " Bente "-fordi før da talte I om at i samarbejder fra regionens side med de 17 kommuner. De 17 kommuner de samarbejder med en hel del sygehusafdelinger - og kunne måske - det ved jeg ikke - sige det samme den	Fælles strategi efterlyses De enkelte frontmedarbejdere på sygehusene kender ikke til hinandens arbejdsgange	Overflod af retningslinjer manglende ledelse / manglende
---	---	--

anden vej rundt, at der også er mange forskellige måder at gøre det på - men I har jo også et samarbejde på tværs af de forskellige afsnit?"		implementering
R1 "det her, det er jo bare noget vi gør nede i vores lille afsnit - som er udsprunget af min gamle hjerne - det kan jo ikke - det er jo ikke noget der sådan er , hvad skal man sige - kommer oppe fra eller er bredt ud eller noget Det er - det er gammeldags sygeplejelogik"		habitus
KU1 "men så skal man jo have fat i nogle af dem der sidder deroppe som kan lave - måske nogle fælles retningslinjer for--"	Peger på ledelsesniveau og pol. niveau på powerpoint	igen dem og os
R1 "altså der er jo beskrivelser - meget gode forløbsplaner, men der står jo ikke om alle de småting - vi er jo ikke nede i mulden vel - det er stadigvæk overordnet - det hjælper ikke patienten eller borgeren "		
R2 "Jeg tænker egentlig ikke det er modvilje, jeg tror egentlig bare at igen - hvis vi fik løftet det lidt højere op og fik implementeret tror jeg egentlig godt sådan et tjekskema kunne være brugbart - de har i hvert fald--"	Forsvarer den manglende ledelse	
KU1 "Jeg tænker også de specielle sygehuses ledelse må jo kunne altså sige, nu er det sådan vi gør på det her sygehus og så er det på alle afdelinger det foregår, ik sådan så det er ensrettet og så kan man jo ønske at det er det samme på alle sygehuse hvis det endelig kom helt der ud, men det er måske utopi, men det kunne man da ønske i hvert fald - men det skal jo nok starte oppe på en eller anden måde, så det kommer		
R1 "Nogen skal få den ide et eller andet sted -		
flere "ja, / så det kommer helt ud"		
R1 "altså vi er jo kommet et skridt videre med den elektroniske patient- eller hvad hedder det EPJ - hedder det nogle steder ESD hedder det hos os - fordi før i tiden der havde vi jo også forskellige kardex-systemer og vores systemer snakkede ikke sammen så vi er dog kommet et skridt og sundhedsplatformen - jeg ved ikke om I er inde over den den også --"		
R2 "det er I ikke "		
R1 "nej		
R2 "men vi får jo nyt IT-system - Roskilde / Køge får nyt IT-system i december 17 i samarbejde med Hovedstaden så alle kører samme systemer - både hovedstaden og region Sjælland - men kommunerne har takket nej "		
R1 "- og det er sikkert også et økonomisk spørgsmål"		

R2 "ja, det tænker jeg - jeg ved I har næste lige fået nye systemer ude i kommunerne-i hvert fald" R1 "det optimale var jo at alle systemerne havde snakket sammen, ik KM1 "Jo, så var det jo ikke så svært R1 "så kunne man jo bare lukke op og kikke Bente "tænk hvis alle 17 kommuner havde det samme omsorgssystem og måtte tale sammen med regionens system " R1." Ja og alle kunne se det - jamen hvor flot KU1 "og igen hvis man tænker indlæggelse - jeg bliver ved med at nævne den der korte indlæggelse, men - men det er jo fakta - sådan er det og det er pengene der styrer det men der er det jo vigtigt at alle de ting spiller sammen altså" R2 "jo, men det giver ingen mening at kommunerne ikke kan læse hvad der bliver skrevet inde på sygehuset - det gør det ikke" (pause) "fordi det vil jo lette mange af de der -- dumme sager, som er man ikke lige sidder og tænker på, når man sidder og snakker i telefonen" KM1 "ja " R1 "og vi har jo et geriatrisk team oppe i Roskilde hvor der sidder en sygeplejerske som er ansat med et ben ovre i kommunen og et ben ovre i geriatrisk team og hun har jo adgang til kommunens system -jeg må ikke få det printet ud men hun må godt fortælle mig hvad hjælp patienten får men jeg skal forstyrre hende i hendes arbejdstid for at høre hvad kommunen har skrevet om den her patient. Er der et eller andet opdateret notat fra hvad der skete lige inden - det kunne jo være så genialt hvis vi kunne læse hinandens - så ved jeg godt der er noget med den databeskyttelse og alt muligt men det er altså i patientens interesse - når de først er inde i systemet, at vi kan snakke sammen uden alle de her barrierer" Samstemmende "ja" R2 "jeg ved nogen kommuner har nogle ansat der tager ud på sygehusene - er det Fakse der har nogle der kommer rendende R1 "Fakse har to - som kommer gående ja og Køge havde også nogle men dem ved jeg ikke helt hvor er blevet af. Roskilde havde to, som gik på Roskilde "		Økonomi Lovgivning ift udveksling af patientdata
	Flere modeller for samarbejde	Strategier for samarbejde - nye veje

R2 "altså hvor de kommer ind på sygehuset og sådan lige følger op på de borgere, de så selv har, for så har de den der lidt tættere kontakt og kan give besked til baglandet om hvordan ser det ud og vi forventer der er en udskrivelse om så og så lang tid, ik- Så de er egentlig bare den levende version af forløbs - plejeforløbsplanerne altså hvor at den der daglige kontakt det letter det også - på en eller anden måde, ik" Bente "Men plejeforløbsplanerne vil I jo kun have to af" KM2 "ja" R2 "ja, jeg ved ikke noget om plejeforløbsplaner" Småsnak og grin Bente "nå ja men jeg tænker I taler meget om et redskab i forhold til en tjekliste som indeholder nogle helt bestemte oplysninger omkring borgeren . Med mit ringe kendskab til plejeforløbsplanen at det er mange af de ting der står i plejeforløbsplanen KM1 "det gør den jo ikke helt" Bente "er det fordi plejeforløbsplanen som er et vigtig redskab ikke bliver brugt som det redskab det er eller er det fordi redskabet ikke er tilstrækkeligt. Samstemmende "ja" KM1 "det sidste tror jeg" Flere "ja, det sidste" KM1 "jeg tror der skal være lidt mere i det , altså der er nogle ting som man ikke får beskrevet--" R1 "altså jeg ved jo ikke hvad I , hvordan I gør ude i kommunen men hvis man har en patient deru - eller en borger derude, så kunne det være smart hvis de oplysninger der var om borgeren stod inde i plejeforløbsplanen så man ikke behøvede at finde en ikke opdateret --" KM1 "det er noget med at der er en eller anden årsag til at de ikke er opdaterede ik, øh - jeg kan ikke huske hvad det var - er det hvis det er en kladder?" Bente "plejeforløbsplanen?" KM1 "det der kommer ud til kommunerne, så de kan se hvad borgeren har af hjælp - der var et eller andet som - hvor den svigtede og det var et eller andet der ikke var	bringes i spil Flere gange underinterview er efterlyst fælles tjekliste, hvilket jeg udfordrer da den indholdsmæssigt er lig plejeforløbsplanen, hvilket aktørerne imidlertid ikke anerkender	Strategi??
---	---	-------------------

rigtig godt hvis man kunne det - altså fordi så ville der jo måske blive meget mere styr på en masse ting - det ville absolut være det optimale, men det vil jo aldrig komme til at ske - tror jeg så man skal jo kikke på de redskaber måske der er og sige. kan vi med dem gøre noget af det samme og det er jo og at de er opdaterede og skulle jeg til at sige, at de fungerer så de oplysninger der kommer begge veje det skal være de rigtige oplysninger og så måske kommunikationen i telefonen " R1 "og nå den næste aftale skal laves så kunne de måske invitere nogle nedefra - aktørlaget - op og være med til sætte sit fingeraftryk på de planer der bliver lavet - fordi det ved oversygeplejersker ikke noget om - f.eks" Bente "hvem ved det så" R1 "det ved vi - fodfolket - dem med militærstøvlerne på" Samstemmende "ja / nemlig" KM2 "det har jeg også altid sagt - der skal rykkes nogle af dem op i - altså uden at lyde for Erik Clausen agtig, for det er jo dem der sidder med viden , altså så kan det ikke nytte noget de har ti år længere på skolebænken og en længere uddannelse hvis du ikke kan bruge det i praksis R1 "jeg siger altid, når jeg bliver statsminister kommer der andre boller på suppen - det er bare kun hvis" Bente "Nu sagde du jo R2, at du havde arbejdet på gulvet og nu er du jo blevet en af dem. Hvornår er det at du glemmer det her?" R2 "man kan sige der er meget få, der nødvendigvis starter på gulvet og rykker op - og ellers plejer de som regel ikke at være så længe på gulvet inden de hopper videre - eller også så kommer de fra en hel anden uddannelse - øh fordi jeg vil sige at jeg - jeg kan sagtens mærke den der - altså vi undgår da nogen flere konflikter end vi gjorde tidligere, fordi at jeg har stået selv med - nu er det jo også fordi det er samme afdeling også som jeg er blevet leder for - at så har man bare en anden forståelse for og hvorfor er det lige at I synes det her er svært - jamen jeg kunne også godt se det var svært da jeg var der . Selvfølgelig vil det glide ud på et tidspunkt når økonomi og ressourcer begynder og spille ind så vil noget af den viden glide ud - det vil den" Bente "Hvorfor er det den vil det R2 " Fordi der er nogle andre ting der fylder mere - altså vi kommer ikke udenom, at ressourcerne skal slå til og	Enighed om at "fodfolket" er dem der ved hvad der skal til, men de føler sig ikke hørt Forklarer skiftet fra front til ledelse Kort og kontakt - man glider af som leder pga økonomi og ressourcepres - ressourcerne skal slå til	Aktørinddrage lse på alle niveauer Videns- og kompetenceni veau - djøfficerering
--	---	--

hvis de skal det (smågriner) Bente "Kan I høre hun er der allerede" R2 "- så er der bare nogle ting der bliver nød til at blive skippet og så bliver det måske overgangen til kommunen at man vælger at sige - okay det var en genoptræningsplan - så lægger vi den ud til kommunen, så må de klare resten (lang tavs pause)- så på den måde ja, man glider af på det - så derfor tænker jeg også at tingene skal i høring længere ude og længere nede- hvis ikke man får lov til at være med til at lave tingene - men den er også stadig beskrevet så over - altså det er jo en rigtig fin fortælling - men den fortæller jo i realiteten ikke hvad der skal gøres og det er jo først det man skal til at lave nu og det er jo så det arbejde der ikke bliver sat midler af til" KU2 "tydeligere skal vi være i det vi skriver til hinanden - det er jo det igen - blive helt klar på hvad vi har skrevet - blive enige" KU1 "men jeg tror så også meget af det handler om hvis man skal gå fra os og dem og til vi, så tror jeg også det handler meget om at man - det tror jeg også du spørger om på et eller andet - det der med om man kender hinandens regler og sådan noget - altså der er jo også noget forståelse for den andens området altså vi kan godt sidde og sige hvorfor f.." R1 "nu skulle du lige til at bande--" KU1 "f- er der nu ikke styr på den udskrivelse igen og nu mangler der dit og dut og dat og det stiller store krav til visitatorerne men i bund og grund ved vi jo godt, at det er økonomien der styrer det og det er bare - tingene går bare hurtigt og igen, men så vi skal måske også være bedre til at sige, jamen folk inde gør jo ikke tingene i ond vilje . Der er bare noget andet der styrer processerne og så må vi så - ligger der bare et større arbejde måske i kommunerne til at samle mange af de der ting op. Øh - så hvis vi er bedre til at kende - måske - hinandens områder kan det godt være forståelsen også ville være måske lidt bedre og på den måde vi mere bliver til vi og måske bedre kan samarbejde om at sige: okay vi har nogle patientforløb som ikke er gode - hvordan kan vi gøre det så det bliver godt for borgeren med de ting vi nu er nød til at slås med." R1 "men jeg tænker også ressourcerne spiller også ind ude hos Jer, fordi vi er jo rørende enige om at de bedste forløb og de bedste udskrivelser det er der hvor vi har en telefonkontakt eller vi sidder overfor hinanden til et planmøde og kan hakke alting af og få snakket al ting igennem så hvis man kunne - måske lave nogle flere	Sundhedsaftalen er en rigtig fin fortælling	Interessant at det pludselig ikke er sektorovergangen der er vigtig Manglende kendskab til hinandens mulighedsbetingelser gør bevægelse fra os og dem til vi MEGET svær
---	--	---

videokonferencer så vi stadigvæk havde øjenkontakten og fik talt med hinanden. Det ville måske lette- KU1 "det kunne godt -- R1 "det ville måske lette fordi I bruger mange ressourcer på det og ligge og køre ind på sygehusene og I skal også finde en parkeringsplads - og der er mange ting som tager rigtig meget af jeres tid, så hvis man kunne videokonferere sig ud af mange flere ting og så havde vi stadig øjenkontakten og kunne stille de rigtige spørgsmål som vi ikke kan elektronisk, ik" KU1 "ja, og på den måde kunne man måske også få styr på nogle af de ting, for I ved jo hvad I skal spørge om - i ved jo hvad der skal være styr på når folk kommer hjem så det kan godt være indlæggelsen bliver to dage mere men så har vi fået styr på nogle ting og på den måde undgår vi også nogle genindlæggelser - i stedet for de bare kommer hjem -- KM1 "det er bedre I har styr på det inden vi snakker - for så kan vi hurtigere få det afklappet (griner) R1 "det er rigtig nok og der kan vi selvfølgelig bruge den elektroniske plejeforløbsplan rigtig meget men når man sidder der med en videokonference med Hans Jørgen og Hans Jørgens knægt som nu er blevet voksen, så vil Hans Jørgens knægt måske sige altså far plejer at være oppe og tisse om natten og han kan ikke tisse på en bækkenstol han skal ud og stå op af wc'et. Det har vi måske ikke lige observeret, for han har haft kateter inde hos os, ik,. Sådan nogle små ting som kan få betydning for hvordan bliver forløbet derhjemme og vi vidste ikke vi skulle sætte et natbesøg på eksempelvis og det vil videokonferencen kunne afsløre fordi der er vi alle samlet om bordet og vi sidder overfor hinanden og kan snakke sammen" KU1 "det er jo også noget med at I ved jo - I kender jo heller ikke serviceniveauet i kommunerne - I ved jo ikke hvad der kan tilbydes så det er også derfor jeg tænker selvfølgelig er der nogle ting der skal være styr på indefra men der er også en masse ting i ikke ved om hvad der ligger ude og hvad der kan lade sig gøre reelt ik" Bente "og der bevæger vi os jo meget herved i forhold til de gældende regler og rammer. I har været inde på i virkeligheden datalovgivningen i forhold til hvad vi må dele af oplysninger. Så er der sundhedsloven og så er der lov om social service som er meget den der danner rammerne. Noget af det vi ikke har talt så meget om, men som jo også ofte er et punkt til diskussion - det er	Her træder den kommunale ind på den regionale medarb domæne Her træder den regionale medarbejder ind over den kommunales domæne ift rammer og regler	
---	--	--

hele hjælpemiddelområdet og der er det jo servicelovgivningen der gælder - sådan set på tværs og der ved jeg da i hvert fald at der er også nogle diskussioner hvornår er det den ene aktør og hvornår er det den anden aktør. Hvornår er det at det ikke længere er regionen men kommunen der skal handle og hvornår er det kommunen eller regionen og ikke kommunen. Specielt i forhold til hjælpemidler, der synes jeg det ofte er til diskussion - men det ved jeg ikke om - hvordan I tænker i forhold til alt det her (det sociale netværk)" R2 "jeg tænker i hvert fald manglende fleksibilitet altså det der med at vi holder på vores ret begge steder - vi havde en patient hvor det endte med at vi måtte få en patient til at ordinere at han ikke blev proteseegnet fordi man arbejdede på at han skulle op og gå på protese med den her amputationspatient og da det jo var midlertidigt så skulle han have ramper og det kunne han ikke få fordi det var midlertidigt så derfor kunne han ikke komme til træning. Så vi endte med at få ordineret af en læge - ham her han får ingen protese så det her det blev permanent så han kunne få nogle ramper så der var bare sådan en slåskamp med hvem er det der skal stille ramperne til rådighed og hvem er det som ikke skal og må patienten komme ud af sit hjem - altså " KM1 "jamen, stiller I ikke normalt ramper til rådighed - midlertidigt?" R2 "jo vi gør, men jeg ved ikke om det var fordi det ikke kunne lade sig gøre i det her tilfælde fordi dem man bare kunne hægte på de kunne så ikke bruges så det skulle være sådan nogle som man skulle ud og lave en rampe og " KM1 "men det er rigtigt, det er tit et slagsmål - R2 "og så er det det der med at vi aflevere et hjælpemiddel, ja, fordi det vi lidt er ude i nu, specielt nede på jeres afdeling (geriatrisk) det er faktisk at visitator kommer ind og siger - patienten skal på denne her aflastningsplads - der er langt fra der hvor han bor til der hvor han skal træne så der skal en Kørestol med - nej" R1 "så bliver fyssen helt bleg" R2 "altså det er igen - det er et fortolkningsspørgsmål af en anden lov og hvordan fortolker I det og hvordan fortolker vi det - og man fortolker det jo altid i forhold til sin egen fordel - og ikke patientens - selvfølgelig" Bente "hvordan er det blevet håndteret hidtil?" KM1 "slagsmål"	Manglende fleksibilitet Netop her trækkes fronterne noget skarpere op hvilket afspejles i respondenternes toneleje overfor hinanden	lovgivning "Man fortolker altid til egen fordel"
--	---	--

R2 "ja - det er et spørgsmål om hvem der er mest stædig - så er der forhåbentlig en der gir sig på et tidspunkt Bente "hvad nu hvis der ikke er nogen der gir sig+" KM1 "vi er ude i det der med lægelige oplysninger eller et eller andet" - så er det lægen der får lov at afgøre det " R2 "så må der en læge ind over" Bente "Hvad gør sundhedsaftalen ved det" Tavshed R2 "nej, jeg tænker ikke - jeg ser det i hvert fald ikke altså der står jo bare -- KM1 "de slagsmål kan vi stadig have - tror jeg i hvert fald R1 "altså den nye sundhedsaftale fortæller os at vi skal i samklang placere patienten i midten og så skal vi kommunikere os frem til hvad der er rigtigst" KM1 "Ja, men det er , det kan, det er jo det vi hele tiden har prøvet at kommunikere , men det kan jo så stadigvæk blive en spændende kommunikation" R2 "det kan det" KU2 "er det fordi - er I begrænset i hjælpemiddeludbuddet - altså er det der vi er - er i også begrænset i hvad i kan udlevere?" R1 " I hvor meget vi har R2 "ja, altså som udgangspunkt - KM1 "det er jo ikke det der er afgørende - det er fordi i tænker at det her det er kommunen forpligtigelse" R2 "ja - for hvis vi løber tør, så køber vi noget nyt - altså fordi vores lager stiger jo voldsomt hele tiden, så det er egentlig ikke den begrænsning " KU2 "vi er jo hele tiden ude i, er der genoptræningspotentiale -er der mulighed midlertidigt - er det varigt eller ikke varigt - det er jo den vi hele tiden er oppe imod - er det varigt, jamen så er det varigt - men det er det som regel ikke hvis det kommer hjem - så skal de jo lige have nogle midlertidige hjælpemidler - og det er jo en vurdering" KM1 "Ja, indtil de kan vurderes i en varig tilstand eller	På forespørgsel om hvad sundhedsaftalen gør for at afhjælpe fortolkningsspørgsmål bliver respondenterne meget tavse, de finder frem til at det skal ske via kommunikationen i front - hvilket kan blive meget "spændende" = konfliktfyldt Her opstår helt tydeligt en kamplads hvor der afprøves en række strategier	Generel usikkerhed
--	--	---------------------------

altså simpelthen laver et case katalog til det her, ik - fordi lige nu har vi bare alle de her brochurer og regler og sådan noget - men altså så skal man ud i et case-katalog der ligesom kan sige: i denne her situation er det det her vi går ud fra - at man så i samarbejde med kommunerne laver nogle case kataloger så man ligesom kunne relatere lidt mere til det og ikke bare --" R1 "Et helt - helt overordnet perspektiv så handler det her jo om at der er forskellige kasser så hvis man kunne udviske det sådan helt overordnet så var vi jo lidt ude over det her - men det kan man jo ikke" KU2 "men det er jo helt klart - vi vil jo ikke - som kommune vil vi - vil vi jo ikke udlevere et hjælpemiddel fordi de kommer hjem - vi ved jo reelt ikke hvad der skal ske eller sådan - så derfor tænker jeg det ligger jo midt - hvis de nu i gamle dage - før 07- lå på sygehuset så havde vi 3 måneder, så kunne man se var der forbedringer - nu får vi dem jo ud så hurtigt som muligt og så tænker vi - så må de jo have de nødvendige hjælpemidler med hjem fra sygehuset og så kan vi træne og så kan vi tage stilling - det er jo derfor vi ikke - vi vil jo ikke tage imod dem - vi vil ikke sige nej - så giver vi dem bare et hjælpemiddel" KM1 "jeg synes også det giver større krav til flere hjælpemidler med hjem fra sygehuset at de kommer hjem så hurtigt fordi de er så uafklarede i forløbet" KU2 "så det er også derfor jeg tænker vi - slåskamp - for mit vedkommende tænker jeg burde det ikke være nogen slåskamp - de burde bare komme med og så burde vi være - selvfølgelig skal vi være bedre / hurtigere til at vurdere genoptræning -er der overhovedet et potentiale eller er der ikke potentiale men vi vil jo simpelthen ikke udlever de der for hvis nu de får et varigt de ikke har behov for lige om lidt - det er mange penge og betale hvis det ikke er et varigt hjælpemiddel" R2 "ja, ja men så er det jo lidt den der med så får de en kørestol og en rollator og et par stokke - og nogle starte endda med en talerstol , altså så bliver det sådan et væk frem og tilbage med de her hjælpemidler - hvor det er sådan lidt - nu er de ude i kommunen - så er det svært at se den der, fordi så har de ikke noget at gøre med os mere - så bliver det sådan lidt Så er vi ude i at skal have en hel hjælpemiddelcentral et andet sted" KM1 "så er vi også ude i en redigering i det her, så det hed sig at når bare de kom hjem så var det kommunen - bare der havde været nogle klare retningslinier som sagde det er bare kommunen når man er hjemme - men altså sådan er det bare ikke - men det er den der	Forskellige forventninger Sektorovergangen bliver i den grad udfordret her - drøftelsen bærer præg af hurtige faste replikker	Forskellige kasser
---	---	---------------------------

funktion er, men i genoptræningsplanen sender vi ud den dag patienten bliver udskrevet og så har i bare inden to dage - tre dage hvad der skal stå klar til noget træning, hvis der skal være en kontinuitet i deres træningsforløb - altså det giver jo ingen mening at sende den dag de bliver udskrevet - reelt - det er jo lige før nærmest der bare skal sendes en avis om denne her patient skal have genoptræning ved udskrivelsen -så kan man ligesom begynde at gøre noget klar. Vi prøvede at køre et projekt med Roskilde hvor vi rent faktisk sendte en fax ud til dem ligeså snart vi startede et nyt knæ op f.eks og så kunne de booke dem på et hold indenfor en uge, for så var de ca. kommet hjem og der var kun en af de 14 patienter der ikke kom hjem. Og det gjorde jo at de havde sådan et kontinuerligt forløb altså i forhold til nu kommer de hjem så er der måske en uge, 14 dages ventetid på træning - nå okay så " KM1 Vi er så begyndt at have et samarbejde omkring de neurologiske patienter fra Holbæk - tror jeg det er - hvor at det skal være sådan at der er en terapeut herfra (kommunen) som deltager i planmødet, når vi holder de her videokonferencer sådan så at man allerede bliver integreret altså en del af udskrivelserne - altså allerede tidligt kan man sige og det tænker jeg også kunne være en god ting frem i tiden at man måske ved i hvert fald de komplicerede forløb, hvor der virkelig er behov for genoptræning , at man har en terapeut med allerede på planmødet" R1 "og også på sygehuset hvis man lavede videokonferencer, så kunne man bedre afsætte 10 minutter " KM1 "det er videokonferencerne - det er dem jeg snakker om " R1 "så kunne man få fyssen ind over" KM1 "men jeg kan - der skal jo selvfølgelig være en fysikmed fra sygehuset side, sådan så det er at terapeuterne kan tale direkte også i forhold til den træning der skal videreføres i kommunen" Bente "vi har nu 10 minutter tilbage og jeg synes rent faktisk at I har været rigtig godt omkring de her spørgsmål - jeg har dog lige den her Hvad er jeres kerneopgave i forhold til at skabe de sammenhængende patientforløb - hvad ser I som jeres kerneopgave" R1 "kommunikation (pause) er ALT afgørende " Tavshed - lang pause Bente "og så har jeg også spurgt om der er noget vi har	Afprøver nye veje i samarbejdet
	Aller nikker anerkendende

glemt og jeg var sådan lidt nervøs for at I skulle forgribe jer på at det tekniske så - men I har i hvert fald ikke glemt patienten / borgeren men er der noget andet vi har glemt - er der noget andet som I tænker det her det er bare rigtig vigtigt i forhold til vores samarbejde omkring borgerne med udgangspunkt i den sundhedsaftale" R1 "med udgangspunkt i den nye sundhedsaftale som ikke har nogle regler så er vores gensidige respekt jo alt afgørende " R2 "ja, fælles forståelse for hinandens opgaver og kompetencer ikke - altså " R1 "og at det handler om patienten og ikke en eller anden kasse " Bente "og hvad er det for nogle redskaber der skal til for at gi den her gensidige respekt så vi ikke står på en kamplads KM2 "det er vel kommunikationen igen" KU2 "jamen hvis der mangler nogle tydelige regler og nogle tydelige rammer?" KM1 "det er jo det der gør KU2 "hvis det bare er dialog og kommunikation - det er meget overordning - hvis vi mangler nogle specifikke - hvad gør vi - hvad gør I så er vi ikke sammen om at gøre det ensartet -vi mangler de der retningslinjer igen for at hvad gør vi hver især bum" R1 "og det er jo en stor udfordring hvis 17 kommuner og ligeså mange sygehusafdelinger og hvad - har vi 5 regioner ik altså - i det her lille land, der kan vi simpelthen ikke finde ud af at ensrette noget - det er mig en gåde men sådan er det altså - jeg ved ikke hvordan det skal løses" R2 "altså vi har jo det regional / kommunale samarbejde på ledelsesniveau, hvor jeg tænker det kunne jeg godt tænke mig man sænkede ned til medarbejderne så de kunne have - det behøvede jo ikke at være tit men have sådan nogle store temadage hvor man så ligesom har nogle debatter omkring nogle forskellige emner hvor man kan hive de der største problematikker frem og drøfte dem og snakke om, hvordan kunne vi gøre det og komme op med nogle løsninger som var måske lige nogle lavthængende frugter man kunne hive fat i og sige - jamen så er det simpelthen det her vi kikker på det næste halve år til vi ses igen - og så prøver vi at arbejde med denne her proces - så vi kommer lidt tættere på hinanden -så vi ikke føler at der er et hop over til den		
---	--	--

anden sektor" samstemmende "ja" "god ide" KU2 "altså vi kører noget terapeut / terapeut - region / kommunalt diagnosebestemt imellem der er da nogle - men jeg ved ikke hvilke diagnoser det lige er på - det er nok også lidt forskelligt" R2 "det er lidt forskelligt - vi har lige lavet noget omkring fødder sidst var det neurologien - tror jeg nok" Bente "det må have været dysfagi på et tidspunkt" R2 "nå det tror du (griner)" KM1 "jeg tænker også at det er vigtigt og , at patienten , altså borgeren virkelig også får den information som vi får formidlet imellem os, ik Det er jo vigtigt at borgerne ikke bliver glemt i det her altså at borgeren virkelig også får den information om hvad der foregår omkring vedkommende" R1 "ja, dem der kan forstå det" KM1 "man skal være sikker på at de også får viden" R1 Ja, men der sidder vi jo med en ekstra problematik da vi har rigtig mange patienter med hukommelsessvækkelse KM1 "selvfølgelig lige præcis der kan det være svært" R1 "men så skal de pårørende informeres" KM1 "det er i hvert fald en vigtig del også - synes jeg - at vi bliver enige med dem eller de også er med" R1 " men det er klart med en snak som her hen over bordet hvor vi kommer fra hver sin verden og taler om en fælles ting det er jo enormt vigtigt altså og så går man jo hjem med en forståelse for hvad det egentlig er I laver og hvad vi laver -så det vil være altafgørende hvis man kunne sætte sig ned i søen" Alle nikker anerkendende KU2 "Ja, for jeg synes der har været noget godt ud af de gop - for jeg synes - for jeg synes de er blevet bedre - vi forstår dem bedre - altså det har i hvert fald gjort at det er nemmere for vores arbejde -så behøver vi ikke og ringe til Jer - forklar det lige igen - det behøver vi ikke, for vi er blevet enige om hvad der skal stå Så på den måde er der jo noget der fungerer	Anerkendende men alligevel en tøven "vi kommer fra hver sin verden"	Kalder på ledelse, regler og rammer
--	---	--

Bente "men I har også en aftale om at ringe ind altså I har den her ringefunktion sådan som jeg har forstået det hvor I kan ringe ind - I kan booke ambulante tider og det er jo ikke en model man sådan kører over på den brede - den har I ligesom isoleret i forhold til jeres kerneopgave - træning - men den kunne måske være interessant og kikke på i forhold til det lidt bredere perspektiv og igen som du siger - det der med at lave nogle seancer og du vil så koble det op på KSS eller? R2 "ja det var mere fordi det er den jeg kender men den kører jo bare på lederplan hvor jeg tænker at de har alligevel heller ikke fingrene nede i mulden altså det er jo også niveauet over mig stadig ikke så- Som ikke ved - nødvendigvis hvad vi går og fikumdikker med eller hvad vi synes der er svært i hverdagen men det er mere den dialog imellem hinanden nede på gulvet jamen vi sender denne her plejeforløbsplan - og I synes også det er pisseirriterende vi sender 5 - hvorfor fanden sender vi så 5" R1 "vi synes det er pisseirriterende vi ikke får en der er opdateret - I forventer vores opdateret - Jeres er ikke" alle griner en siger - "ja, vi stiller samme krav til hinanden" en anden "italesæt det" Bente "og med disse ord skal I have rigtig tak for Jeres aktive deltagelse" R1 "Tak fordi vi måtte - det har været rigtig spændende"	"bare på lederplan" Og de ved ikke hvad vi laver	Hvordan afklares de gensidige forventninger
--	--	--

Min umiddelbare oplevelse af fokusgruppeinterviewet var at det forløb i en god tone, der var et meget stort engagement, og respondenterne var gode til at give plads til hinanden. De gav ligeledes direkte udtryk for, at netop en sådan dialog omkring Sundhedsaftalen var givende og vigtig for det fremtidige samarbejde. Jeg er efterfølgende blevet kontaktet af R1, som havde nogle spørgsmål i forhold til indholdet i den nye sundhedsaftale, da hun var blevet bedt om at orientere om den i egen afdeling. Jeg har selvfølgelig svaret men undrer mig over, hvorfor hun ikke går til sin egen leder for afklaring.

Ca. 20 minutter før interviewet afsluttes forlader observatøren lokalet, uden at der er nogle der bemærker det - det er min oplevelse at alle er meget fokuserede på drøftelserne - ser hinanden i øjnene sidder fremme på stolen og bidrager med hver deres - og derfor har observatøren virkelig været "fluen på væggen"