

Kampen om færdigbehandling

Lone Jørgensen

VEJLEDER: KIRSTINE ZINCK PEDERSEN
2016

CBS: MASTEROPGAVE, 2.275 ANSLAG PR. SIDE

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1: Indledning.....	4
Baggrund.....	5
Min position.....	6
Økonomisk styring af sundhedsområdet.....	6
Medfinansieringsmodellen.....	7
Definition af færdigbehandlet.....	7
Sundhedsvæsenets aktuelle udfordring.....	8
Problemformulering.....	8
Afhandlingens opbygning.....	8
Kapitel 2: Teori.....	9
Aktør- Netværksteorien.....	9
Færdigbehandlet som styringsteknologi.....	10
Konteksten.....	10
Videnskabsteoretisk udgangspunkt.....	10
Aktør.....	10
Netværk.....	11
Analysestrategi.....	11
Relationer frem for grundlæggende essens.....	12
Symmetrisk analyse.....	12
Oversættelsesprocesser.....	12
Rekursivitet.....	13
Hybrider mellem aktører og aktanter.....	13
Grænseobjekter.....	13
Multiplicitet.....	14
Velfærdsstat versus konkurrencestat.....	14
Kapitel 3: Metode.....	14
Videnskabsteoretiske position.....	15
Fra teori til praksis.....	15
Studieobjekt.....	16
Metodisk indfaldsvinkel.....	16
Udvælgelse af Case.....	17
Konteksten.....	17
Patient interviews.....	17
Fokusgruppe interview.....	17
Kvalitetskriterier.....	18

Undersøgelsesdesign	19
Kodning	19
Kapitel 4: Analyse	19
Delanalyser 1: Afgørende begivenheder	19
Hospitalsindlæggelsen	19
Plejeforløbsplan (PFP) og melding om færdigbehandling (MOF)	20
Udskrivningskonference	20
Delkonklusion 1	21
Delanalyse 2: Definition af Færdigbehandlet	21
Sygeplejerskernes version	22
Patienternes version	22
Delkonklusion 2	23
Delanalyse 3: Skabelsen af færdigbehandlet	24
Økonomi	24
Kapacitet	25
Tid	26
Rehabiliteringscenteret	27
Pårørende og medpatienter	28
Den kommunale sygeplejerske	29
Hospitalssygeplejersken	29
Patienten	30
Delkonklusion 3	32
Delanalyse 4: Konflikter og alliancer	33
Er patienten behandlet færdig?	33
Mangel på ledige rehabiliteringspladser	34
Overholdelse af aftaler	34
Faglige versus økonomiske hensyn	34
Fælles profession skaber konvergens	35
Patienternes konflikter og forhandlinger	37
Delkonklusion 4	38
Kapitel 5: Diskussion	39
Flere versioner af færdigbehandlet	39
Værditilsætning	40
Konstruktionen af færdigbehandlet	41
Konflikter og alliancer	41
Kapitel 6: konklusion og perspektivering	42

Tilblivelsen af færdigbehandlet.....	42
Forbedret økonomi	42
Borgerens oplevelse af sammenhæng	43
Perspektivering.....	43
Hvad har jeg lært?	44
Litteratur.....	44

Abstract

The classification of a patient as 'treatment completed' indicates that the transfer of costs for the hospitalization to the municipality. Accordingly, 'treatment completed' is a central concept in the financial settlement between the municipality and the hospital. This thesis highlights the construction and definition of 'treatment completed', and how value is created for the patient in the transition from hospital to the municipal rehabilitation-unit. Additionally, this study will clarify the points of conflicts regarding the actual status as 'treatment completed' of a patient. Finally, the managerial related implications will be described. The Actor-network theory (ANT) is applied as the analytical tool and the study is designed as a case-study in a municipal unit. The result show that 'treatment completed' is used in several versions, i.e. one hospital version (a technical treatment completed), one version used by the municipal care-system and one version used by the patient. Furthermore, the analysis illustrates patient navigation between the different versions. The study shows the major elements influencing the construction process of 'treatment completed' is control elements such as economy, time and capacity. The term 'treatment completed' is a powerful steering tool and is accepted as such by the municipal nurses who, in collaboration with the hospital nurses, form a professional alliance in negotiation the patient is 'treatment completed'. It is concluded that if the value for the patients is to be improved the relation between actants and actors needs to be strengthened. Furthermore, it is concluded that the 'treatment completed' is an integral part of the public service/governmental struggles of resources and the negotiation takes into account the efficiency of the capacity in each sector.

Kapitel 1: Indledning

Tidligere Sundheds- og ældreminister Sophie Løhde udtalte i en pressemeddelelse den 25.4.2016, at kommuner, der forsømmer at hjemtage færdigbehandlede patienter fra sygehusene, fremover skal betale en markant højere takst. Det skal motivere kommunerne til hurtigere at få patienterne hjem fra sygehusene¹. Synspunktet er at alt for mange patienter, der er færdige med deres behandling på sygehusene, ligger og venter i dage- eller ugevis på at blive udskrevet, fordi kommunerne ikke sørger for at have de fornødne pleje- og behandlingstilbud. Ministerens løsning er at give kommunerne et økonomisk incitament, og ministeren vil derfor skrue gevaldigt op for taksten. I dag betaler kommunerne ca. 2.000 kr. pr. patient for hver dag patienterne er færdigbehandlede. Beløbet hæves, så kommunerne skal betale 100 procent mere de to første dage for en færdigbehandlet patient og 300 procent mere fra dag 3 og frem.

Af Finanslovsforslaget (Regeringen:2017) for 2017 fremgår, at det er væsentligt, at der i kommuner og regioner er fokus på patientovergangen mellem sygehus og hjemkommune, så patienterne oplever en god overgang mellem behandling på sygehuset og genoptræningen i hjemkommunen.

Begrebet færdigbehandlet får større betydning for afregningen for patienter, der er færdigbehandlede, og som ikke kan komme hjem. Hvordan og hvornår en patient bliver klassificeret som færdigbehandlet, har

¹ <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sygehusvaesen/2016/April/Sundhedsminister-vil-haeye-taksten-for-faerdigbehandlede-patienter.aspx>

indflydelse på, hvordan patienten oplever overgang fra et regionalt behandlingstilbud til et kommunalt rehabiliteringstilbud. Da færdigbehandlet er et centralt element i afregningen mellem kommuner og hospitaler, vil jeg i denne afhandling sætte fokus på dette lille område i et ellers stort og komplekst system.

Fordi de øgede takster kan få betydelige konsekvenser for den kommunale sundhedsøkonomi, og fordi jeg som chef i en kommune, ønsker at skabe bedre vilkår for patienter, er jeg optaget af hvordan begrebet færdigbehandlet, konstrueres og defineres. Desuden vil jeg undersøge, om konstruktionen er værdiskabende for patienter, og til sidst men ikke mindst hvilke ledelsesmæssige implikationer eventuelle kontroverser i konstruktionen og definitionen har.

Det videnskabsteoretiske afsæt er konstruktivismen og jeg har valgt at bruge Aktør Netværks Teorien (ANT) som mit analytiske redskab, for at afdække spændingen mellem færdigbehandlet, de sundhedsprofessionelle og patienterne. Årsagen til dette valg er, at sundhedsvæsenet består af både et regionalt og et kommunalt sundhedsvæsen. Det er en sammensat størrelse, der involverer teknologi, materialer, politik og vidensformer i uforudsigelige kombinationer.

Metoden er et casestudie i Gentofte Kommune og nedslagspunkterne er dels et team af kommunale sygeplejersker der koordinerer udskrivelser dels patienter, der opholder sig i et rehabiliteringscenter. Der er gennemført et fokusgruppe interview og tre enkeltstående patientinterviews.

Baggrund

Den kommunale medfinansieringsmodel blev indført med Strukturreformen i 2007. Den er grundlaget for incitamentstrukturen, hvor formålet er at skabe incitament til at kommunerne dels forebygger at borgerne bliver syge, dels at sikre nødvendig kommunal kapacitet.

Konstruktionen af færdigbehandlet er interessant i et ledelsesmæssigt perspektiv, fordi betingelserne for offentlig ledelse er ændret. Neoliberalismen har medført institutionelle reformer, der lægger vægt på "styringsfikserede" ledelsesformer (Kaspersen og Nørgaard, 2015). Er konstruktionen af færdigbehandlet et udtryk for styringsfikseret ledelse og/eller hvordan leder man fagprofessionelle medarbejdere der er en central aktør i den kommunale styring? Neoliberalismen er den dominerende form for økonomisk tænkning, hvilket har medført at velfærdsstatens efterspørgselsorienterede politik er ændret til konkurrencestatens udbudsorienterede politik (Pedersen O.K., 2011). Spørgsmålet om udbud og efterspørgsel af ledig kapacitet, og kapacitetsstyring er således et af omdrejningspunkterne i samarbejdet mellem det regionale og kommunale sundhedsvæsen.

Ideologien, som Ove Kaj Pedersen betegner som konkurrencestaten, har idealer, der udspringer af velfærdsstatens systemfejl. Svaret på systemfejlene var indførelsen af økonomistyring og kontrol, der satte den offentlige sektor under politisk ledelse. En af de mange reformer, der skulle rette op på Velfærdsstatens systemfejl (Pedersen O. K., 2011:210) og styrke Danmark i den intensive globalisering (Kaspersen L. B., Nørgaard J., 2015:85), var Strukturreformen. Konsekvensen er at adgangen til de offentlige kasser er blevet vanskeligere og offentlige organisationer må kæmpe om indflydelse. ligesom den enkelte borger i dag må konkurrere med mange andre om ressourcerne (Pedersen O.K., 2011:251). Spørgsmålet, der rejses i denne afhandling, er om kampen om definitionen af færdigbehandlet kan betragtes som en del af det offentliges kamp om ressourcer, og/eller om konstruktionen bidrager til at skabe værdi for fællesskabet og for patienterne.

Styringskrav er ofte så insisterende, at ledelsesformerne bliver styringsfikseret. Problemet er dog, at der ikke efterspørges mere styring, men derimod mere substantiel ledelse. Danmark står en ledelseskrisen (Kaspersen L. B., Nørgaard J., 2015:132). Årsagerne skal ifølge Kaspersen og Nørgaard findes i tre barrierer;

Styringsfikseret ledelse og forældede strategiforståelser, uklare ledelses- og samarbejdsrum og værdikonflikten mellem velfærdsstaten og konkurrencestaten. Jeg forventer, at undersøgelsens resultater kan bidrage til at kaste lys over hvordan der kan bedrives substantiel ledelse i et felt, hvor begrebet færdigbehandlet indgår som et eksplicit styringselement.

Min position

Siden august 2015 har jeg været chef på pleje og sundhedsområdet i Gentofte Kommune, hvor jeg bl.a. har ansvaret for et team af sygeplejersker, der koordinerer udskrivningsforløb for patienter, der ikke kan komme hjem efter et hospitalsophold. En opgave der er påvirket af at:

- Flere patienter udredes og behandles på hospitalet og som efterfølgende, eller sideløbende har behov for behandling, pleje og rehabilitering i det kommunale sundhedsvæsen
- Stærkere faglig specialisering, der øger koordinationsbehovet omkring det enkelte patientforløb
- Stadig flere patienter har flere sygdomme, hvilket øger behovet for at koordinere og lede indsatsen på tværs af behandlingsforløb

Motivationen for denne afhandling er dels de ændrede ledelsesvilkår i den offentlige sektor, dels en konkret ledelsesopgave af teamet, der koordinerer udskrivningsforløb for patienter, og ikke mindst at Gentofte netop har nedsat et midlertidigt politisk udvalgt et såkaldt § 17 stk. 4 udvalg (Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2015), hvor borgerne inddrages i udviklingen af en vision for det nære sundhedsvæsen i Gentofte Kommune.

Økonomisk styring af sundhedsområdet

Strukturreformen som introducerer en ny styreform på sundhedsområdet kan inddeles i tre hovedområder, nemlig ændringer i den kommunale struktur, ændringer i opgavefordelingen mellem stat, amter/regioner og kommuner, samt ændringer i finansieringen af opgaverne (DSI, 2007 s. 17). Af regeringsudspillet (Regeringen, 2004) fremgår det, at formålet med strukturreformen er, at *"den enkelte borger skal have mere kvalitet for pengene i den offentlige service, navnlig i sundhedsvæsenet. Midlet er at styrke det lokale demokrati gennem stærke bæredygtige kommuner"*. Et af delmålene var at sikre sammenhængende patientforløb, idet Strukturkommissionens arbejde bl.a. havde vist, at den daværende struktur medførte en svaghed i forhold til den horisontale koordinering på tværs af forvaltningsled. Opsplitning af visse patientforløb gav afgrænsningsproblemer i forhold til, hvem der havde ansvaret for indsatsen. Dansk Sygehus Institut (DSI) peger på, at afgrænsningsproblemerne kunne give anledning til kassetænkning og ufinansieret opgaveglidning imellem de to sektorer. En anden svaghed ved den daværende opsplitning af sundhedsområdet, var at opgaveløsningen påvirkede de øvrige sektors udgifter, hvilket også blev opfattet som kassetænkning (DSI, 2007 s.9).

Den offentlige sektor var før kommunalreformen præget af styringsudfordringer og en af de største ændringer ved strukturreformen, efter dannelsen af de fem regioner på sundhedsområdet, er de nye økonomiske mekanismer (Pedersen K. M, 2006:3). I stedet for amtsskatten opkræver staten et sundhedsbidrag, der fordeles til regionerne og kommunerne som bloktilskud. 20 pct. af det offentlige sundhedsbudget kanaliseres således via kommunerne under overskriften kommunal medfinansiering. Det blev beskrevet som behovet for et paradigmeskift, som redefinerer det offentliges rolle og formål, og som definerer, på hvilken måde det offentlige skal ledes og styres på (O'Flynn, 2007 s. 353). Det nye er, at de sundhedsfaglige medarbejdere er en del af fastsættelsen af prisen, i forbindelse med det økonomiske mellemværende mellem sygehuse og kommunerne.

I rapporter fra Sundhedsministerens rådgivende Udvalg (Indenrigs- og sundhedsministerens Rådgivende Udvalg, 2003) og Strukturkommissionens betænkning (Strukturkommissionen, 2003) er der ingen analyse af fordele og ulemper ved at fjerne retten til skatteudskrivning og kommunal medfinansiering (Pedersen,

2006:2). Ekspertudvalget for sundhedsområdet (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2006) berørte ikke spørgsmålene hvorfor beslutningen på den baggrund, betegnes som et politisk ønske om en ændring, uanset om teoretiske og empiriske overvejelser kunne støtte eller modsige modellen (Pedersen, 2006:4). Finansieringsmodellen kan kobles til det fremherskende styringsparadigme New Public Management (NPM) hvor økonomiske incitamentstrukturer er et centralt element (O'Flynn, 2007 s. 355).

Medfinansieringsmodellen

De økonomiske rammer for regionernes løsning af opgaver på sundhedsområdet fastlægges i de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og Danske Regioner. For 2016 udgør regionernes samlede ramme til sundhedsområdet ca. 110 mia. kr.

Det nye styringsparadigme af sundhedsområdet introducerer den såkaldte medfinansieringsmodel. Når en borger benytter sundhedsvæsenet, skal hjemkommunen betale til regionen selvom kommunerne har begrænset indflydelse på borgerens sygdom. Begrundelsen for ordningen udtrykker en tro på virkningen af økonomiske incitamenter som middel til at styrke kommunernes indsats på sundhedsområdet, især den såkaldte patientrettede forebyggelse overfor borgere, som allerede på den ene eller anden måde varigt eller midlertidigt er patienter. Det kan være patienter med kronisk sygdom eller patienter med behov for genoptræning efter at være udskrevet fra hospital (Pedersen K.M., 2007:6) (DSI, 2007:17). I medfinansieringsmodellen er kommunerne eneansvarlige for den borgerrettede forebyggelse, dvs. indsatsen for at undgå at raske borgere bliver syge. Det drejer sig bl.a. om forhold vedrørende livsstil og levekår.

Den kommunale medfinansiering er internationalt set en nyskabelse (Pedersen, K. M., 2007:7), og der findes ikke særligt veludviklede teorier om sammenhæng mellem økonomiske incitamenter, sundhedsfremme og forebyggelse. Der diskuteres, hvilke faktorer, der påvirker de kommunale betalinger, samt kommunernes muligheder for at påvirke udgifterne (DSI, 2007:9). Der findes forenkledte opfattelser af virkningen af økonomiske incitamenter, men ikke nogen veludviklet teori om udformning af komplicerede incitamentsstrukturer (Pedersen, K. M., 2007:7). Begrundelsen for den kommunale medfinansiering findes i forligsteksten (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2004). Forventningen er, at der vil blive bedre sammenhæng mellem sundhedsopgaven og de kommunale opgaver, og at kommunerne tilskyndes til at aflaste sygehusvæsenet til gavn for både patienterne og samfundsøkonomien (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2004). Bag den kommunale medfinansiering er således antagelsen af at både økonomi og sundhedsvæsenet og borgernes oplevelse af sammenhæng vil blive bedre.

Medfinansieringsmodellen betyder at kommuner betaler en takst på 1.976 kr. pr. dag, når en af kommunens borgere er færdigbehandlet og fortsat er på hospitalet. Der er som tidligere nævnt lagt op til at kommunerne fremover skal betale 3.952 kr. de to første dage en patient, der er færdig med sin behandling, er indlagt, og 5.928 kr. de øvrige dage.

Definition af færdigbehandlet

En færdigbehandlet patient er en patient, der efter lægelig vurdering er færdigbehandlet, dvs. behandling er afsluttet, eller indlæggelse er ikke en forudsætning for den videre behandling, og sygehusets administrative opgaver er udført i et sådant omfang, at disse ikke er til hinder for, at kommunen kan hjemtage patienten (Statens Serum Institut. 2013). Behandling omfatter jf. Sundhedslovens § 5 at der er gennemført undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient (Sundhedsloven, 2005).

Der opkræves betaling fra og med dagen efter registrering af færdigbehandling. Hvis kommunen ikke kan hjemtage borgeren, kommunikerer hospitalet med kommunen, inden der sendes en melding om færdigbehandling (Bilag til kommunikationsaftalen, 2016).

Sundhedsvæsenets aktuelle udfordring

Ud over den ovenfor nævnte øgede aktivitet og at stadig flere patienter lever med kronisk sygdom, er et af problemerne for sundhedsvæsenet i dag, er at den nuværende organisering og administration, samt måling og betaling, ikke understøtter det primære formål med sundhedsvæsenet (Porter M.E., Teisberg E.O., 2013). Konkurrence i den offentlige sektor medfører fragmenteret og uhensigtsmæssig adfærd i mellem offentlige organisationer (O'Flynn, 2007:357). Formålet med sundhedsvæsenet er ifølge Porter, ikke at minimere omkostningerne, men at levere værdi til patienterne (Porter M.E., Teisberg E.O., 2007). Værdi til borgerne defineres som en multidimensional konstruktion, udtrykt i fællesskabet og et politisk forhandlet resultat, der er skabt gennem processer der er præget af tillid og fairness (O'Flynn, 2007:358). Et synspunkt der fremgår af økonomiaftalen mellem regeringen og Danske regioner fra 2015 hvor der står, at styring, incitamenter og finansiering skal understøtte kvalitet for patienten (Danske Regioner, 2015). I bestræbelsen på at skabe sammenhængende overgange i sundhedssektoren, hvor borgerne oplever et mindre fragmenteret sundhedsvæsen, er spørgsmålet, hvordan kommunen og borgeren indgår og bidrager til afklaringen af, om patienten er færdigbehandlet, og hvordan værditilvækst skabes for patienten.

I det postmoderne samfund er en af de mest interessante forandringer udviklingen mellem videnskab og samfund. Forskellige teorier har søgt at beskrive, hvordan videnskaben har mistet sin metafortælling og uanfægtelighed og hvordan nye fænomener og opløsningen af distinktioner er en del af den udvikling (Langstrup H, Vikkelsø S., 2014:383). Umiddelbart kan distinktionen færdigbehandlet eller ikke færdigbehandlet synes klar og tydelig, men hvis man ikke blot betragter borgeren eller patienten som passiv modtager af en sundhedssydelse, opdager man, at der er flere elementer, der spiller en rolle i skabelsen af begrebet færdigbehandlet. Afhandlingen belyser hvordan begrebet færdigbehandlet konstrueres i et komplekst forløb, der omfatter patienten, teknologier og praksis i en sammenvævet proces.

Aktør netværksteori (ANT) benyttes til at adressere, hvordan "fabrikationen" af færdigbehandlet sker, hvordan det defineres og hvordan forskellige aktanter assisterer menneskelige aktører i konstruktionen af begrebet. Jeg vil belyse eventuelle konflikter og alliancer mellem aktører/aktanter. Begrebet færdigbehandlet vil i afhandlingen fremstå som en central "aktant", som fremover benævnes færdigbehandlet, uagtet at der er tale om et begreb, som normalt ikke tillægges en så markant og afgørende betydning.

Problemformulering

Begrebet færdigbehandlet har fået en central rolle i afregningssystemet mellem regioner og kommuner, og der er en række teknologier der bidrager til skabelsen/afklaringen af om en patient er færdigbehandlet. Definitionsretten til færdigbehandling er på spil, og med udgangspunkt i en konkret case i Gentofte kommune, undersøges hvordan færdigbehandling skabes, og følgende spørgsmål belyses:

1. Hvordan defineres begrebet færdigbehandlet?
2. Hvordan skabes der værditilsætningen for patienten i overgangen fra sygehuse til en kommunal rehabiliteringsafdeling?
3. Hvilke konfliktpunkter forhandler kommunale sygeplejersker, når der er uenighed om en patient er færdigbehandlet?
4. Hvad er de ledelsesmæssige implikationer, når færdigbehandlet er en forhandlet størrelse og der samtidig skal ske en værditilvækst for patienten?

Afhandlingens opbygning

Kapitel 1 indkredser problemstillingen og baggrunden for valg af emne. Begrebet færdigbehandlet præsenteres og kapitlet afsluttes med problemformuleringen.

Kapitel 2 beskriver den udvalgte teori. Først en generel introduktion til Aktør Netværksteorien. Dernæst beskrives det videnskabsteoretiske udgangspunkt, samt en række centrale begreber. Afsnittet afsluttes med en kort introduktion til det teoretiske afsæt for diskussionen af de ledelsesmæssige implikationer, som analysens resultat giver anledning til.

Kapitel 3 indledes med en præsentation af den videnskabsteoretiske position. Derefter beskrives bevægelsen fra teori til praksis. Casen præsenteres, og den metodisk indfaldsvinkel beskrives og til sidst gennemgås undersøgelsesdesignet.

Kapitel 4 indeholder først en række afgørende begivenheder i konstruktionen af begrebet færdigbehandlet. Afsnittet afsluttes med en delkonklusion. Dernæst følger definitionen af færdigbehandlet og de tre aktørers versioner beskrives, inden afsnittet afsluttes med en delkonklusion. Det næste afsnit handler om skabelsen af færdigbehandlet, aktører og aktanter, deres relationer og styrke i forhold til konstruktionen, samt deres værdi for patienterne. Dernæst beskrives konflikter og alliancer mellem aktørerne inden delkonklusion. Kapitlets sidste afsnit diskuterer de ledelsesmæssige implikationer ved analysens resultater og det afsluttes også med en delkonklusion.

Kapitel 5 indeholder en diskussion af analysens centrale pointer og der gives et bud på de ledelsesmæssige implikationer. Det ledelsesteoretiske udgangspunkt er substantiel ledelse.

Kapitel 6 indeholder afhandlingens samlede konklusion og jeg perspektiver i forhold til mit udviklingsforløb gennem MPG uddannelsen.

Kapitel 2: Teori

I dette afsnit præsenteres ANT, som kobles til begrebet færdigbehandlet. Derefter præsenteres konteksten og det videnskabsteoretiske udgangspunkt og en række centrale begreber beskrives. Analysestrategien præsenteres og afsnittet afsluttes med en kort introduktion til det teoretiske afsæt for diskussionen af de ledelsesmæssige implikationer som analysens resultater giver anledning til.

Aktør- Netværksteorien

Aktør-Netværksteori (ANT) er en antropologisk og sociologisk inspireret tilgang, der har vundet indpas som metode til organisationsanalyse. ANT belyser organisationer som "sociomaterielle arrangementer" dvs. som netværk af mennesker, teknologier, ambitioner og kontroverser, der har en historie og rummer kompromiser mellem forskellige interesserer. Organisationer betragtes som mere end blot sociale systemer. De er sammensatte størrelser, der involverer teknologi, materialer, politik og vidensformer i ofte uforudsigelige kombinationer (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:387).

ANT skifter et erkendelsesteoretisk problem ud med et empirisk socialvidenskabeligt problem. Naturvidenskabens status som uangribelig rationalitet angribes, og der skabes en mulighed for at socialvidenskab kan komme tættere ind på livet af den naturvidenskabelige produktionsproces. En hovedpointe er, at videnskabelige kendsgerninger hverken er givne eller resultater af opdagelser. Kendsgerninger er resultater af forhandlingsprocesser, og disse processer involverer en lang række elementer, herunder forsøgsdyr, materialer, apparater, litteratur og sociale aktører. Bogen "Laboratory Life" af Bruno Latour og Steven Woolgar er inspireret af den amerikanske pragmatisme, henunder hvordan orden skabes ud af uorden gennem lokale forhandlingsprocesser. De lader sig også inspirere af poststrukturalismen, idet de eksempelvis tager udgangspunkt i begrebet inskriptioner.

Færdigbehandlet som styringsteknologi

Som nævnt i kapitel 1 er "færdigbehandlet" et element i en økonomisk afregningsmodel mellem regioner og kommuner, som har konsekvenser for begge parter. Afregningsmodellen er resultatet af forhandlinger i forligsteksten, i forbindelse med vedtagelsen af strukturreformen (Pedersen K. M., 2006:12). Da begrebet sættes i spil på en ny måde, som en styringsteknologi, har jeg valgt at anvende ANT som teoretisk inspirationskilde i belysningen af, hvordan færdigbehandlet konstrueres og forhandles. Færdigbehandlet har ikke en iboende kvalitet, men forhandles og skabes via en række aktanter. Man kunne betragte færdigbehandlet som en dikotomi, færdigbehandlet eller ikke færdigbehandlet, men ved nærmere eftersyn består det af et uafgrænset virvar af elementer og relationer (Jensen T.E., 2003:23).

ANT tilstræber ikke et definitivt begrebsapparat. Latours grundtanke er, at der ikke er brug for teori i gængs forstand, fordi den ofte står i vejen for eller vildleder empiriske analyser (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:387). Filosofen Bruno Latour og ingeniøren Michel Callon, som er fædre til ANT hentede inspiration fra antropologiens udforskning af kulturer og fra semiotikkens studier af tegn og betydningsdannelse (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:385). Færdigbehandlet betragtes i ANT universet som en aktant, der identificeres og opleves forskelligt afhængig af hvilken rolle eller position man har, og det konstrueres via forhandling.

Konteksten

I ANT befinder videnskabelige kendsgerninger sig ikke i et "logisk univers" men altid i en samfundsmæssig kontekst, faglige kontroverser og i nye teknologier. Studier viser, at videnskab, teknologi og samfund er filtret tæt ind i hinanden (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:384). Begrebet færdigbehandlet belyses via empiri fra en kommunal kontekst, og den objektive kendsgerning om, hvornår en patient er færdigbehandlet udfordres og fremkommer i flere versioner. ANT bidrager til at vise at, "færdigbehandlet" har en konfliktfyldt tilblivelseshistorie, som er blevet til i et felt af, faglige, økonomiske og politiske kompromisser.

Videnskabsteoretisk udgangspunkt

Det videnskabsteoretiske udgangspunkt er konstruktivisme, der dækker over en række forskellige perspektiver i samfundsvidenskabene, som alle har det tilfælles, at de bygger på antagelsen om, at vores erkendelse af verden i en eller anden forstand er konstruktioner (Justesen L., Mik-Meyer N., 2010:11). I opgaven er patienten, en gruppe kommunale sygeplejersker og begrebet færdigbehandlet, en del af et netværk, der gensidigt kontinuerligt konstituerer hinanden. "Ethvert element som påvirker omgivelserne, gør andre elementer afhængige af sig og omsætter deres egen vilje til deres eget sprog" (Callon M., Latour B., 1981:286). Aktører og netværk redefinerer således hele tiden hinanden.

Begrebet aktør-netværk er en "minimalistisk ontologi", dvs. det teoretiske udgangspunkt, der rummer så få antagelser, at det primært sigter på at igangsætte en empirisk udforskning af verden (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:387). I opgaven anvendes empirien til at afdække aktører og aktanter der bidrager til konstruktionen af begrebet færdigbehandlet, deres roller, styrke, og værdi. Herefter diskuteres de ledelsesmæssige implikationer af analysens centrale pointer.

Aktør

En human aktør, som anvendes synonymt med en nonhuman aktant, er et element, der medfører en handling. I traditionel sociologi defineres aktører normalt som adskilt individuelle korporative eller kollektive sociale enheder, men i ANT er det mindre vigtigt, om aktører er den ene eller den anden sociale eller teknologiske enhed, hvorimod handlingsaspektet bliver understreget (Jensen T.E., 2003:7).

Færdigbehandlet er en aktant udstyret med en karakter. Pointen i ANT's aktør/aktantbegreb er, at der aldrig er nogen kerne, hvorfra handling strømmer. Effekten opnås ved, at netværket ordnes på en bestemt måde, således at et punkt i netværket kommer til at tale eller virke på vegne af andre (Jensen, T.E., 2003:6). Aktører

og aktanter der bidrager til skabelsen af aktanten færdigbehandlet beskrives i analysen, ligesom deres relation til færdigbehandlet foldes ud.

Netværk

Netværk konstrueres gennem sammenvævningen af mange forskellige humane aktører og nonhumane aktanter. Translationen er den grundlæggende proces, som analysen kredser om. Hvordan lykkes det nogle aktanter at opnå styrke ved at forbinde sig med andre. ANT's analyser følger translationsprocesser og opsporer netværk, og med denne analytiske praksis overskrider ANT konsekvent en række af de dualismer og grænser, som sociologien normalt hæger om (Jensen, 2003:6).

Teksten "Registrering af færdigbehandlede patienter" (Statens Serum Institut, 2013) kan forstås som netværk, der binder mennesker, andre tekster, procedure, institutioner sammen for at opnå et specifikt mål (medfinansiering af sundhedsvæsenet), som kan frembringe incitament til at kommunerne tager deres færdigbehandlede borgere hjem.

Da et ords betydning ikke skyldes referencen til en ekstern realitet fx at en patients behandling er færdig, men derimod skyldes ordets specifikke forskelle til andre aktanter, er det interessant at undersøge hvilken rolle begrebet færdigbehandlet har. Betydningen af ord er dermed summen af dets relationer til andre ord. ANT tager udgangspunkt i dette relationelle, sproglige netværksbegreb, men anvender det på sproglige, såvel som ikke sproglige forhold. Alt er noget i kraft af dets relation til andre aktanter. ANT's påstand er dermed, at intet objekt har en essens, som er givet i kraft af sig selv. Et objekt defineres fuldstændig af dets relationer til andre objekter i netværket (Jensen, 2003:7). Sagt på en anden måde er såkaldte objektive kendsgerninger ved nærmere eftersyn ikke entydige sandheder, men dækker over faglige uenigheder og har en konfliktfyldt tilblivelseshistorie (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:284).

Analysestrategi

I en ANT optik forstås forandringsprocesser som ændringer af sociomaterielle netværk, hvor modstandene fx ikke kan reduceres til "psykologisk modstand mod forandring" og hvor nye elementer ikke er færdigstøbte ting der blot skal "implementeres". Modstand må betragtes som mangeartede anti-programmer. Jo stærkere modstand, jo flere forskellige aktører er involveret. Hvor institutionel teori vil tale om at ideer "spredes" og "homogeniserer" felter, argumenterer Czarniawska & Sevón (1996) (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:397) for at udbredelsen af nye ledelseskoncepter må forstås som oversættelsesprocesser, hvor koncepterne selv forandres undervejs. Et lignende argument findes hos Røvik (2007) (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:397), der analyserer forandring som en todelt proces, hvor ideer først skal løsrives fra deres oprindelige netværk, og dernæst indskrives i og tilpasses de nye organisatoriske netværk.

Begrebet færdigbehandlet er i spil med en ny betydning mellem kommuner og hospitaler -organisationer, der begge har dybe institutionelle rødder. Det er ikke indlysende, hvordan begrebet færdigbehandlet hvilke konsekvenser forskellige ledelsesstrategier har for balancegang mellem enhed og mangfoldighed, stabilitet og konflikt. Mols analyser af arbejdspraksisser, er et eksempel på at organisationer kan analyseres som en flerhed af identiteter og praksisser, og at det kan have problematiske følger for dens samlede funktion, hvis nogen forsøger at privilegere en af disse (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:395). Den empiriske undersøgelse af, hvordan færdigbehandlet konstitueres følger fire grundprincipper (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:387):

- Relationer frem for grundlæggende essens
- Symmetrisk analyse
- Fokus på oversættelsesprocesser
- Rekursivitet

Relationer frem for grundlæggende essens

Latour og Callons analyser viste, at videnskabsfolk ikke "opdager" essentielle sandheder og naturlove. Der er tale om et konstruktionsarbejde, hvor det, der til slut fremstår som et faktum, bliver skåret til gennem serier af manøvrer og forhandlinger mellem en mængde forskellige elementer (forskere, apparatur, artikler, budgetter mm). Alt forsvinder som regel af syne, når arbejdet er fuldført og resultatet fremstår som en pænt afgrænset størrelse, som kan betragtes som en sort box.

Den metodiske udfordring er at modstå forklaringer, der henviser til noget absolut eller essentielt. ANT slår til lyd for en ikke reduktionistisk konstruktivisme, hvor videnskabelige fakta er "fundet på", men at de har en konstruktionshistorie, der kan belyses, og at de kun har status af fakta, så længe de opretholdes af aktørnetværket (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:388). Begrebet færdigbehandlet er således ikke noget i sig selv, men skabes i relation til patienten, behandlingen, definitioner, teknologier m.v.

Når fagdiscipliner fremstår som velafgrænsede domæner, er det, fordi forstyrrende elementer bliver frasorteret. Dette "purifikationsarbejde" (Latour, 1993:11) giver en række specialiseringsfordele, men komplicerer også arbejdet med at forstå den virkelige verdens fænomener, som altid er heterogene, dvs. ikke kan henføres til en enkelt faktor eller lovmæssighed. Centralisering og specialisering af sundhedsvæsenet er et eksempel på dette dilemma og begrebet færdigbehandlet kan tolkes som en hybrid af purifikation og centralisering og specialisering af sundhedsvæsenet.

Symmetrisk analyse

Begrebet symmetri blev introduceret af videnskabssociologerne, for at gøre op med en tendens til at skifte forklaringsmodel alt efter om man skulle forklare succeser eller fiaskoer i videnskaben. Bloor anfører, at man bør undersøge videnskabelige "vildfarelser" og "sandheder" symmetrisk, dvs. på samme måde uden at skele til, hvad deres skæbne ender med at blive. Symmetrien udvides til at gælde endnu en dimension nemlig menneskelig og ikke menneskelig. Ligesom man ikke på forhånd bør vælge forklaringsmodel, bør man heller ikke lægge sig fast på om et fænomen er menneske- eller naturskabt. Der er nemlig en tendens til at fagdiscipliner påvirker valget (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:389). Hvilke aktører eller aktanter der spiller en rolle for begrebet færdigbehandlet bestemmes gennem en åben empirisk analyse.

Med det udvidede symmetriprincip vil ANT udvide mit synsfeltet, i ønsket om at forstå, hvordan færdigbehandlet konstrueres. Frem for at opstille hypoteser om hvad der influerer på hvad, vil jeg forholde mig lærende til begrebet.

'Følg aktørerne' er et af de slogans som Latour og Callon bruger, når de forklarer princippet. En anden af deres pointer er, at hvis vi vil forstå, hvorfor en særlig adfærd eller relationsform har opnået dominans, skal vi ikke kun lede efter sociale forklaringer, men rette opmærksomheden mod alle de fysiske anordninger som muliggør eller nødvendiggør denne adfærd (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:389).

Oversættelsesprocesser

Hvis en aktør er en effekt af, at netværket ordnes på en bestemt måde, hvordan kommer denne ordning omkring færdigbehandlet da i stand? ANT analyserer processer via begrebet translation. Begrebet stammer oprindeligt fra Michel Serres, der definerer translation som en form for mediering, der på samme tid viderebringer og forstyrrer et signal. Translation indebærer at noget flyttes eller erstattes, og dermed skabes et mønster som rummer både orden og uorden. Translation bruges om de processer, hvormed en aktant/færdigbehandlet opnår styrke. ANT's analysestrategi er at følge translationerne: Hvordan lykkes det på et konkret og praktisk niveau, at noget kommer til at tale på vegne af noget andet. Den verden som ANT beskriver er en verden af skrøbelige ordningsforsøg, hvor der foregår en stadig kamp for at indrullere og disciplinere aktanter (Jensen, 2003:9). Hvis færdigbehandlet er en sandhed, anskuer ANT det således som et

resultat af en vellykket mobiliseringsproces (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:390), hvor forhindringer er blevet overvundet, og de nødvendige elementer bragt sammen. Analysen vil stille skarpt på translationen og beskrive aktører, der bidrager i konstruktionen af færdigbehandlet og de forhandlinger det har krævet.

Latour låner begreberne program, antiprogram og translation fra Propps litterære aktantmodel. Et program betegner den ambition eller egenskab som en aktant har, som i starten er skrøbeligt, fordi det står overfor en række antiprogrammer, som f.eks. modstandere med andre interesser eller kvaliteter. Programmet mobiliseres og vinder kraft ved at overvinde tilpas mange anti-programmer gennem forskellige tiltag. Prisen for at overvinde modstand, kan være at der kræves justeringer, der kan medføre at den oprindelige mening ændres i oversættelsen fra et sprog til et andet. Ethvert element i et aktør netværk udgør således en potentielt svigtende partner. Hvor den første udfordring er at mobilisere et aktør netværk, er den næste at holde alle elementerne på plads (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:391). Analysen vil afdække forskellige versioner af definitionen af færdigbehandlet. Prisen for at overvinde modstand er ikke altid tydelig, men kan resultere i utilsigtede effekter. Latour trækker på semiotikken, som er læren om, hvordan tegn skaber betydning. Et semiotiske grundprincip er, at tegn opnår sin betydning i relation til andre tegn (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:391). Oversættelsesbegrebet rummer således en dobbeltbetydning. Ved at oversætte oprindelige ambitioner og vinde alliancepartnere forøges et aktør-netværks handleevne, men samtidig ændrer det også karakter, og åbner for en ny type modstand (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:391). Analysen afdækker aktanter og aktører der bidrager i konstruktionen af færdigbehandlet, og disses værdi for patienterne.

Rekursivitet

Rekursivitet er de processer, hvorigennem en etableret orden gentages og opretholdes. Når ting opnår betydning eller handleevne i kraft af relationer, de indgår i, og når mobiliseringen af aktør-netværk gennem oversættelse altid indebærer utilsigtede effekter og ny modstand, må et hvert fænomen forstås som noget der kræver løbende vedligeholdelse. Ethvert element i et aktør-netværk udgør en potentiel svigtende partner (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:391). Første udfordring er at mobilisere et aktør netværk, og den næste er at holde elementerne i netværket på plads.

Mobiliseringen af færdigbehandlet er sket via politisk forhandling i Strukturreformen, Sundhedsloven, medfinansieringsmodellen og Statens Serums Instituts definition af færdigbehandlet, og en række samarbejdsaftaler og tekniske systemer. Analysen vil, i en konkret og afgrænset case, belyse aktanternes relationer, styrke og balancegang mellem framing og overflow (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:296).

Hybrider mellem aktører og aktanter

Donna Haraways arbejder i sine analyser med begrebet cyborg som er en figur der betegner en magtfuld hybrid mellem mennesker og maskiner, der ikke bare er et resultat af de netværkskonstruktioner, som ANT beskriver, men er en oplevet og politisk identitet. Identiteten kan, ifølge Haraway, bruges aktivt til at ændre de undertrykkende effekter, som det har at tænke i dikotomier. Hun deler således ANT's skepsis overfor på forhånd fastlagte grænsedragninger, men i tillæg hertil har hun sit politiske projekt. Ved at beskrive hybride fænomener og deres situerede eksistens gives der plads for andre former for vidensproduktion, end dem der normalt dominerer og beskrives i ANT analysen (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:293).

Grænseobjekter

Sociolog Susan Leigh fokuserer på, hvordan klassifikationssystemer og standarder spiller en afgørende rolle i både videnskab og i hverdagspraksisser. Som forklaring på hvordan det kan lykkes at få mange forskellige interesser samlet om at dele fx én standard formulerede Star & James Griesemer begrebet Grænseobjekter (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:394). Et grænseobjekt betegner en ting der er robust nok til at bevare sin identitet på tværs af forskellige sammenhænge, men samtidig fleksibel nok til at tilpasse sig forskellige former

for brug, betingelser og behov. Et grænseobjekt betegner den fredelige og fleksible sameksistens mellem forskellige interesser (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:394). Analysen tager fat i begrebet færdigbehandlet's rolle mellem aktørerne. Er der tale om kamp mellem programmer og antiprogrammer, eller er der en sameksistens på trods af forskellige interesser?

Multiplicitet

En anden måde at undersøge bagsiden af tilsyneladende stabiliserede fænomener findes hos Annamarie Mol (Mol, 2002:55), der har en "praxiografisk" tilgang, hvor man studerer hvordan fænomener, som vi normalt forstår som afgrænsede og entydige, i praksis viser sig at være multiple, altså bestå af flere forskellige og måske kun delvist forbundne fænomener fx er sygdommen åreforkalkning "mere end en – men mindre end mange (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:394). Den er et både medicinsk fænomen, et fysiologisk fænomen og et socialt fænomen. Argumentet er, at begrebet "gøres" forskelligt i forskellige praksisser, og således findes i forskellige versioner, der ikke nødvendigvis kan samles til en fælles størrelse, og versionerne har forskellige effekter for de involverede. Hver version rummer en tilhørende ontologi og "ordningsmåde", en tildeling og fraskrivning af ansvar og roller, der kan skabe stor eller lille spænding i forhold til andre versioner. Versionerne er som regel delvist forbundne og det må afdækkes empirisk hvordan (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:395). Analyse viser, at begrebet færdigbehandlet findes i flere versioner med forskellige effekter for de involverede.

Velfærdsstat versus konkurrencestat

I forbindelse med diskussionen af de ledelsesmæssige implikationer tages der udgangspunkt i spændingen mellem velfærdsstaten og konkurrencestaten. Kommunalreformen indebar en omlægning af sundhedsvæsenet. Det betragtes af Kaspersen og Nørgaard som en omlægning fra velfærdsstat til konkurrencestat (Kaspersen, L. B., Nørgaard J., 2015:93). Håndteringen af udfordringerne sker ifølge Kaspersen og Nørgaard ved at øge acceleration af styringsværktøjer. Medfinansieringsmodellen som styringsværktøj kan således anskues som et element i konkurrencestaten. Forfatterne peger på, at styringsfiksering er den mest udbredte ledelsesform. Udviklingen mod en konkurrencestat har resulteret i en ledelses- og samarbejdskrise, der har medført en mindre offentlig sektor, hvor moderniseringsindsatsen er baseret på konkurrencestatens værdier om hurtighed og effektivitet på den ene side, og de professionsuddannedes arbejde der er baseret på velfærdsstatens værdier om tryghed og samarbejde på den anden side (Kaspersen og Nørgaard, 2015:93). Den historiske udvikling medfører, at vi i dag lever i et grundlæggende værdidilemma i den offentlige sektor. Værdikonflikten opstår, fordi ledere og medarbejdere i det offentlige, af strukturelle grunde er værdimæssigt forankret i både velfærdsstatens og konkurrencestatens præmisser, værdier og logikker.

Spændingsfeltet mellem velfærdsstatens og konkurrencestatens præmisser, logikker, værdier og virkemidler skaber et uklart ledelsesrum, som kan skyldes en uklar ansvarsfordeling mellem over- og underordnede i ledelsesstrukturen, en dysfunktionel organisationskultur eller svage samarbejdskompetencer hos ledere og medarbejdere (Kaspersen og Nørgaard, 2015:93). For at imødekomme det uklare ledelsesrum, skal ledere være oprigtigt optaget af den faglighed som kerneforretningen forudsætter. Derudover skal lederen kunne forbinde sig med mennesker på en individuel måde, som giver fællesskabsfølelse og holdånd, og for det tredje skal lederen kunne skabe psykologisk ro og strategisk retning. Denne ledelsesform beskrives af Kaspersen og Nørgaard som substantiel ledelse. Analysens pointer diskuteres i forholdet mellem substantiel ledelse og fire udviklingstræk i bevægelsen fra velfærdsstat til konkurrencestat.

Kapitel 3: Metode

I dette afsnit præsenteres den videnskabsteoretiske position. Derefter beskrives bevægelsen fra teori til praksis, herunder min forforståelse i forbindelse med at studere begrebet færdigbehandlet. Derudover

præsenteres studieobjektet, den metodisk indfaldsvinkel beskrives og til sidst gennemgås mit undersøgelsesdesign.

Videnskabsteoretiske position

Som nævnt i teori afsnittet arbejder jeg ud fra en konstruktivistisk position, hvor man ikke ser videnskabens frembringelser som naturlige konsekvenser af isolerede processer, men som foranlediget af skiftende sociotekniske og politiske forhold (Latour B., 2003:28). Det konstruktivistiske perspektiv bygger på antagelsen om, at vores erkendelse af verdenen i en eller anden forstand er konstruktioner af virkeligheden (Justesen L., Mik-Meyer N., 2010:27). Jeg vil således forsøge at indfange kompleksiteten i forståelser og fortolkninger af begrebet færdigbehandlet.

Der er en øget interesse for konstruktionsprocesserne, fordi skabelsen af forestillinger om hvad noget er, i stigende grad indgår i både offentlig og privat styring på mere strategiske måder (Knudsen M., 2009:10). Der er opmærksomhed på, hvordan dominerende samfundsfortællinger påvirker aktørerne (Justesen L., Mik-Meyer N., 2010:66). Min forventning er, at afhandlingen vil bidrage med ny indsigt og føre til en ny forståelse af begrebet færdigbehandlet.

Min tilgang er abduktiv, da jeg har bevæget mig mellem den deduktive og den induktive tilgang i de forskellige faser af afhandlingen. ANT var afsættet for nedbrydningen af spørgsmålene i interviewguiden (se bilag) og således en deduktiv tilgang. Den induktive tilgang er anvendt i analysen, hvor jeg med udgangspunkt i de enkelte svar, har forsøgt at udlede generelle sammenhænge eller mønstre.

En anden måde at forholde sig til, hvordan mit empiriske studie kan bidrage til teoriudvikling, er at anskue empirisk materiale som et resultat af konstruktioner, som konsekvens af fortolkninger og brug af specifikke vokabularer (Alvesson og Kärreman, 2005:121). På den måde er materialet sammensmeltet med teorien snarere end adskilt, hvor samspillet mellem teori og empiri handler om at se det empiriske materiale som en samtalepartner i en kritisk dialog.

Fra teori til praksis

Konstruktivismen hævder, at fænomener er kontingente, hvilket vil sige, at de er historisk eller socialt betingede (Justesen L., Mik-Meyer N., 2010:28). Analysen vil vise, at færdigbehandlet er betinget af sproget, institutionelle strukturer, og personlige oplevelser. Konstruktivismen interesserer sig desuden for konteksten, dvs. forskningsdesign, interviewguide, spørgeteknik, fysisk lokalitet for hvor interviewet finder sted (Justesen L., Mik-Meyer N., 2010:67). Konstruktivismen ser alt som konstruktioner, det betyder at begrebet færdigbehandlet pr. definition er flertydig og foranderlig. Viden skabes således mellem mennesker og findes ikke i mennesker (Justesen L., Mik-Meyer N., 2010:67).

Refleksivitet fremhæves ofte i konstruktivistisk inspirerede metodediskussion (Gergen M.M., Gergen K. J., 2002:1027). Refleksivitet er beslægtet med gennemsigthedskriteriet, i den forstand at det fordrer at den studerende lægger sin refleksioner åbent frem. Det indebærer, at jeg reflekterer over min egen position og erfaring på området.

Jeg har ca. 30 års erfaring indenfor sundhedsområdet. Et brændende hjerte for syge og svage førte i starten af min sygeplejerskekarriere til tre år i Kenya, hvor jeg byggede og drev en sundhedsklinik i en isoleret bjerglandsby. Efter hjemkomsten og flere stillinger i sundhedsvæsenet fandt jeg ud af, at det var ledelse og udvikling der optager mig. De sidste fem år har jeg desuden haft personlige oplevelser både som pårørende og som patient, i forbindelse med alvorlige og dødelige sygdomme.

Studieobjekt

Casen består af tre kommunale sygeplejersker i en kommunal Pleje og Sundhedsafdeling, og tre patienter der er klassificeret som færdigbehandlet, inden de kom til rehabiliteringscenteret. Sygeplejerskernes opgave er at koordinere overgangen fra hospitalet til rehabiliteringscenteret og de har deres base i en anden lokalitet end rehabiliteringscenteret, og er organisatorisk forankret i en kommunal myndighedsafdeling.

De tre patienter er "indlagt" på et rehabiliteringscenter, der ligger i Gentofte kommune. Rehabiliteringscenteret er en driftsenhed i Pleje og Sundhed, og har bl.a. til opgave at rehabilitere og genoptræne borgere, der dels bor i eget hjem, dels er "indlagt" på et midlertidigt ophold. Der er 83 pladser i dette rehabiliteringscenter, og målgruppen er hovedsagelig ældre borgere. Rehabiliteringen er tværfaglig og der er primært ansat sygeplejersker, terapeuter og læger som samarbejder med kommunens andre sundhedsfaglige medarbejdere som fx hjemmeplejen og visitationen.

Metodisk indfaldsvinkel

For at belyse konstruktionen af færdigbehandlet har jeg valgt data fra:

- Tre semistrukturerede interviews af borgere, der har været indlagt på et hospital, som er klassificeret som færdigbehandlet, men som ikke er så raske, at de kan være i eget hjem. De opholder sig i det kommunale rehabiliteringscenter.
- Et fokusgruppeinterview med tre kommunale sygeplejersker, der er organiseret i en koordinerende funktion.

Jeg har valgt casestudiet, fordi metoden er anvendelig ved afklarende spørgsmål i et prospektivt perspektiv (Yin R.K., 2014:4). Det særlige ved casestudier er, at projektets problemstilling er direkte observerbart for de personer, der er involveret i casen. Metoden er desuden hensigtsmæssig, når man ønsker at afdække sammenhænge ved kompleks intervention (Yin R. K., 2014:8). Begrebet færdigbehandlet har en iboende kompleksitet, og der er flere konkurrerende hensyn afhængig af, hvilken rolle man indtager.

For forskere er casestudiets tætte forbindelse med virkelige situationer og dets detailrigdom vigtig i to henseender. For det første er det vigtigt for udviklingen af et nuanceret syn på virkeligheden, herunder den opfattelse, at menneskelig adfærd ikke kan forstås meningsfuldt alene som udtryk for de regelstyrede handlinger, der findes på de laveste niveauer af læringsprocessen og i megen teori. For det andet er cases vigtige for forskernes egne læringsprocesser i udviklingen af de kompetencer, der kræves af hensyn til god forskning (Flyvbjerg, 2010:467). Jeg har også valgt casestudiet for at få et detaljeret syn på "konstruktionen" af færdigbehandlet, som kan bidrage til læring i min egen ledelsespraksis.

Håndfaste beviser er vanskelige at tilvejebringe i samfundsvidenskaberne på grund af fraværet af „hård“ teori, hvorimod læring bestemt er mulig og som Hans Eysenck (1976), der oprindeligt ikke betragtede casestudiet som andet end en metode til at frembringe anekdoter, har erkendt, at „undertiden er vi ganske enkelt nødt til at holde øjnene åbne og se nærmere på enkelttilfælde, ikke i håbet om at bevise noget, men snarere i håbet om at lære noget“ (Flyvbjerg, 2010:468).

Inden for samfundsvidenskaberne kan det strategiske valg af en case bidrage væsentligt til generaliserbarheden af et casestudie. Man kan ofte generalisere på grundlag af en enkelt case, og casestudiet kan bidrage til den videnskabelige udvikling gennem generalisering som supplement eller alternativ til andre metoder. Formel generalisering er imidlertid overvurderet som kilde til videnskabelig udvikling, mens „eksemplets magt“ er undervurderet (Flyvbjerg, 2010:473). Jeg vil på baggrund af denne argumentation tillade mig at generalisere på baggrund af eksemplets magt.

Udvælgelse af Case

Når formålet er at skaffe mest mulig information om et givent fænomen, er en repræsentativ case eller et tilfældigt udvalg ikke nødvendigvis den mest velegnede strategi. Den typiske eller gennemsnitlige case er som regel ikke den rigeste på information. Atypiske eller ekstreme cases giver ofte mere information, fordi de inddrager flere basale mekanismer i den studerede situation (Flyvbjerg, 2010:473). Caseudvælgelsen var informationsorienteret, med det sigte at maksimere nytteværdien af information fra små stikprøver og en enkeltstående case. Kriteriet for valg af respondenter til de tre semistrukturerede interviews var, at de tre patienter ikke måtte have kognitive funktionstab, har oplevet overgangen fra hospitalet til rehabiliteringscenteret, og at de havde lyst og mulighed for at fortælle om deres oplevelse af at være færdigbehandlet på hospitalet. Forventningen var hermed, at de tre interviews ville bidrage til en dybere forståelse for begrebet færdigbehandlet. Kriteriet for valg af sygeplejersker handler alene om, at de løbende er i dialog med hospitalsafdelingerne om færdigbehandlede patienter.

Konteksten

Nedslagspunktet i opgaven er afgrænset til kommunen, hvor jeg er chef på Sundheds- og Plejeområdet. Fokusinterviewet gennemføres en sen eftermiddag i et mødelokale i afdelingen hvor sygeplejerskerne har kontor. En studentermedhjælper, der står for transskriberingen, deltager også i interviewet og deltager i observationen. De tre patientinterviews gennemføres på Rehabiliteringscenteret Tranehaven over to dage. Også her deltager studentermedhjælperen.

Min rolle er at være moderator og facilitere en diskussion, og jeg er opmærksom på, at jeg kan påvirke respondenterne gennem min rolle, mine handlinger, spørgsmål og udsagn. Forholdet mellem mig og det udforskede er præget af vekselvirkning mellem nærhed og distance. Når man udforsker sin egen organisation bygger man desuden på den insider viden, man allerede har, dvs. ens forforståelse, samtidig med, at man skal balancere to roller, chefen og forskeren (Coghlan D., Brannick T., 2014 :133). Dobbeltrollen giver en unik mulighed for, at forstå og dermed stille uddybende spørgsmål om begrebet og overgangen fra hospitalet til kommunen, men jeg er også opmærksom på at der kan være asymmetri i relationen mellem interviewpersonen og interviewer. Sygeplejerskerne er under fokusgruppeinterviewet meget engageret i temaet, og jeg har indtryk af at de føler sig trygge ved situationen.

Patient interviews

Interview er en måde at generere empiriske data på ved at spørge til respondenternes liv. Interview er således en special form for konversation (Holstein og Gubrium, 2004 s.140-141). Jeg er opmærksom på at et godt interview er dybt og detaljeret (Hermanowicz J.C. 2002:481), og jeg vil under interviewet undersøge, om jeg har forstået svaret i den rigtige kontekst. Hvis ikke, vil jeg uddybe spørgsmålet.

Overgangen fra en hospitalsindlæggelse til en "indlæggelse" i en kommunal midlertidig plads på et rehabiliteringscenter er initieret af, at patienten er færdigbehandlet, og af at patienten ikke kan opholde sig i sit eget hjem. De tre patienter har opholdt sig på rehabiliteringscenteret i flere dage, og oplever alle tre fremgang i genoptræningen. De tre respondenter bor alle alene i deres egen lejlighed, og Ester modtager hjælp til rengøring. De tre patienter er:

- Ole på 78 år, der efter et fald i hjemmet, blev hjulpet på hospitalet af sin søn og fik en hofteoperation
- Ester på 93 år har ligeledes fået opereret lårbenet efter et fald på en trappe
- Mette på 75 år, der efter et fald på gaden har fået et brud på overarmen

Fokusgruppe interview

Fokusgruppemetoden kombinerer muligheden for at interviewe om temaer omkring færdigbehandlet, samtidig med at den giver adgang til at observere sociale interaktioner, der opstår i gruppen. Fokusgruppemetoden deler således nogle kendetegn med det sociale eksperiment, idet forskeren

sammensætter specifikke grupper, og påvirker dem igennem valg af diskussionstemaer (Demant, 2006:132) og metoden placerer sig midt i mellem interview og observation (Justesen L., Mik-Meyer N., 2010:78). Tre sygeplejersker organiseret i et team der koordinerer patienters udskrivelse inviteres til at deltage i fokusinterview om begrebet færdigbehandlet, og hvordan det konstrueres. Alle respondenter er anonymiseret, navnene er opdigtet og de kaldes:

- Anna der har været ansat i flere år
- Bente der er nyansat
- Clara der har været ansat i ½ år

Gruppedynamikken i interviewsituationen betyder, at diskussionen i gruppen, og dermed det empiriske materiale er mere end summen af en række enkeltudsagn (Justesen L., Mik-Meyer N., 2010:81). Et af de særlige træk ved fokusgruppen er, at deltagerne undervejs redegøre for, og måske endda forsvarer deres synspunkter overfor andre deltagere, ligesom de typisk også vil stille spørgsmål til hinanden. På den måde anspores deltagerne til at uddybe antagelser og normer, der i andre sammenhænge vil forblive udtalte. Derudover er der en analytisk pointe i, at observere hvordan enighed etableres, og hvordan uenighed håndteres i gruppen.

Metoden er relevant i de kvalitative analyser, hvor der lægges vægt på relationerne mellem personer, handlinger, udsagn og holdninger (Demant, 2006:132), og anvendes i denne opgave til at afkode forskellen mellem de forståede og de virkelige effekter mellem sygeplejerskernes praksis, og deres refleksion over samme. Pointen ved at anvende fokusgruppeinterview som metode er at erkende den enkelte deltagers udsagn i fokusgruppen, som et produkt af de processer, som foregår i gruppen. Jeg undersøger hvordan færdigbehandlet skabes og forhandles i kraft af de fungerende praksisser, og vil dermed åbne begrebet færdigbehandlet og undersøge hvordan det konstrueres.

Den handlingsorienterede forskning tager udgangspunkt i de handlende aktørers præmisser, problemstillinger og de organisatoriske strukturer, disse er indlejret i. Den handlingsrettede forskning kræver at forskeren har stor indsigt i studiefeltet, dets aktører og de organisatoriske strukturer (Launsø og Rieper, 2000:30). Sygeplejerskerne bidrager til konstruktionen igennem en kommunal position, når de indgår i afklaringen af hvornår en patient er færdigbehandlet. Jeg har valgt at afgrænse undersøgelsen af færdigbehandlet i en kommunal kontekst.

Kvalitetskriterier

I konstruktivistisk inspirerede undersøgelser er det ambitionen at producere viden, der viser den kompleksitet, flertydighed og ustabilitet, som kendetegner den sociale verden. I konstruktivismen antages mennesket at være en social aktør, der til enhver tid vil justere sine handlinger til den nye sociale virkelighed, som en interviewsituation også er. Der fæstnes ikke lid til struktureret interview med svarkategorier udviklet af interviewer, da ambitionen netop er at få indblik i flertydigheden og ustabiliteten som antages at kendetegne et hvilket som helst socialt fænomen.

Kvalitetskriterier er således stærkt kontekstafhængige og defineres lokalt, hver gang de tages i brug (Justesen L., Mik-Meyer N., 2010:50). Hvis undersøgelsen bidrager med relevant og interessant viden i forhold til en defineret målgruppe eller hvis analyserne fremstår som overbevisende og troværdige, har undersøgelsen høj kvalitet. Det er et fokus at give plads til de stemmer, der er undertrykt eller marginaliseret i eksempelvis den officielle organisatoriske diskurs.

Validitet er uomgængelige kvalitetskriterier, men den konstruktivistiske tradition er kritiske overfor disse kriterier og erstatter det fx med relevans eller et kriterium om at undersøgelsen skal lade så mange forskellige stemmer komme til orde som muligt (Justesen L., Mik-Meyer N., 2010:40). For at imødekomme dette

kvalitetskriterium vil undersøgelsesdesignet, interviewguide mv. under hele forløbet blive justeret med henblik på at kunne vise den nødvendige sensitivitet over for den empiriske verden, således at beskrivelserne og analyserne bliver relevante og interessante.

I interviewene er jeg overladt til konfrontationen med mine teoretiske og kreative færdigheder, indlevelsesevne, sensitivitet. Vi mødes med hver vores forforståelse om emnet færdigbehandlet. Gennem samtalen afdækkes sygeplejerskernes og patienternes forståelse af og oplevelser med begrebet, og analysen vil derefter på et refleksivt fortolkningsniveau, inddrage empiri og teori, der går ud over den interviewedes forståelse. Det vil sige, at jeg bidrager med fortolkninger, der går bag om den interviewedes meningshorisont (Launsø og Rieper, 2000:24). Dermed etableres en ny fortolkning som afstedkommer en ny forforståelse.

Undersøgelsesdesign

Interviewet optages på mobiltelefon, transskriberes (se bilag) og suppleres med egne notater for at inkludere pauser og andre interpersonelle udtryk. Interviewene indledes med at sikre respondenternes informeret samtykke, og de informeres om at ingen respondenter nævnes med navne, og at der i opgaven kan være anonymiserede citater.

Kodning

I den konstruktivistiske undersøgelse betones relationerne mellem aktører, og der tages afsæt i beskrivelser af erfaringer, frem for at nå ind til en forståelse af subjektets mening. Fokus er utvetydigt relationerne mellem de handlende aktører. Det betyder, at der fokuseres på praksis og på institutionelle forhold (Justesen L., Mik-Meyer N., 2010:66).

Kodning er betegnelser, "etiketter" for dele af data som tilskriver mening til data, samtidig med at de er en teknik til at analysere data (Gjelstrup G., Thrane S.; 2016). Formålet med kodning er således at holde styr på data, forsimple og systematisere med henblik på at finde mønstre og variationer. For at sikre anvendelsen af al empirien, vil der være datadrevne underkategorier (Schreier, 2014:13). Alle data er kategoriserede i forhold til elementer i ANT.

Kapitel 4: Analyse

Analysen indeholder fire delanalyser med fire delkonklusioner. På baggrund af delanalyserne diskuteres de ledelsesmæssige implikationer i kapitel 5.

Delanalyser 1: Afgørende begivenheder

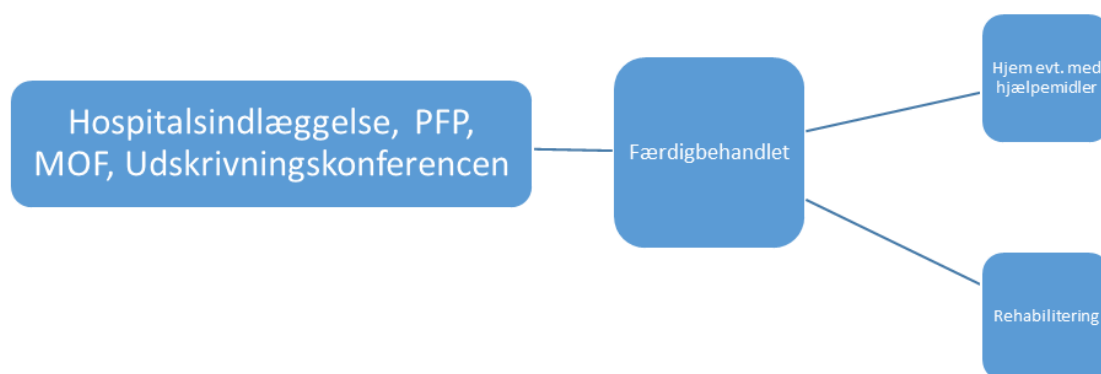
Delanalyse indledes med beskrivelse af afgørende begivenheder i processen på vejen til klassifikationen af, at en patient er færdigbehandlet. De afgørende begivenheder, også kaldet obligatoriske passagepunkter, fra en borger indlægges på et hospital og til han eller hun er færdigbehandlet. Aktanten færdigbehandlet følges i en kommunal kontekst gennem konstruktionsprocessen, og passagepunkterne konstituerer forskellige faser i translationsprocessen (Callon M., 1986:6).

Hospitalsindlæggelsen

At nævne at patienten indlægges kan synes indlysende eller irrelevant, når afhandlingen belyser begrebet færdigbehandlet, og når formålet med en indlæggelse er, at syge patienter bliver behandlet, for derefter at udskrives, når de er færdigbehandlet. Imidlertid kan der være tvivl om, hvorvidt indlæggelse er den rigtige løsning på en borgers sundhedsmæssige problemstilling. Når en borger er på vej til indlæggelse, er første passagepunkt Akutmodtagelsen (AMA), hvor der tages stilling til, om patienten skal indlægges. På AMA møder de kommunale sygeplejersker en del af de borgere som de siden kommer i kontakt med. Anna fortæller "*vi vil prioritere at være på AMA (...) og så kigger vi efter kode 157, der er Gentoft*". I forbindelse

med drøftelsen af indlæggelser spørger jeg, om der er indlæggelser, der kunne have været undgået, hvis vi som kommune havde gjort noget andet. Bente siger *"formentlig ja"*, som straks følges op af Anna der siger *"ja, det vil jeg sige. Med sådan et JA (tegner stort JA på bordet). Men ikke alle fordi der er mange, der ikke kan undgå indlæggelse."* Det er således ifølge de kommunale sygeplejersker ikke givet, at opholdet på AMA medfører en indlæggelse eller om det er den rigtige løsning på en borgers sundhedsproblem. Indlægges patienten er der primært to mulige scenarier, når patienten er klassificeret som færdigbehandlet som vist i figur 1. Patienten tager hjem eller tilbydes et rehabiliteringsophold i kommunen.

Figur 1. Oversigt over obligatoriske passagepunkter



Plejeforløbsplan (PFP) og melding om færdigbehandling (MOF)

Efter behandlingen af en patient, der ikke kan komme hjem efter hospitalsopholdet, sender hospitalet en elektronisk Plejeforløbsplan (PFP) eller en elektronisk Melding Om, at patienten er Færdigbehandlet (MOF) til kommunen. De kommunale sygeplejersker går derefter i dialog med sygeplejersker, læger og fysioterapeuter på afdelingen, hvor borgeren er indlagt. Patientens funktionsniveau skal afklares, og der skal findes et tilbud, der kan imødekomme borgerens behov *"når vi (kommunen) får PFP'en kan vi spørge ind til de ting, der står. På den måde får vi en dialog omkring behandlingen"* siger Clara. Det følges op af Anna, som fortæller, at det er datoen på PFP én der er afgørende for de kommunale sygeplejerskers handling *"PFP, der står jo en dato. Det er egentlig den, som vi reagerer på første dag"*. Opfølgningen sker ved indsamling af viden, dels ved at undersøge hvad hjemmesygeplejerskerne eller hjemmeplejen har skrevet i kommunens elektroniske omsorgssystem (EOJ), dels via en dialog med afdelingen, og sidst men ikke mindst på udskrivningskonferencen.

Udskrivningskonference

En udskrivningskonference er et møde, der initieres af kommunen eller hospitalsafdelingen. Mødet holdes på hospitalsafdelingen, hvor patienten, måske pårørende, en kommunal sygeplejerske, læge og sygeplejerske og evt. fysioterapeut fra hospitalet deltager. Udskrivningskonferencen planlægges, når der er usikkerhed om patientens problemer og om, hvordan de enkelte problemer løses. Usikkerheden kan handle om, at vigtig

information mangler, viden ikke er tilgængelig, eller at der er usikkerhed om fortolkning af, hvad de enkelte problemer betyder for patienten (Koppenjan, 2004:19). Udskrivningskonferencen er et tværfagligt forum, der afdækker problemstillinger, og beskrives af Anna på denne måde *"Vi prøver at brainstorme lidt sammen med patienten i forhold til, hvad der kan være løsningen på problemet"*, og der tages beslutning om, hvorvidt patienten skal til rehabilitering, hjem, til aflastning eller have hjælpemidler. De kommunale sygeplejersker orienterer patienterne om kommunens tilbud og Anna fortæller, at hun:

"oplever at der rigtig mange, synes det er rart med vore udskrivningskonference, også pårørende som bliver helt beroliget, (de siger) nå okay, det er sådan det hænger sammen".

Den kommunale sygeplejerske er mødeleder og samler trådene *"det er os der starter mødet og det er os der slutter mødet"*. Udskrivningskonferencen er således et redskab og en aktant, der anvendes af det sundhedsfaglige personale på hospitalet eller i kommunen. Ingen af de interviewede patienter har deltaget i en udskrivningskonference. Jeg antager, at de tre patienter ikke har kendt til muligheden, eller at der ikke har været behov for at holde en udskrivningskonference.

Hvis konklusionen på en udskrivningskonference er, at behandlingen alligevel ikke er afsluttet, får det betydning for færdigbehandlingstidspunktet. Eksempelvis hvis en patient har så mange smerter, at det ikke er muligt at vurdere hans funktionsniveau. Det beskrives af Bente på følgende måde:

"jamen så kan vi ikke få ham vurderet, og så kan I jo ikke sige at han er færdig (...) Måske har han slet ikke behov for genoptræning, det ved vi jo ikke."

Delkonklusion 1

s Logistikken omkring en patient, der ikke kan komme hjem efter hospitalsbehandling, styres dels af teknologi via elektronisk kommunikation mellem hospitalet og kommunen, dels på baggrund af et udredningsarbejde og relation til patienten og somme tider via en udskrivningskonference. De kommunale sygeplejersker modtager beskederne elektronisk, søger oplysninger i egne systemer, og kører ud på hospitalet for at tale med patienten og med afdelingens personale.

I efteråret 2016 blev der indført en ny kommunikationsaftale, hvilket må antages at styrke relationen mellem hospitalet og kommunen. Udskrivningskonferencen er en aktant, der samler sundhedsfaglige aktører fra kommunen og fra hospitalet, patienten og evt. patientens pårørende, og er stedet hvor beslutninger om det videre forløb bliver truffet. Det er alene sundhedsfaglige aktører, der initierer en udskrivningskonference. Man kunne overveje om relationen mellem aktanten færdigbehandlet og patienten ville blive styrket hvis patienter og pårørende kender til muligheden for at holde en udskrivningskonference. Det kunne måske bidrage til at imødekomme usikkerheden om konstruktionen af færdigbehandlet, som beskrives i de efterfølgende afsnit.

Under interviewet med sygeplejerskerne opstod drøftelsen af, om indlæggelse altid er den rigtige løsning på en patients sundhedsproblem. Sygeplejerskerne gav udtryk for kommunen sommetider kunne have gjort noget andet. Dette andet blev ikke uddybet, hvorfor passagepunktet 'indlæggelsen' og dets relationer til aktører og aktanter ikke blev belyst.

Delanalyse 2: Definition af Færdigbehandlet

I dette afsnit beskrives hvordan begrebet færdigbehandlet defineres af de tre aktører, hospitalet, de kommunale sygeplejersker og af patienterne. Dernæst belyses aktanten færdigbehandlets performativitet, hvorefter afsnittet afsluttes med en delkonklusion.

Sygeplejerskernes version

Anna fortæller med et smil på læben, at færdigbehandlet er, når patienten er *"Tæt på klar til udskrivelse"*. "Tæt på" kan koble sig til den komplicerede kendsgerning at den daglige praksis er et resultat af komplicerede forhandlingsprocesser (Ellegaard Jensen, 2003). Det udtrykker Bente på denne måde:

"når borgeren er medicinsk og kirurgisk færdigbehandlet (...) åbnes en ny dør, hvor man skal tage stilling til, hvad planen fremover skal være".

Borgerens problemstillinger skal først nu analyseres. Samtidig fortæller Bente videre:

"når patienten er meldt færdigbehandlet, er der ideelt set, ikke mere afdelingen kan gøre, så er patienten i venteposition og opgaven er leveret til kommunen. Somme tider er patienten alligevel ikke helt klar, og (...) (så) skal de lige trækkes tilbage".

Anna uddyber og siger *"fx hvis patienten stadig er i IV (intravenøs) behandling"*, eller hvis der er behov for særlige hjælpemidler, hjemmet er uhensigtsmæssigt indrettet, eller hvis de ringer kl. to om eftermiddagen og vil udskrive en patient. Patienten kan være færdigbehandlet ud fra et lægefagligt synspunkt, uden der er taget stilling til borgerens funktionsniveau og om borgeren egentlig kan *"klare sig derhjemme"*.

Patienternes version

Spørger man patienterne er der særligt to elementer, der har betydning for, om man føler sig færdigbehandlet. Det ene er, når den *"tekniske reparationsopgave"* som Ole beskriver, som da den brækkede hofte var boltet sammen, er løst. Det andet element er, når man er klar til at tage hjem til det vante liv i ens eget hjem. Ester, der er 93 år, mener, at man er færdigbehandlet, når både behandlingen og rehabiliteringen er afsluttet. På spørgsmålet om, du følte dig færdigbehandlet, da du forlod hospitalet, var svaret *"jeg er ikke færdigbehandlet, det er jeg langt fra"*. Ester har på interviewdagen, været på Rehabiliteringscenteret i 3 uger og tilføjer *"(for at være) færdigbehandlet, skal man jo helst kunne klare sig selv"*. Hun uddyber det med *"Hvis man kunne gå ned og tage et tog hjem, så var man meget mere end færdigbehandlet"*.

Ole fortæller, at der ikke var nogen, der talte om færdigbehandlet på hospitalet, han mener:

"at man er færdigbehandlet når de siger, nu er det skruet så godt sammen, eller boltet sammen (...) når du kan klare en genoptræning, så er du færdig på hospitalet".

Han mener således at han er behandlet færdig når teknikken er på plads, og tilføjer at det ville have skabt tryghed, hvis han havde fået information om behandlingen, og om hvor meget han måtte belaste benet efter hofteoperationen. Informationen fik han i taxien, da han læste kopien af journalen på vejen til rehabiliteringscenteret. En kopi der er tiltænkt rehabiliteringscenteret. På spørgsmålet om, hvorvidt han følte sig færdigbehandlet, da han forlod hospitalet var svaret *"nej, det gjorde jeg ikke"*. Senere i interviewet siger Ole at han er færdigbehandlet, når han er udskrevet fra rehabiliteringscenteret.

Om færdigbehandlet fortæller Mette, at der ikke var mere hospitalet kunne gøre. Hun siger det på denne måde *"jeg var godt klar over, at de ikke kunne gøre mere, når jeg ikke skulle opereres, så var det bare ud af vagten"*. senere i interviewet siger Mette, at hun ikke følte sig færdigbehandlet:

"nej, det kan du jo ikke (føle), når du ikke er færdigbehandlet. Jeg skulle jo videre i systemet, så nytter (det) ikke noget at ligge og tro at man er færdigbehandlet, for jeg viste jo, at det var møg alvorligt med sådan et brud på sådan en stor knogle".

Mette accepterer således konstruktionen af færdigbehandling med forventningen om, at rehabiliteringscenteret overtager opgaven.

Alle tre patienter kredser om forskellige definitioner af færdigbehandlet. Man er både færdigbehandlet når man er lægefagligt færdigbehandlet, og man er færdigbehandlet når man er klar til at genoptage sit vante liv. Filosofen Annemarie Mol har en måde at undersøge "bagsiden" af et tilsyneladende stabiliseret fænomen. Hun studerer, hvordan fænomener, som vi normalt forstår som afgrænsede og entydige, i praksis viser sig at være multiple. Argumentet er, at begrebet aktivt, "gøres" forskelligt i forskellige praksisser, og således findes i forskellige versioner, der ikke nødvendigvis kan samles til én størrelse. Hver version har forskellige effekter for de involverede (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:395). Det er således ikke ligegyldigt for patienter, de kommunale sygeplejersker og hospitalsafdelingen om færdigbehandlet betyder, at man er teknisk/lægefagligt færdigbehandlet, eller om der er en ledig rehabiliteringsplads, eller om patienten er klar til at genoptage sit vanlige liv. I den ene version har patienten behov for information om, og konsekvenser ved den medicinske/kirurgiske behandling, i den anden version skal der sammen med patienten laves en plan for rehabiliteringen, og i den tredje version skal patienten forberedes til genoptage de vante gøremål, eller hvis det ikke er muligt, at tilrettelægge kompenserende tiltag som fx at etablere hjælp i hjemmet, anskaffe hjælpemidler, skifte eller ombygge boligen.

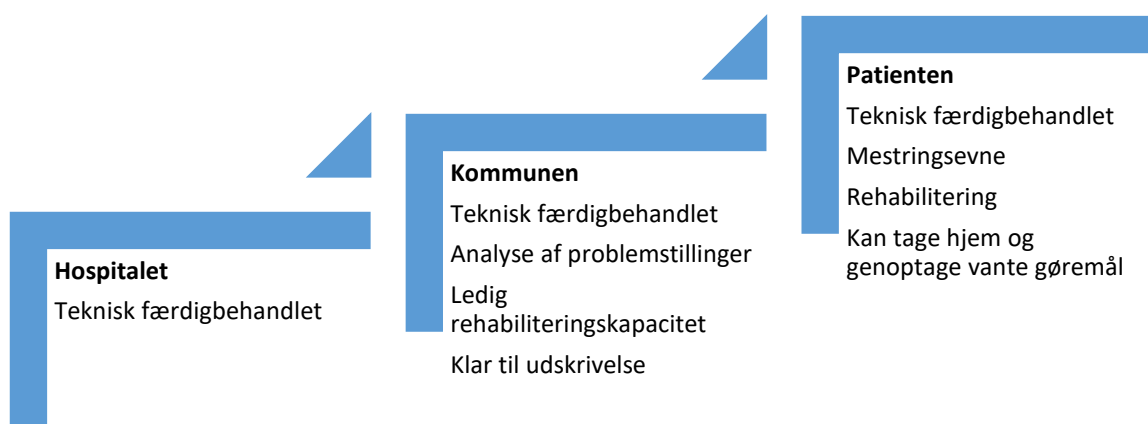
Delkonklusion 2

Hospitalet definerer, ifølge sygeplejerskerne, færdigbehandlet på baggrund af om den medicinske/kirurgiske behandling er færdig, hvilket kan beskrives som teknisk færdigbehandlet. I Kommunen er en patient færdigbehandlet, når patienten er teknisk færdigbehandlet, og patientens problemstillinger analyseret, og der er ledig rehabiliteringskapacitet og at patienten er klar til udskrivelse. Patienternes version er at man er færdigbehandlet, når man er teknisk færdigbehandlet, rehabiliteret, kan mestre sin livssituation, og kan tage hjem og genoptage vante gøremål. Patienterne navigerer mellem flere versioner, som illustreret i figur 2.

Politisk vedtagne love og regler som f.eks. medfinansieringsmodellen, takster for færdigbehandlet, Statens Serum Instituts definition af færdigbehandlet, Sundhedslovens §5 og kommunikationsaftalen med regioner kan betegnes som inskriptioner, der sætter rammerne for, hvornår en patient er færdigbehandlet. På trods af denne rammesætning findes aktanten færdigbehandlet i forskellige versioner, med forskellige elementer afhængig af, om man er hospital, kommune eller patienten. Færdigbehandlet er således en aktant, der hverken kan beskrives i en dikotomi dvs. færdigbehandlet/ikke færdigbehandlet, eller med en entydig betydning. Følger man aktanten færdigbehandlet og den situerede eksistens, skabes der således en hybrid af definitioner.

Forskellige versioner af færdigbehandlet kan have en betydning for diskussionen om, hvorvidt der er mange uhensigtsmæssige genindlæggelser. Det ville være interessant at undersøge, om baggrunden for at patienter genindlægges handler om, at der er flere versioner af færdigbehandlet.

Figur 2. Illustration af elementer der indgår i tre versioner af aktanten færdigbehandlet



Delanalyse 3: Skabelsen af færdigbehandlet

I denne delanalyse beskrives de nonhumane aktanter og de humane aktører, der bidrager til skabelsen af begrebet færdigbehandlet. Pointen i aktør/aktantbegrebet er, at der aldrig er nogen kerne, hvorfra handling strømmer. Aktøreffekten opnås ved at netværket ordnes på en bestemt måde, således at et punkt i netværket kommer til at tale eller virke på vegne af andre (Jensen, 2003). Nedenfor beskrives de aktører/aktanter der tillægges handling.

Formålet med offentlige organisationer at producere værdi for interessenter og for samfundet (More, 2000:190), og "den enkelte borger skal have mere kvalitet for pengene i den offentlige service, navnlig i sundhedsvæsenet..." (Regeringen, 2004). Delkonklusionen indeholder derfor en vurdering af, den enkelte aktant/aktørs værdi i forhold til færdigbehandlet samt en vurdering af deres styrke i forhold til aktanten færdigbehandlet.

Økonomi

Økonomi er en væsentlig aktant for patienter, hospitalet og kommunen. Tid er "varen" der handles med og prisen er 1.976 kr. pr. dag pr. færdigbehandlet patient. Økonomi er dermed en væsentlig spiller, når det skal afklares, om og hvornår patienten er færdigbehandlet.

Både medarbejdere på hospitalet og i kommunen bliver målt på økonomien. Anna siger det på denne måde:

"Vi vil ikke have færdigmeldinger, for det bliver vores chef ikke glad for, og de (hospitalet) har (...) en økonomisk interesse i at færdigmelde og få patienterne ud, og have en seng klar til en anden (...) så derfor vil lægerne også gerne have færdigmeldinger ud".

Målet for de kommunale sygeplejersker er, at begrænse betalingen for færdigbehandlet patienter som Anna siger " (...) der kæmper vi med næb og klør, og kan lave små aftaler i korridorerne og presse lidt (...) vi bliver målt på (antallet af) ventedage".

Patienterne oplever, at økonomien har betydning for den oplevede kvalitet, i betydningen af, at der ikke er penge nok, hvorfor forskellige forhold i sundhedsvæsenet forringes. Ester oplever, at der er stor

opmærksomhed på økonomien, og hun forstår ikke hvordan politikere kan beslutte hvordan sundhedssystemet skal være, og fortæller:

"der var en eller anden der fortalte mig i går, at nu havde man bestemt at folk skulle ud af hospitalerne efter 2½ døgn. Jeg mener det er jo omsonst. Det kan ikke lade sig gøre. Det er økonomien der styrer, og det betyder at der er en masse ting der smuldrer (...) og ting der skal gøres, bliver ikke gjort".

Mette siger det på denne måde:

"Det er pengene der styrer vores system og intet andet, kun penge. Når der var en aftenvagt der var syg, så bryder hele systemet sammen, og så tænker jeg, du godeste bliver det aldrig bedre. Og nej, det gør det ikke (og siger resignerende) nå, men jeg kom levende hertil, og jeg har da overlevet indtil videre".

Aktanten økonomi har ligesom tid, forskelligt indhold og styrke afhængig af om det er i relation til de kommunale sygeplejersker eller patienterne. I relation til de kommunale sygeplejersker er det afregning og medfinansieringen der har styrke dvs. en "bundlinjeverson", hvorimod patienternes version forholder sig til både det konkrete "ting der smuldrer" og til samfundsøkonomien i forhold til sundhedsvæsenet.

Kapacitet

Ledig kapacitet i rehabiliteringscenteret kan have betydning for, hvornår en patient klassificeres som færdigbehandlet. Uenighed om færdigbehandlingstidspunktet kan opstå, hvis kommunen ikke har en plads klar til patienten. Løsningen er at forhandle udskrivningsdatoen, så den passer med den dag, hvor der er en ledig plads, hvilket Anna udtrykker på følgende måde:

"Så derfor bliver vi lidt uenige, og så handler vi i porten og prøver at få dem til at rykke datoen".

Det følges op af Clara, der siger:

"Er der ikke en ledig plads prioriteres de patienter der har størst behov, og så er du nødt til at lave en meget hårdere sortering".

Og Anna supplerer "så er det næstbedste tilbud (...) at borgerne er hjemme med fuld hjemmehjælp".

Tilsvarende kan anskaffelsen af et hjælpemiddel få betydning for, om en patient kan komme hjem. For som Anna siger, skal eventuelle hjælpemidler være klar:

" (...) efter en amputation, så kan du godt være medicinsk klar, men jeg har ikke kunne skaffe alle hjælpemidlerne".

Selv om de kommunale sygeplejersker tager udgangspunkt i kommunens rehabiliteringskapacitet, er der også accept af, at hospitalet kan være presset, for som Clara siger:

"Som alle andre, har de behov for at få nogle ud, fordi de står og bliver presset i den anden ende af nogle der kommer ind".

Hvis en patient ikke kan komme hjem, forhandler kommunen og hospitalet om datoen. Et afgørende element i forhandlingen af færdigbehandlingsdatoen er således kapaciteten, dvs. hvor er det aktuelle pres på kommunens og hospitalets kapacitet.

Tid

Tid er en aktant der har flere ansigter. Dels tid som struktur (længde og sekvens) dels som timing og dels som temposættende (Zerubavel, 1976: 89). Tid som temposættende omtales af både sygeplejerskerne og af patienterne som travlhed, som har betydning for både patienterne, sygeplejersker og for aktanten færdigbehandlet. Tid håndteres som en "vare" der handles med, hvis de kommunale sygeplejersker og hospitalets sygeplejersker er uenige om, hvorvidt en patient er færdigbehandlet. Patienterne synes, at sygeplejerskerne på hospitalet er dygtige og søde, men de har travlt. Ester beskriver det på denne måde:

"Så fra kl. 9 om morgenen, til vi kom afsted henad 3, der sad jeg faktisk på en stol, og det var knap en uge efter at jeg var blevet opereret (i hoften). Det synes jeg var hårdt. Men det er sådan noget der sker, sådan et sted hvor der er travlt. Og det viste sig, at der var kommet mange med brækkede lårbensknogler ind, så de var faktisk overbelagt."

Ole undskylder personalet, fordi de har travlt. Han siger:

"der er mange patienter og der er underbemandet med personale, det er der jo mange steder. Og jeg synes sygeplejerskerne knokler, og derfor er de måske sådan lidt, jeg vil ikke sige kort for hovedet, men sådan lidt afventende i deres begejstring, når de ser sådan en som mig".

Travlhed var også årsagen til at Ole ikke blev opereret samme dag "Der var virkeligt run på, jeg blev udskudt til dagen efter og lå der fuldstændig hjælpeløs". Travlhed mener Ole også var årsagen til, at han ikke fik mulighed for at komme ud af sengen og træne og siger "Det kan egentlig være at vores hospitaler er brugt op, de har det ikke godt". Travlhed var ligeledes årsagen til at Ole ikke kom videre til rehabiliteringscenteret. Han siger:

"så lå jeg der til tirsdagen efter, jeg skulle have været overført mandag, men det blev så tirsdag også pga. travlhed".

Mette beskriver det på denne måde:

"det var måske bare det med følelserne der manglede lidt. Altså man skal jo ikke kramme alle patienterne, men bare en hånd på skulderen (...) det skal nok gå alt sammen, så kører det lidt nemmere (...) en sætning eller to, tager jo ikke en time (...) men det som er galt, er jo, at personalet bliver grebet af stress fordi de ved, hvor meget de skal nå".

Også de kommunale sygeplejersker oplever, at læger og sygeplejersker har travlt. Fx beskriver Anna en patient med meget dårlig vejtrækning, og med mange problemer på denne måde:

"Og så kan man tænke, hold da op, hvis vi ikke var der. De har bare for travlt, de har simpelthen for travlt (...) Så må man gå ind til både lægen og sygeplejersken og sige, prøv at høre det her, det går altså ikke".

Tid som struktur er ligeledes en betydningsfuld aktant, som kan være et potentielt konfliktpunkt mellem hospitalet og kommunen. Kommunen arbejder fra 8.00-16.00. Et hospital "producerer" hele døgnet. Det kan skabe en uenighed om hvorvidt patienten skal udskrives, hvis hospitalet ringer til kommunen kl. 14 "(...) så kan det ikke lade sig gøre vel. Altså, den trækker i (hospitalet) bare tilbage, fordi det bliver bare i morgen." fortæller Anna. Clara supplerer og fortæller om en borger, der har været indlagt i flere måneder, og som har

mange komplekse behov. Hvis hospitalet færdigmelder denne patient kl. fem minutter i fire, kan det ikke blive en god modtagelse.

Tid som timing har betydning for, hvornår de kommunale sygeplejerske første gang møder patienten. Anna har et ønske om, at møde patienterne tidligere i forløbet. Hun siger:

"Vi skal ud på afdelingerne, vi skal ud på AMA, vi skal ud og være der når borgerne bliver indlagt. Vi skal være der ude, hvor det sker, for at etablere et bedre samarbejde, men også med borgeren."

Tid har en stor indflydelse på den kommunale medfinansiering fordi tidspunktet for færdigbehandling er afgørende for kommunens betaling til regionen. Ovenstående analyse viser desuden, at tid anskues i flere dimensioner, dvs. som struktur, temposættende og timing. Tid har således en stor styrke i relation til aktanten færdigbehandlet.

Rehabiliteringscenteret

Det kommunale rehabiliteringscenter er en aktør, som har stor betydning for både hospitalet, de kommunale sygeplejersker og ikke mindst for patienterne. Ole oplevede, at det var den pårørende som fik sat gang i overflytningen hvilket en pårørende til Ole sagde på denne måde *"Du skal på Tranhaven lige så snart du er boltet samme"*. Personalet på rehabiliteringscenteret bakker op og motiverer patienten til at komme tilbage til det liv, der blev levet før indlæggelsen på hospitalet som Ole siger *"Det er ligesom at de engagerer sig i mine fremskridt, det er meget motiverende"*. Efter faldet blev Ole bekymret for fremtiden. Han siger:

"man spekulerer på, hvad søren man skal og hvordan det vil gå fremover, det var først på rehabiliteringscenteret at der blev talt om det (...) hun sagde det skal nok blive godt igen, du har ondt et stykke tid endnu..."

På rehabiliteringscentret får man hjælp til at komme på benene igen. Ole fortsætter:

"De siger, ved du hvad, du skal gøre sådan, så siger jeg, det kan jeg ikke, Prøv igen, siger de. Så må man jo prøve og så bliver man jo rost til sokkeholderne. De er gode til at rose. Jeg kan godt lide at de smiler til patienterne. Sammenlignet med hospitalet er det en guldgrube at komme hertil".

Ole siger også *"Man spekulerer på hvad søren skal man. Hvordan går det fremover."* Det er ikke noget man snakker om på hospitalet. Det gør man til gengæld på rehabiliteringscenteret, og han fortsætter:

"(terapeuten) sagde, det skal nok blive godt igen, du har ondt i et stykke tid endnu, og der har hun ved gud ret i, men jeg har fået det indtryk, at jeg nok kommer til at gå nogenlunde normalt igen, fordi min kondition faktisk er god".

Rehabiliteringscenteret opleves som det eneste alternativ til hospitalet, hvilket Mette udtrykker på følgende måde:

"der er ikke andre steder i Kommunen, så jeg havde ikke noget valg, altså det er et must, sådan er det bare. At være hjemme med en brækket arm var ikke et scenarium (...) jeg var så smertepåvirket".

Ester tog for givet, at hun skulle på Tranehaven, for som hun siger *"Det er vel det man plejer at gøre"*.

Færdigbehandlet har styrke i relationen mellem de kommunale sygeplejersker og rehabiliteringscenteret. Det udtrykker Clara på følgende måde:

"vedkommende er klar, og vi har aftalt at det er den og den dato, så er vores rolle (...) at nørde rundt med Tranehaven".

Rehabiliteringscenteret er en aktant med stor styrke i forhold til aktanten færdigbehandlet, og den tillægges stor værdi for patienterne.

Pårørende og medpatienter

Pårørende er også en vigtig relation til patienterne. Både Ole og Mette tillægger de pårørende, og den viden som de besidder, en særlig værdi i forbindelse med at få adgang til rehabiliteringstilbuddet. Som Ole udtrykker det:

"jeg har en god ven der er pensioneret overlæge. Det var hende der ordnede, at jeg kom til Tranehaven. Hun vidste hvad hun skulle gøre".

Pårørende bidrager til opmuntring, og til at skabe motivation til rehabilitering. Mette fortæller, at datteren holdt en salgstale om, hvor godt det ville være at komme på rehabiliteringscenteret. Familien betyder meget, især hvis der ikke er mange sociale relationer i hverdagen. Som Mette beskriver det *"Der hvor jeg bor er det ikke særligt socialt, nærmest asocialt (...) man kommer ikke hinanden ved"*.

Clara beskriver pårørende som patientens sparringspartner på denne måde:

"Mange af de patienter vi har, er måske meget komplekse og har måske ikke altid mulighed for at redegøre for deres historie, så de (pårørende) er jo rigtig gode talerør i de fleste tilfælde".

Anna supplerer med en beskrivelse af pårørende, der siger lidt for meget fra, måske fordi de har fået nok:

"Vi lytter selvfølgelig til hvad der er problematisk med den pårørende (...) det bliver vi nødt til at tag hånd om, ellers er udskrivelsen ikke realistisk".

Patienter der ligger på samme stue er en aktør som også bidrager til værdiskabelse for de tre respondenter. Ester siger:

"For det første havde jeg et fantastisk menneske, som jeg lå sammen med. Og hun blev udskrevet et par dage senere end hun skulle have været. Det blev så den dag, hvor jeg også blev udskrevet og det passede mig storartet, for det er ikke så sjovt at skifte kontubernal".

Da Ester forlader hospitalet er det *"med umådelig lettelse og bekymring for dem jeg efterlod"*. Ester uddyber bekymringen med *"(...) man har jo en vis ømhed for medmennesket. Det er jo sørme ikke ligegyldigt, hvordan det går"*. Også på Rehabiliteringscenteret bidrager medpatienter til værdiskabelsen, for Ester fortsætter:

"Jeg har været sindssyg heldig to gange at bo sammen med et menneske som jeg havde det virkelig hyggeligt at bo sammen med, og er glad for at have truffet, jamen det har været fantastisk".

Mette fortæller ligeledes om sin medpatient:

"Hun sagde, lad være med at ligge der og tud, det bliver det ikke bedre af (...) hun pustede sådant liv i mig. Det kunne sygeplejersken også have gjort (...) men det er det med tiden, de har ikke tiden til det."

Ole siger i forlængelse af beskrivelsen af hospitalsopholdet at:

"(det) var en smule koldt og den jeg havde bedst kontakt med, var faktisk en der lå ved siden af mig, han var en smadder sød fyr, og vi kunne da more os lidt sammen (...) bare det at man har en kommunikation, det gør noget".

Personlige relationer skaber værdi for patienterne, og pårørende har desuden en styrke i forhold til konstruktionen af færdigbehandlet, og i forhold til hvad der skal ske efter hospitalsopholdet.

Den kommunale sygeplejerske

Når de kommunale sygeplejersker skal fortælle, hvad de laver, svarer Anna muntert med det retoriske spørgsmål *"ja det er sjovt, når man skal sige, hvad det er vi egentlig laver"* og uddyber derefter:

"Det skal give mening for patienten (...) og selvfølgelig skal det også give mening for kommunen, men allermest mening for patienten (...) i virkeligheden ligger der en ret stor tovholderfunktion i at etablere et rigtig godt samarbejde".

Sygeplejerskerne tager ansvaret for borgeren, og for at få de rigtige oplysninger fra alle parter. Som Clara udtrykker det *"På en eller anden måde bliver vi jo borgernes advokat"*. Sygeplejerskerne oplever desuden, at de ejer problemet når patienten er færdigbehandlet og ikke kan komme hjem. Anna fortsætter *"Så er det jo typisk at det bliver Tranehaven, eller det kan blive en aflastning eller et eller andet"*.

Da jeg spørger, om ikke hospitalet også er borgerens advokat, siger Anna med et smil på læben:

"det er de jo, men de skal bare hjælpes (...) altså til at udskrive til hjemmet (...) det er jo et samarbejde, at vi kan finde den bedste løsning, fordi vi kender kommunen, og de kender hospitalet."

Ved udskrivningskonferencen er tovholderrollen særlig tydelig *"Der synes vi, at vi har en vigtig rolle, hvor vi kan fortælle alt hvad vi kan tilbyde, hvad vi kan og hvad mulighederne er"* fortæller Anna.

De kommunale sygeplejersker formidler de kommunale tilbud, så patienterne kan træffe et valg på et oplyst grundlag. Hvis patienten ikke ønsker at tage imod tilbuddet *"giver (vi) dem en nøddine ved at oplyse nogle telefonnumre eller sætter nogle opfølgende hjemmebesøg på"* fortæller Clara.

Hospitalssygeplejersken

De kommunale sygeplejersker opfatter sig ikke som konkurrenter til hospitalssygeplejerskerne. Clara fortæller at:

"de (hospitalssygeplejerskerne) kan føle, at vi går lidt ind på deres territorie (...), men det virker egentlig til, at de er meget positiv indstillet på, at se til os (...) jeg tror også de kan se, at det kan afhjælpe dem (...) og de kan få fat i os (...) de sagde med det samme, vi glæder os, og I skal bare komme, og selvom vi har travlt, er I ikke i vejen".

Selvom om der kan være uenighed om, hvornår en patient er færdigbehandlet, vil hospitalet gerne være i dialog med de kommunens sygeplejersker og Anna supplerer med *"De kan jo ikke noget uden os, og vi er jo heller ikke noget uden dem."*

Patienten

Patienten er den vi skal lytte til, fortæller Clara, hvilket kommer til udtryk på følgende måde *"patienten er den der har det endelige ord, altså ud fra de rammer, som vi så kan tilbyde ud fra"*. Det vil sige, at patienten kan tage imod tilbud, som ligger inden for rammen. Kommunens serviceniveau kan således defineres som en aktør, som de kommunale sygeplejersker taler på vegne af.

Patienten har en lille, næsten ikke eksisterende relation til færdigbehandlet. De tre respondenter havde alle tre brud på enten hoften eller armen. Ingen af dem havde oplevelsen af, at have indflydelse på, hvornår de blev defineret som færdigbehandlet eller, hvornår de skulle udskrives. På spørgsmålet Hvem sagde, at du var færdigbehandlet? svarer Ole *"det var der ikke nogen der sagde"*. Da jeg spørger uddybende, om der skete en afklaring af, om du var færdigbehandlet, var svaret *"nej, det har jeg aldrig hørt om"*. Mette fortæller, at hun havde en forventning om, at det er lægen, der bestemmer, hvornår man er færdighandlet og accepterede, at hun skulle videre til genoptræning, for som hun siger *"Jamen det skal man (udskrives), fordi pladsen er der ikke"*.

Jeg spørger de kommunale sygeplejersker, hvad patientens rolle er, når det skal afklares om patienten er færdigbehandlet. Hertil svarer Clara:

"Patienten er den vi skal lytte til. Patienten er den der har det endelige ord, altså ud fra de rammer, som vi kan tilbyde ud fra". Anna supplerer "patienten skal vælge (...) hvis det er muligt kognitivt, det skal vi lige huske. (man skal) tage nogle valg for sig selv ud fra de tilbud (...) kommunen og sygehuset har".

På spørgsmålet om det er patientens mål eller de kommunale tilbud der er styrende for processen, siger Anna med et smil:

"Hvor er det er frækt spørgsmål, men det er jo lidt det vi har på hylderne, der er styrende og det må man bare erkende (...) og i samspil med hvordan patienten er vurderet oppe på afdelingen".

Samtidig er der en bevidsthed om, at patienten skal inddrages, hvilket Anna udtrykker på følgende måde:

"Vi går mere og mere over til at høre, hvad det er patienten gerne vil (...) vi kan ikke altid indfri det, og vi kan komme ud af nogle tangenter (...) Det kan måske give nogle urealistiske forhåbninger."

Kommunikationen på hospitalet opleves af Ole som træg:

"Der var ikke nogen der sagde noget, det er muligt at de har talt om det (færdigbehandling) internt, men ikke med mig, viljen var ikke stor".

Mette synes, man skal være meget opmærksom på, at tale med patienterne, fordi der er sket noget alvorligt i et menneskes liv. Hun siger:

"tag en god samtale (...) om hvordan den pågældende har det, og hvad skal der ske, hvor bor den pågældende, hvem tager sig af tingene derhjemme. Så ville du kunne sende mennesket

afsted lidt roligere end den uro man har, hvad kommer man til, og hvad sker der (...) det med at sætte sig på sengekanten og snakke, det er jo historie, 10 minutter, hvordan har du det, og fortælle, at vi gør sådan og sådan, og så bliver du genoptrænet og din arm kan blive lige så god som før. De sætninger har man enormt brug for, når man ligger der og stortuder og har ondt (...) Lidt mere omsorg havde måske været lidt dejligt”.

Ester oplevede en nonchalant adfærd over for de ældre, hvilket hun udtrykker på denne måde:

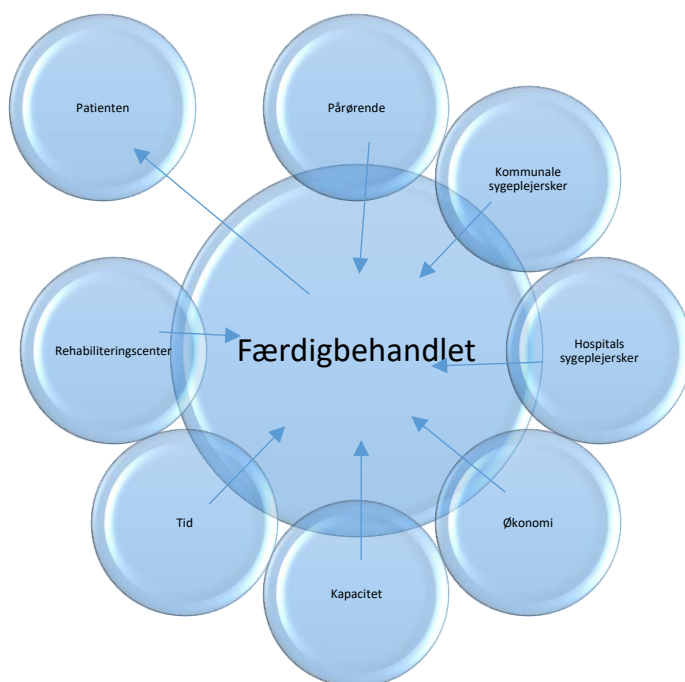
”Der er nogle som med umådelige nonchalance gør ting, som hvis jeg havde været færdiguddannet sygeplejerske i sin tid, aldrig ville have drømt om at gøre overfor en patient”.

De kommunale sygeplejersker tillægger patienterne styrke i relation til færdigbehandlet, når patienten vælger tilbud inden for de muligheder kommunen og regionen tilbyder. Men ingen af patienterne oplever, at de har indflydelse på aktanten færdigbehandlet. De oplevede alle en kommunikation, der ikke imødekom deres behov for information og omsorg. Information der kunne bidrage til at få indflydelse på konstruktionen af færdigbehandlet og omsorg der kunne have støttet patienternes mestringssevne. Mette fortæller:

”jeg har fået et enormt chok, så tro det eller lad være, jeg ville ikke stå ud af sengen den første uge her, altså kroppen var fuldstændig forstenet, og der er jo ikke noget i vejen med mine ben”.

På samme måde er Ole rystet over faldet, men glad for at vennerne, som han går tur med hver dag, ringer og mailer for at opmuntre. Som han siger *”ved du hvad, jeg har en god familie og en masse gode venner og de hjælper altså meget. Jeg er virkelig blevet bakket op.”* Ole fortæller desuden, at stædighed og vilje har betydning for at komme tilbage til livet.

Figur 3. Oversigt over aktanter og aktører der har indflydelse på aktanten færdigbehandlet



En symmetrisk analyse af aktanterne, indikerer at tid og økonomi har en negativ værdi for de tre patienter. Patienternes interesse varetages ved, at der er tilstrækkelig kapacitet både i hospitalet og i det kommunale rehabiliteringscenter. Temposættende tid i form af travlhed har en negativ værdi for patienterne, da det kan betyde at behandling udskydes, og at patienterne oplever manglende omsorg. Forskellige tidsstrukturer kan skabe negativ værdi for patienterne, fordi de ikke kan udskrives, hvis de er færdigbehandlet sidste på dagen. Dilemmaet er, at en slækkelse af den stramme økonomiske styring, kan få negative konsekvenser for både behandlings- og rehabiliteringskapaciteten. Aktanten økonomi har to forskellige betydninger. De kommunale sygeplejersker tillægger aktanten en fast pris per færdigbehandlet, og patienterne beskriver aktanten og dens indflydelse på den brugeroplevede kvalitet i opholdet på hospitalet.

Kommunens tilbud har en stor betydning for de kommunale sygeplejersker, men de tre patienter relaterer sig perifert til kommunen, hvorimod rehabiliteringscenteret, som også er et kommunalt tilbud, har en stor betydning og værdi for patienterne. Relationen til medpatienterne har en stor værdi for patienterne, men de har ingen relation til færdigbehandlingen. Derimod opleves en tæt relation til pårørende, som betydningsfuld for, hvornår patienten klassificeres som færdigbehandlet, og for at få tilbudt en om rehabiliteringsplads.

Figur 4. Aktanternes styrke og værdi kan illustreres på følgende måde

Aktanternes værdi for patienterne		
		Lav
		Høj
Aktanternes styrke/indflydelse på <u>færdigbehandlet</u>	Lav	Patienten Medpatienter
	Høj	Kommunale sygeplejersker Hospitals sygeplejersker Økonomi Kapacitet Pårørende Rehabiliteringscenteret Tid

Delkonklusion 3

Delanalysen viser at styringselementer i form af aktanterne økonomi, tid, kapacitetsstyring rehabiliteringscenteret, deltager i konstruktionsprocessen af færdigbehandlet. Dertil bidrager de humane aktører, kommunale sygeplejersker og hospitalssygeplejersker og pårørende. Hvis der afholdes en udskrivningskonference, er det en aktant som ligeledes bidrager til konstruktionen af færdigbehandlet.

Aktanter der har stor indflydelse på konstruktionen af færdigbehandlet og som har ringe værdi for patienterne er kommunale sygeplejersker, hospitalssygeplejerskerne og økonomi, som skaber alliance i forbindelse med konstruktionen af færdigbehandlet.

Den centrale pointe i denne delanalyse er, at patienterne ikke oplever at have bidraget til konstruktionen af, hvornår de er færdigbehandlet. Ingen af de tre patienter erindrer, at de har været i kontakt med kommunale sygeplejersker. Ester siger det på denne måde *"jeg talte med lægen her, men der var ikke nogen fra kommunen"*. Empirien er baseret på patienter med brækkede hofte og brækket arm, som måske kan kategoriseres som patienter med mindre komplekse problemstillinger, og derfor ikke er i kontakt med de kommunale sygeplejersker, der kommer på hospitalet.

Delanalyse 4: Konflikter og alliancer

Da Færdigbehandlet opnår styrke pga. relationen til en værdi, der gøres op i penge kan der opstå konflikt mellem regionen og kommunen. I dette afsnit beskrives konfliktpunkter, der forhandles af de kommunale sygeplejersker, når der er uenighed om hvorvidt, en patient er færdigbehandlet. Aktanter opnår ligeledes handleevne ved at alliere sig med andre aktanter/aktører (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:387), derfor beskrives hvordan der opstår alliance mellem de kommunale sygeplejersker og sygeplejerskerne på hospitalet. Patienternes konflikter og forhandlinger belyses ligeledes. Afsnittet afsluttes med en delkonklusion.

Er patienten behandlet færdig?

De kommunale sygeplejersker oplever at, de er i et krydspres på grund af accelererede patientforløb. Somme tider er der behov for at stoppe planen, som Bente siger:

"(...) hvor vi må sige hold the horses, vi kan se at det ikke går. Vi bliver nødt til at få sikret hjemmet og gøre det klar til (...) borgeren".

Konflikten handler om hvorvidt patienten er behandlet færdig. De kommunale sygeplejersker stiller spørgsmål til baggrunden for at patienten er blevet meldt færdigbehandlet, og vurderer om det er realistisk at patienten er klar til rehabilitering. Clara beskriver følgende eksempel:

" (...) jeg (har) lige siddet med (...) en herre som er indlagt på Ortopædkirurgisk afdeling (...) og de (...) siger, at han skal udskrives, og familien siger, at det er fuldstændig urealistisk. Han kan ikke komme hjem. Så siger de, (at) han skal til aflastning eller på Tranehaven. Han skal bare ud. Så siger man, hvad er problematikken, har der været en vurdering af ham, hvad siger fysioterapeuterne, (...) de kan slet ikke komme til ham, fordi han har så ondt i den her fod, og vi ved ikke om han har en fraktur. (...) vi kan jo ikke engang få ham vurderet, så kan I jo ikke bare sige, at han er færdig, (...) vi er nødt til at have en vurdering (...) når han er smerte dækket. Så har han måske slet ikke behov for at komme på genoptræning, det ved vi jo ikke (og fortsætter) min rolle er, at gå ind og stille spørgsmålstejn ved deres færdigmelding (...) og den er jo så strandet ved, at de har haft patienten oppe (til drøftelse) og lægen besluttede at tage en ny scanning af den her fod, for at se om det er en fraktur, der kan forklare, hvorfor han har så kraftige smerter".

Hvis der er uenighed om, hvorvidt patienten er færdigbehandlet skabes der somme tider en alliance med de pårørende for at få ændret beslutningen *"og så kan det være at det hele udvikler sig i en helt anden retning"* fortæller Clara.

Uenighed om hvorvidt patienten er behandlet færdig dvs. teknisk færdigbehandlet, når udskrivelsen planlægges, kan således også være et konfliktpunkt der forhandles somme tider i alliance med pårørende.

Mangel på ledige rehabiliteringspladser

Som tidligere nævnt opleves rehabiliteringscenteret som det eneste alternativ til hospitalet. Et konflikt punkt kan derfor opstå, når der ikke er ledige rehabiliteringspladser. Er der ikke en ledig plads kan uenigheden udspringe dels af et økonomisk hensyn, og dels af et hensyn til patienten, der ikke kan komme videre til et rehabiliteringstilbud. Anna beskriver det på denne måde:

"Så kan vi jo være uenige, fordi de færdigmelder en dag, hvor der er zero pladser. Så bliver vi lidt uenige (...) fordi vi ikke vil have færdigmeldinger".

Overholdelse af aftaler

Hvis en hospitalssygeplejerske kontakter en kommunal enhed uden om det koordinerende team, kan der opstå en konflikt, og som Clara siger:

"Hun var sådan lidt (...) og sagde nå, men det skal jeg nok lade være med fremover, jeg troede bare at det var (...) proceduren (og fortsætter) Jeg vil ikke sige at vi bliver uvenner med dem, men vi presser dem for (...) at få dem til at rykke (...) jeg lover dig en plads i morgen, hvis du lader være med at færdigmelde".

Hvis aftaler ikke overholdes kan der opstå konflikt, samtidig er der også en bevidsthed om samarbejdspartnerens vilkår.

Faglige versus økonomiske hensyn

De kommunale sygeplejersker diskuterer om det er økonomiske eller faglige hensyn der betyder mest. Anna mener, at faglige hensyn har størst betydning, men Bente der er nyansat tilføjer:

"Jeg synes I undervurderer jer selv, fordi I medtænker bestemt også det økonomiske. Jeg er godt klar over at det hele tiden er det faglige argument, eller den faglige vurdering, der er grundlaget for beslutningen, men det er simpelthen også meget indirekte økonomi".

Jeg udfordrer den tætte alliance mellem taksten for færdigbehandlede patienter og de kommunale sygeplejersker og spørger:

"Hvis nu der ikke var betaling for færdigbehandlede patienter, hvis det var en samlet kasse der skulle betale for de offentlige sundhedsudgifter, hvordan ville forløbet så være?"

Budskabet fra Anna er "så var patienterne lidt længere indlagt, de var måske virkelig færdig. Og havde måske ikke behov for så mange genindlæggelser" Clara supplerer "jeg tænker at fokus ville ligge lidt mere på patienternes behov og ikke på økonomien". Bente er dog skeptisk og siger:

"Omvendt tror jeg på en eller anden måde, at den økonomiske tænkning, som man generelt er blevet meget bevidst om, har gjort, at man har optimeret arbejdsgangene (...), så jeg tror der er mange sider af det. (...) før var man meget uskarp på et forløb".

Jeg spørger om Bente tror, at det ville blive dyrere for samfundet, hvilket hun synes er en forsimplet måde at sige det på:

"For det er jo godt at have nogle styringsredskaber, og om man så lige har delt økonomien op i primær og sekundær sektor, eller det er en stor kasse, det har jeg simpelthen ikke indsigt nok

i til at vurdere. Men jeg tror bare, at det har været rigtigt godt, at man generelt har fået nogle styringsværktøjer."

Clara fastholder dog, at der *"måske ville være færre genindlæggelser, og (...) at man måske på den måde kunne spare penge"*. Anna afslutter med følgende refleksion, i forbindelse med opstarten af et projekt "Den værdige udskrivelse". Hun siger:

"det kunne være skægt (...), hvis man kunne have målt på før og efter, hvor mange genindlæggelser (der er). Jeg synes vi har MANGE gengangere, altså der kommer tilbage og tilbage, fordi de jo i virkeligheden kommer for hurtigt ud".

Alliancen mellem aktanten økonomi og de kommunale sygeplejersker kan tolkes som en skrøbelig ramme/raming, der skaber en ny aktant i form af genindlæggelser, som tidligere nævnt også kan tolkes som et resultat af forskellige versioner af færdigbehandlet.

En anden alliancepartner kan være hjemmeplejen eller hjemmesygeplejen, for som Anna siger *"Så bruger vi at få støtte af vores egne"*. Kommunen er organiseret i en Bestiller og Udfører Model (BUM) som har formaliseret samarbejdet mellem myndigheds- og leverandørfunktionen. Det beskrives af Anna på denne måde:

"Altså hvordan skulle man kunne connecte (med hjemmesygeplejerskerne), når vi sidder i en myndighedsafdeling. Det er jeg udmærket klar over (...) men alligevel, hold da op hvor kunne det måske connecte os bedre (...) og give os den der fleksibilitet over grænserne (der er behov for)".

Den kommunale organisering af Bestiller og Udfører Modellen kan således tolkes som en barriere for et tættere samarbejde med andre kommunale samarbejdspartnere.

Fælles profession skaber konvergens

På trods af konfliktpunkterne løses koordinationsopgaverne i mindelighed. Det kan forklares ved at fagdiscipliner fremstår som velafgrænsede domæner, hvor forstyrrende elementer er frasortet (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:390). Det kan give en række specialiseringsfordele, men komplicerer også arbejdet med at forstå den virkelige verdens fænomener som altid er heterogene dvs. ikke kan henføres til en enkel faktor eller lovmæssighed (Langstrup, H., Vikkelsø, S, 2014:390). Bente omtaler hospitalet som *"tværfaglige samarbejdspartnere"*, og Clara fortsætter med at fortælle, at hospitalet og kommunen er en del af et spil, men også at de er på bølgelængde og taler samme sprog, det kommer fx til udtryk på denne måde, da Clara siger:

"Både de og os, er enige om, at det er et spil, på en eller anden måde. Det har ikke noget med vores personlige relation at gøre. Nogle gange kæmper vi lidt med de der færdigmeldinger (...) fair skal være fair, og vi tager den, hvis den er på vores boldgade."

Den fælles faglige profession kan således skabe konvergens, og dermed risikere at svække effekten af relationen til patienten. Alliancen med og loyaliteten overfor hospitals sygeplejerskerne udtrykker Anna også på denne måde:

"jeg synes nu også at de (hospitalssygeplejersker) er patienternes advokat, prøv at tænke på hvor mange kommuner de samarbejder med og hvor forskelligt alle kommuner gør det (...) så de har brug for mig til at fortælle om vores serviceniveau og hvad vi har af pladser. De er lige så meget spændt op på et eller anden økonomisk filter".

Alliancen kan tolkes som et fællesskab med sundhedsfaglige aktører. Alliancen ville ifølge de kommunale sygeplejersker nemlig ikke have været det sammen, hvis de ikke havde haft samme profession, for som Anna siger:

" (...) for så har vi ikke det faglige grundlag, for at stå der oppe (...) altså vi har jo den der helhedstænkning. Det er jo meget grundlæggende i sygeplejen. Man kigger med helhedsblik på en patient."

Hvis den kommunale sygeplejerske havde haft en anden profession, vil opgaven ikke blive løst. Som Anna siger:

"Fordi de ikke ville have tillid til, at vi kunne se alle muligheder (...) alle de bolde, vi kan have i luften omkring patienten (...) vi er på bølgelængde med dem. Så vi kan tale et fagligt sprog sammen, og argumentere for hver vores synspunkter".

Effekten af relationen mellem de kommunale sygeplejersker og hospitalssygeplejersker kan tolkes som en fælles faglig magtposition over for patienten. Stabiliteten i alliancen mellem de to parter kan også tolkes som en skrøbelig ramme (framing) hvor der kan ske overflow (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:391). Overflow betyder at oversættelsesprocessen kan skifte retning når fx der opstår fejl i færdigmeldingen. Anna fortæller:

"det er typisk en yngre læge, der har fået at vide, at man skal færdigmelde når de er færdige, og bum så ligger der pludselig en færdigmelding, uden at vi har fået en varsling".

Overflow kan således skabe divergens, især fordi det betyder ekstra arbejde hvis færdigmeldingen skal trækkes tilbage, som Clara siger *"man ved ikke hvordan man gør (...) der bruges sådan noget nusseri på at trække sådan en papirting tilbage"*. Den sygeplejefaglige alliance kan tolkes som en skrøbelig ramme/framing, der minimerer risikoen for økonomisk tovtækkeri. Skrøbeligheden reduceres, når der opstår et erfaringsbaseret samarbejde rundt om systemet, hvor man kender hinanden og har prøvet tingene før, frem for at det alene er systemet der er udgangspunktet i samarbejdet.

Færdigbehandlet har opnået betydning/handleevne/kraft via relationen til værdsættelsen på 1.976 kr. pr. dag. Mobiliseringen af aktør- netværk kan gennem oversættelse indebære utilsigtede effekter og ny modstand. Et hvert fænomen må derfor forstås som noget, der kræver løbende vedligeholdelse for at bestå. Callon beskriver det som en balancegang mellem framing og overflow (Langstrup og Vikkelsø, 2014). Styrken i relationen, mellem de kommunale og regionale sygeplejersker, og styringselementet kan betyde en utilsigtet effekt i relationen til patienten. Mette, der havde brækket armen, ønskede, at der havde været en (sygeplejerske) der havde fortalt, hvad der skulle ske. Hun siger:

"Bare lige at sætte sig 10 minutter, (og spørge) hvordan har du det, og sige vi gør sådan og sådan, og så bliver du genoptrænet, og din arm kan blive lige så god som før. De sætninger har man enorm brug for, når man ligger der og stortuder og har ondt".

På mit spørgsmål om hvorvidt hun oplevede, at der ikke var nogen der lyttede, er svaret *"jamen jeg snakkede ikke så meget, for jeg havde ikke noget at skulle have sagt, for (...) fremtiden (...) lå her (rehabiliteringscenteret) med genoptræning"*.

Det er først, når noget bryder sammen eller holder op med at virke, at det bliver klart fordi tings eksistens bygge på en række præmisser, som ikke længere er til stede (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:392). På baggrund af de empiriske fund, kan man ikke udlede at Sundhedsvæsenet er brudt sammen. Men ovenstående peger på at "sundhedsvæsenets" styrke som væsen, dvs. "højerestående levende organisme"²

² Den danske Ordbog, <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=v%C3%A6sen>

kan være reduceret til et system, styret af principper eller metoder der organiseres og producerer tekniske færdigbehandlinger.

Finansloven i 2015 stiller krav om, at alle kommuner skal formulere en værdighedspolitik for borgere over 65 år. Diskussionen om værdighed, kan tolkes som et konkret initiativ til at bryde en framing og dermed få oversættelsesprocessen til at skifte retning dvs. overflow. For som Anna siger *"Og heldigvis, er det nye at vi også bliver målt på værdigheden, altså i hele forløbet (...) at undgå genindlæggelser (...) det er jo fantastisk."*

Patienternes konflikter og forhandlinger

De kommunale sygeplejersker drøfter om samarbejdet med patienten er ligeværdigt. Anna oplever, at der er patienter, der har urealistiske ønsker til de kommunale tilbud, hvorfor der ikke altid er et ligeværdigt samarbejde. Bente påpeger, at sygeplejerskernes tilstedeværelse på afdelingen har en positiv betydning for ligeværdigheden. Hun siger:

"Det er jo gået fra at sygeplejersken og lægen sidder inde på kontoret og beslutter, hvad der skal ske med patienten, til at de nu står inde ved sengen, og har patienten med, mens de laver beslutningen om hvad der skal ske, og det er jo den bevægelse, vi også er ved at lave. At vi skal være mere derude og med, så er patienten også meget mere inddraget. Hvis vi står sammen med patienten, føler de at der er medinddraget i beslutningen".

Patientens stemme er mindre tydelig i forhandlingen, men formålet er, som Bente siger:

"Jo noget med at få håndteret patienten bedst muligt. Jeg synes faktisk hele tiden at patientens stemme ligger som et underliggende tema. At det er for at varetage patientens (behov) bedst muligt".

Spørgsmålet er hvad der er bedst for den enkelte patient, og som analysen tidligere har vist, er der en variation i sygeplejerskernes synspunkter i forbindelse med håndteringen af dilemmaet mellem de økonomiske og faglige hensyn.

Patienternes forhandlinger lykkes i mindre omfang. Ole ønskede at komme ud og gå efter hofteoperationen. Det kunne han ikke, dels fordi der var meget lidt plads, og dels fordi tidspunktet var forkert. Han fortæller:

"så siger de, det kan du ikke fordi vil skal spise om en time (...) de ville ikke have mig til at rode rundt, og ikke ligge i min seng bagefter, og det kan man måske godt forstå, fordi de har travlt".

Accepten af travlhed blev koblet til andre menneskers behov, for som han siger:

"Jeg har sådan rimelig forståelse for at andre mennesker også skal komme til, men jeg savnede at få lov til at bevæge mig lidt mere (...) så jeg lå faktisk brak i fire dage".

Ole syntes ikke det hjalp at protestere *"altså du kan jo ikke stå og diskutere med nogen, som siger, vi skal også, og så snart de andre bliver (...)".* Konsekvensen blev, at han lå i sengen det meste af opholdet på hospitalet. Ole's viden om risikoen ved ikke at bevæge sig skabte bekymring. Han fik at vide *"jo længere du ligger, jo mere sårbar er du overfor (...), blodpropper og alt hvad der hører til".* Han fik blodfortyndende medicin hvilket han ikke syntes var en god løsning. Han fremførte sit behov for at bevæge sig til sygeplejersken og en læge *"men jeg måtte vente, til jeg kunne blive overført til Tranehaven"* fortæller han. Forhandlingen stoppede, for som Ole siger *"når du har det skidt, så opgiver du lidt, sådan tror jeg at de fleste*

har det". Dette eksempel handler ikke om direkte forhandling af, om Ole er færdigbehandlet, men er et eksempel på en forhandling som har konsekvens for Oles rehabilitering.

Patienternes styrke i konstruktionen af færdigbehandlet, illustreres i figur 4, som viser at relationen mellem de fagprofessionelle og patienterne er begrænset i forhold til, at imødekomme patienternes version af at være færdigbehandlet.

Som nævnt i teoriafsnittet har aktanten færdigbehandlet en egenskab/handling som kan betegnes som et program. Programmet kan være skrøbeligt, fordi det står overfor en række antiprogrammer dvs. modstandere med andre interesser (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:390). De kommunale sygeplejersker kan tolkes som et antiprogram til færdigbehandlet, fordi de har en økonomisk eller kapacitetsmæssig interesse. Færdigbehandlet forhandles ved, at der rejses tvivl om hvorvidt patienten er færdigbehandlet evt. ved at indgå en alliance med pårørende. Det betyder at konstruktionen af færdigbehandlet kan ændres undervejs, ligesom det kan medføre utilsigtet effekt for patienten fx hvis der ikke er ledig kapacitet i rehabiliteringscenteret.

I teoriafsnittet beskrives Griesemers anvendelse af begrebet grænseobjekter som betegnelse for en standard eller teknologi, der er robust nok til at bevare sin identitet på tværs af forskellige sammenhænge, men samtidig fleksibel nok til at tilpasse sig forskellige former for behov. Færdigbehandlet kan således også betegnes som et grænseobjekt (Langstrup, H., Vikkelsø S, 2014:394). Færdigbehandlet som styringsteknologi har en robusthed og accepteres af de kommunale sygeplejersker. Men når der opstår uenighed om hvorvidt en patient er færdigbehandlet forhandles der mellem sygeplejersker og læger på hospitalsafdelingen og de kommunale sygeplejersker, og hvis der holdes en udskrivningskonference, også med patienten og evt. pårørende. I denne position optræder de kommunale sygeplejersker som modstandere/antiprogram med andre interesser. Medfinansieringsaftalen som styringsteknologi er robust i relationen mellem kommunen og hospitalet. I skyggen af denne succesfulde konstruktion står måske de patienter som ikke passer ind i den gængse orden for som Anna siger " (...) patienten (...) har jo den rolle, (...) at tage nogle valg (inden for) de tilbud (...) som kommunen og sygehuset har i samarbejde."

Delkonklusion 4

Formålet med strukturreformen (Regeringen: 2004) er at "den enkelte borger skal have mere kvalitet for pengene i den offentlige service, navnlig i sundhedsvæsenet. Midlet er at styrke det lokale demokrati gennem stærke bæredygtige kommuner". Aktanten færdigbehandlet kan tolkes som en forhandlet størrelse, hvor logistik og kapacitet har en afgørende betydning. Dens handleevne og styrke kan have utilsigtede konsekvenser for ambitionen om at skabe mere kvalitet for pengene i sundhedsvæsenet. Utilsigtede konsekvenser i form af at patienterne ikke føler sig set og hørt, og at demangler omsorg, der kan medvirke til at de kommer tilbage til det liv, de havde før de blev syge.

Ministerens varsel om at prisen for færdigbehandlet hæves, så kommunerne skal betale 100 procent mere de to første dage for en færdigbehandlet patient og 300 procent mere fra dag 3 vil muligvis styrke aktanten færdigbehandlet, men med risiko for utilsigtet effekt for patienterne.

Alliancen mellem aktanten økonomi og hospitalets sygeplejersker kan tolkes som en framing der skaber en ny aktant i form af genindlæggelser. Dvs. patienter kategoriseres som færdigbehandlet for tidligt, så der kan opstå tilbagefald og dermed genindlæggelse. Omfanget af uhensigtsmæssige genindlæggelser kunne antages at falde, hvis patienten fik en tættere alliance med de øvrige aktører, og hvis der er strukturer og processer, der støtter patienternes behov for at være mere end teknisk færdigbehandlet. En alliance der muligvis også kunne bidrage til et mere effektivt sundhedsvæsen med færre uhensigtsmæssige indlæggelser.

Begrundelsen for den kommunale medfinansiering var en forventning om, at der ville blive bedre sammenhæng mellem sundhedsopgaver og de kommunale opgaver, og kommunerne skulle tilskyndes til at aflaste sygehusvæsenet til gavn for både patienterne og samfundsøkonomien (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2004.). I et ANT perspektiv kan det på baggrund af ovenstående analyse konkluderes, at samarbejdet om at udnytte kapaciteten bedst muligt sker på baggrund af forhandlingen om konstruktionen af begrebet færdigbehandlet. Medfinansieringsmodellen som styringsredskab lever på den baggrund op til intentionen om at tilskynde til at aflaste sygehusvæsenet.

Kapitel 5: Diskussion

I dette afsnit diskuteres analysens centrale pointer, og der gives et bud på de ledelsesmæssige implikationer. Det ledelsesteoretiske udgangspunkt er substantiel ledelse i forhold til fire udviklingstræk i bevægelsen fra velfærdsstat til konkurrencestat (Kaspersen L.B., Nørgaard J., 2015:211). De fire udviklingstræk er: den manglende kamp om små og store ideer om Danmarks fremtid, den faldende involveringsgrad, uenighedskulturen og at den direkte magt vokser mens den infrastrukturelle magt falder.

Flere versioner af færdigbehandlet

Færdigbehandlet har en central rolle i afregningen mellem regioner og kommuner, men når begrebet defineres, optræder det i forskellige versioner. En hospitalsversion "teknisk færdigbehandlet", en kommunal sygeplejerskeversion som udover "teknisk færdigbehandlet" indeholder "patientens problemstillinger", "rehabiliteringskapacitet" og at patienten er "udskrivningsklar". Patientversionen indeholder udover "teknisk færdigbehandlet", at man er "rehabiliteret" og klar til "genoptage vante gøremål". Analysen viser desuden at patienterne navigerer mellem de forskellige versioner.

Som nævnt i indledningen peger Ove Kaj Pedersen på, at adgangen til de offentlige kasser er blevet vanskeligere og offentlige organisationer må kæmpe om indflydelse (Pedersen O.K., 2011:251). Analysen viser, at der er konsistens i versionen "teknisk færdigbehandlet", men at patienterne har en version af færdigbehandlet der kobler sig til det liv man havde før man blev syg. Man kan tolke kampen om definitionen af færdigbehandlet som en del af det offentliges kamp om ressourcer.

Som Kaspersen og Nørgaard skriver, findes der ikke længere en række konkurrerende fremadrettede ideer om Danmarks fremtid, og den politiske pluralistiske kraft er reduceret og erstattet af "nødvendighedens politik", og mange politiske løsninger er blevet gjort til teknokratiske løsninger (Kaspersen L. B., Nørgaard J., 2015:212). Ester som har boet i Iran, Syrien og England oplever, at det økonomiske fokus skaber nonchalance i sundhedsvæsenet (side 35). En oplevelse der kan relateres til den politisk-økonomiske elites "ideologiske" tilknytning til konkurrencestaten (Kaspersen L.B., Nørgaard J., 2015:211) og kan tolkes som et udtryk for, at den fælles vision for velfærd er smuldret.

Regionens vision er, "At borgerne er og oplever at være samarbejdspart i eget forløb og medvirker i udviklingen af det sammenhængende sundhedsvæsen" (Region Hovedstaden, 2015). Erving Goffmanns har en forståelsesramme, der beskriver de skjulte transformationer (manipulationer) der er en naturlig del af hverdagslivet (egne noter). Sætter man fokus på relationen mellem sammenhængende patientforløb, og konstruktionen af færdigbehandling, kan man overveje, om patienterne ville opleve sammenhæng, hvis samarbejdet på tværs af de to sektorer var sat i system, på en måde hvor man ikke opdager at tingene sker automatisk, eller backstage som Goffmann siger. Ting der sker automatisk er den tavse kommunikation, der organiserer interaktioner, som tillemper handlinger inden for rammerne, på en måde hvor transformationer er skjulte for patienten (egne noter). Presset på kapaciteten, en incitamentstruktur der er baseret på output mål frem for mål der skaber værdi for den enkelte patient, og uklarhed om, hvad der foregår backstage og frontstage, suppleret med den offentlige diskurs omkring et dysfunktionelt sundhedsvæsen, kan antages af have en negativ indflydelse på patienternes oplevelse af sammenhæng.

Værditilsætning

Udover værdien i at være teknisk færdigbehandlet sker værditilsætningen i rehabiliteringen af patienten, hvor patienterne oplever omsorg i form af tid til genoptræning, kyndig vejledning, opmuntring og der skabes håb for fremtiden. Analysen viser desuden at patienterne oplever at pårørende har stor betydning for muligheden for at komme på et rehabiliteringsophold.

Som tidligere nævnt er formålet med sundhedsvæsenet ifølge Porter, ikke at minimere omkostningerne, men at levere værdi til patienterne (Porter M.E., Teisberg E.O., 2007). Et synspunkt der også fremgår af økonomiaftalen mellem regeringen og Danske regioner fra 2015, hvor der står at styring, incitamenter og finansiering skal understøtte kvalitet for patienten (Danske Regioner, 2015). I bestræbelsen på, at skabe kvalitet for patienterne, må man overveje, hvordan de får mere indflydelse på de processer, der har betydning for det gode liv.

En af vejene til mere indflydelse er at styrke relationen til de aktanter og aktører, der har indflydelse på konstruktionen af færdigbehandlet. Relationen til PFP'en og MOF'en kunne styrkes, hvis patienten kunne følge med i korrespondancen mellem kommunen og hospitalet der handler om at klassificere patienten som færdigbehandlet. En anden relation der kan styrkes er relationen mellem patienten og kommunen, så patienten ved, hvor han eller hun skal finde oplysninger om kommunens sundhedstilbud. Derudover kan relationen mellem kommunen og borgere der har mange komplekse sundhedsproblemstillinger styrkes ved, allerede på hospitalet, sammen med patienten, at påbegynde den kommunale rehabilitering. Dvs. afklare roller, sætte mål og planlægge de aktiviteter der skal til, for at patienten kommer tilbage til sit vante liv.

Pårørende spiller en væsentlig rolle for patienterne, og hos to af respondenterne er der en opfattelse af, at den pårørende er årsagen til at de får en rehabiliteringsplads. Det kan diskuteres om det er de pårørende der er årsagen til pladsen, eller om patienten ville have fået rehabiliteringspladsen, hvis de ikke havde haft en pårørende. Hvis pårørende har så stor indflydelse, som resultatet af analysen viser, må man antage at patienter, der ikke har en pårørende, er ringere stillede i forhold til at få adgang til et sundhedstilbud. En anden årsag til patienternes opfattelse af, at de pårørende har stor indflydelse, kan være, at de ikke har indsigt i, hvordan kapaciteten styres og koordineres på tværs af hospitalet og kommunen.

I følgen Kaspersen og Nørgaard kalder teknokratiske løsninger på en ledelse der fokuserer på lighed, fordi vi er ligeværdige som mennesker, men forskellige i forhold til kompetencer og roller (Kaspersen L.B., Nørgaard J., 2015:213). Denne fortolkning af lighed kalder på ledelse, der bidrager til at den enkelte patient betragtes som et menneske med forskellige kompetencer til at navigere i sundhedsvæsenet, og med forskellige færdigheder til at spille en rolle, der bidrager til at blive mere end teknisk færdigbehandlet. Den ledelsesmæssige opgave er at skabe symmetri og tillid i relationen til patienterne. Dertil er der behov for at sikre, at ydelserne i de kommunale og regionale sundhedsvæsen er de rigtige og tilstrækkelige.

Figur 2. viser, at aktanterne kapacitet, pårørende, rehabiliteringscenteret og tid skaber værdi for patienterne samtidig med at de har indflydelse på konstruktionen af færdigbehandlet. Skal værdien øges, er der ifølge Kaspersen og Nørgaard behov for at koble en realistisk strategiforståelse med den substantielle ledelsesform. I den realistiske strategiforståelse skabes der et handlerum for medarbejdere og ledere, som skaber rammerne for at frigøre den energi og kompetence, som trivsel og effektivitet er forbundet med (Kaspersen L.B., Nørgaard J., 2015). Ledelsesopgaven er sammen med medarbejderne at få et fælles billede af udfordringerne vedrørende kapacitetsudnyttelsen og i forhold til om indholdet i kommunes tilbud er i overensstemmelse med borgernes behov. Ledelsesopgaven er derefter at drive processer, der bidrager til værdiskabelse for patienterne. Det vil sige at prioritere arbejdet med kapacitetsplanlægning, prognostisering og styring samtidig med at rehabiliteringskompetencerne øges. Da en del af hospitalernes produktion er planlagte aktiviteter, bør kapacitetsplanlægningen ske i et samarbejde mellem kommuner og regionen.

Samarbejdet med pårørende bør udvikles på borgernes og de pårørendes præmisser, så det understøtter det gode liv og ikke alene som aflastning for et højproduktivt sundhedssystem. I den forbindelse bør man overveje, hvorvidt BUM modellen er den rette styringsmodel i et kommunalt sundhedsvæsen. Det frie leverandørvalg har måske mindre betydning for "det gode liv" i forhold til at de rette rehabiliterende ydelser leveres med de rette kompetence.

Det kommunale rehabiliteringscenter er et centralt omdrejningspunkt for de patienter, der ikke kan være hjemme efter en hospitalsindlæggelse. Rehabiliteringsforløb bør tilrettelægges i et tæt samarbejde med patienter og deres pårørende. Det bør desuden overvejes, om der kan skabes mere fleksibilitet i timing og tidsstrukturer i relationen mellem kommunen og hospitalet, så det også er muligt at flytte fra en hospitalsseng til en kommunal seng efter kl. 14.00.

Konstruktionen af færdigbehandlet

Analysen afdækker en række aktanter og aktører, der bidrager til konstruktionen af færdigbehandlet, og jeg kommer frem til at aktanterne har varierende styrke i forhold til konstruktionen af færdigbehandlet og varierende værdi for patienterne. Det kan synes overraskende, at patientens styrke/indflydelse på konstruktionen af færdigbehandlet er så lille, men inddrager jeg egne erfaringer med sundhedsvæsenet, genkender jeg følelsen af at være katebold mellem systemer.

Staten anvender ifølge Kaspersen og Nørgaard mere direkte magt end tidligere og den infrastrukturelle magt trænger i baggrunden. Tidligere var der fokus på at involvere befolkningen ud over i de repræsentative forsamlinger. I dag er der en faldende involveringsgrad i forhold til udformningen af statens strategier i kampen om Danmarks placering i den globaliserede verden (Kaspersen L. B., Nørgaard J. 2015:213). Det økonomiske pres og ny teknologi kalder på nye løsninger for at inddrage borgerne. En måde at øge involveringsgraden er, at invitere borgere og brugere ind i det politiske maskinrum, når der skal sættes retning og mål for fremtidens sundhedsvæsen. En metode der arbejdes med i Gentofte Kommune, hvor der netop er nedsat midlertidigt politisk udvalg, et såkaldt § 17 stk. 4 udvalg, der skal udarbejde en vision for kommunens rolle i den "Borgerrettede behandling".

Borgernes rolle i konstruktionen af færdigbehandlet bør ligeledes defineres. Forsimplet kan man sige, at der tidligere var fokus på at patienten blev repareret og kompenseret for deres funktionstab. I dag skal borgerne genvinde deres funktionsevne via rehabilitering, og er man erhvervsaktiv er der ret præcise krav til, hvordan man vender tilbage til arbejdsmarkedet. Skal rehabiliteringen lykkes i det indsnævrede magtrum (Kaspersen L.B., Nørgaard J, 2015:214) er det en ledelsesmæssig opgave at implementere rehabiliteringsparadigmet, så patienter oplever at have indflydelse på de mål og processer der igangsættes, for at få dem tilbage til hverdagen, eller til at leve med et handicap med kompenserende ydelser fx et hjælpemiddel eller en ændring af boligen.

Konflikter og alliancer

Analysen afdækker dels en række konfliktpunkter der forhandles mellem de kommunale sygeplejersker og hospitalet, dels at der skabes alliancer mellem de kommunale og hospitalets sygeplejersker. Konflikten mellem de kommunale sygeplejersker og hospitalets sygeplejersker opstår, når der er uenighed om, hvorvidt patienten er færdigbehandlet, hvis der mangler rehabiliteringspladser og hvis aftaler ikke overholdes. Konflikterne håndteres via forhandling, hvor der er respekt for parternes vilkår. En proces som tolkes som en faglig alliance mellem parterne.

Medfinansieringsmodellen kan betragtes som en ny strategi i komplekse situationer. I den situation er det ifølge Kaspersen og Nørgaard afgørende, at uenighed dyrkes, så nye erkendelser og sandheder kommer ud af dialogen. Uenighedskulturen der har været et kendetegn for Danmarks udvikling er erstattet af økonomisk

rationelle argumenter der har indsnævret udviklingsrummet for effektive strategier (Kaspersen L. B., Nørgaard J., 2015:213). Analysen peger på, at relationen og forhandlingen mellem de fagprofessionelle fungerer. Derimod har patienterne lav indflydelse på konstruktionen af om de er færdigbehandlet. Patienterne oplevede kommunikation, der ikke imødekom deres behov for information og omsorg. Tempo og kompleksiteten i udviklingen af sundhedsvæsenet er så højt, at der er behov for at gentænke, hvordan borgerne bliver kompetente brugere af både sundhedssystemet og dets væsen, så system og omsorg ikke bliver hinanden modsætninger.

Kapitel 6: konklusion og perspektivering

Problemformuleringens spørgsmål er besvaret i de 4 delkonklusioner. I den afsluttende konklusion vender jeg tilbage til afhandlingens indledende spørgsmål, og forholder mig til antagelserne om, at den kommunale medfinansiering vil forbedre økonomien og borgerens oplevelse af sammenhæng i sundhedsvæsenet. I perspektiveringen vil jeg redegøre for, hvordan MPG uddannelsen har bidraget til mit lederskab, og hvordan afhandling vil få betydning for mit fremtidige ledelsesarbejde.

Tilblivelsen af færdigbehandlet

Som beskrevet i indledningen er medfinansieringsmodellen blevet skabt af politiske kompromisser. Ved at anvende ANT i min analyse, har jeg fået indsigt i at "færdigbehandlet" har en konfliktfyldt tilblivelseshistorie, som skabes i et komplekst forløb, der omfatter mennesker, teknologier og praksis i en sammenvævet proces i et felt faglige alliancer og med en række kompromisser. Min forventning om at afhandlingen ville bidrage med ny indsigt, og føre til en ny forståelse af begrebet færdigbehandlet er således indfriet.

Udgangspunktet for afhandlingen er en kommunal praksis, hvor jeg belyser translationsprocessen i forbindelse med konstruktionen af færdigbehandlet. Derudover beskrives, hvordan netværket omkring de kommunale sygeplejersker ordnes på en bestemt måde, og hvordan færdigbehandlet relaterer til aktanter, der har stor betydning i netværket.

Forbedret økonomi

Neoliberalismen er den dominerende form for økonomisk tænkning, hvilket ifølge Ove Kaj Pedersen, som nævnt i indledningen, har medført at velfærdsstatens efterspørgselsorienterede politik er ændret til konkurrencestatens udbudsorienterede politik. Udbud og efterspørgsel af ledig kapacitet, og kapacitetsstyring viser sig også at være et omdrejningspunkt i samarbejdet mellem de kommunale sygeplejersker og hospitalet. Medfinansieringsmodellen kan betragtes som styringsfikseret, men analysen viser samtidig, at de kommunale sygeplejersker indgår i samarbejdet med hospitalet på en pragmatisk måde, der handler om at finde gode løsninger, for den enkelte patient. Det vil sige, at de forsøger at balancere hensynet til patienten og hensynet til kapacitet og kommunens økonomi. Denne balancering og fleksibilitet kan tolkes som mindre insisterende ledelse og dermed mindre styringsfikseret og mere substantiel.

Den kommunale medfinansiering har medført, at sundhedsfaglige medarbejdere er en del af fastsættelsen af prisen, i forbindelse med det økonomiske mellemværende mellem sygehuse og kommunerne, idet de indgår i forhandlinger om, hvornår en patient er færdigbehandlet. Inden jeg gik i gang med opgaven, var jeg skeptisk overfor kommunens nye rolle som forhandler, men på baggrund af ovenstående analyse vil jeg konkludere, at forhandlingen af færdigbehandlet bidrager til, at der blandt de sundhedsfaglige medarbejdere er fokus på kapacitetsudnyttelsen.

Jeg havde samtidig en forventning om, at den høje pris for færdigbehandlet ville være en barriere i samarbejdet mellem de kommunale og hospitalets sygeplejersker. Imidlertid viser analysen, at den faglige alliance skaber en fleksibilitet, der får daglige logistiske kabaler til at gå op. Såfremt det er de rette patienter der indlægges og benytter sundhedsvæsenets kapacitet, må de sundhedsfaglige medarbejders fokus på

udnyttelsen af kapaciteten på tværs af sektorerne bidrage til, at formålet i medfinansieringsaftalen, der handler om at sundhedsvæsenets økonomi vil blive bedre, er imødekommet.

Borgerens oplevelse af sammenhæng

Som nævnt i indledningen mener Porter, at formålet med sundhedsvæsenet ikke er at minimere omkostningerne, men at levere værdi til patienterne. Porter definerer værdi til borgerne som en multidimensional konstruktion, udtrykt i fællesskabet og et politisk forhandlet resultat, der er skabt gennem processer der er præget af tillid og fairness.

Ifølge Kaspersen og Nørgaard er der opstået en værdikonflikt, fordi ledere og medarbejdere i det offentlige af strukturelle grunde er værdimæssigt forankret i både velfærdsstatens og konkurrencestatens præmisser, værdier og logikker. Den tidligere Sundheds- og ældreministers annoncering af, at hun vil skrue op for taksterne for færdigbehandlet patienter er i tråd med konkurrencestatens præmisser og ikke umiddelbart præget af tillid og fairness.

De kommunale sygeplejersker har også taget konkurrencestatens værdier og logikker til sig, idet de har fokus på kommunens økonomi og bidrager til at udnytte kapaciteten bedst muligt. Denne styringsfiksering kan have bidraget til skabelsen af en hybrid af definitionen færdigbehandlet.

I bestræbelsen på at skabe sammenhængende overgange i sundhedssektoren, hvor borgerne oplever et mindre fragmenteret sundhedsvæsen, vil der være behov for en ny fælles fortolkning af velfærdsstaten, og af hvilken rolle det offentlige skal spille i det enkelte menneskes liv. I dag er der en tendens til at eksisterende strukturer og institutioner reproduceres. Et eksempel er opbygningen af "akut" kapacitet i kommunerne. Jeg mener ikke, at det vil imødekomme borgerens behov for at opleve sammenhæng i sundhedsvæsenet at opbygge kommunal akutkapacitet. Der er tværtimod risiko for, at der skabes nye snitflader, og der kan opstå tvivl om, hvornår en patient tilbydes et akut ophold i en kommune og et akut ophold på et hospital. På baggrund af nyfortolkningen af sundhedsvæsenets rolle, er der behov for at kommuner og regioner i fællesskab definerer bindende mål for det sammenhængende sundhedsvæsen, og derefter prioriterer i forhold til at opnå målene.

Begrundelsen for den kommunale medfinansiering findes i forligsteksten (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2004). Forventningen var, at der ville blive bedre sammenhæng mellem sundhedsopgaven og de kommunale opgaver og kommunerne skulle tilskyndes til at aflaste sygehusvæsenet til gavn for både patienterne og samfundsøkonomien. Ud fra et "ontologisk politisk" perspektiv støtter forligsteksten op om versionen, hvor sygehuset skaber den tekniske færdigbehandling og kommunens overtagelse af rehabiliteringsopgaven. Derimod må man på baggrund af analysen stille spørgsmål ved, om medfinansieringsmodellen bidrager til værditilsætning i patientens version af at være færdigbehandlet.

Skal der skabes et sammenhængende sundhedsvæsen, er der behov for at kigge på både begrebet 'sundhed' og på 'væsen'. Hvornår er man sund, hvad er det enkelte individs ansvar og hvor er det fællesskabets ansvar. Hvis sundhedsvæsenet skal være mere end et system, er der således behov for en dialog og afklaring af, hvordan patienter og systemet får en tættere relation på det enkelte menneskes præmisser, så 'væsenet' kan genopstå.

Perspektivering

Afslutningsvis reflekterer jeg over min relation til CBS på MPG studiet gennem 6 år, og giver et bud på mit fremtidige lederskab.

Da jeg startede på MPG studiet, var jeg ansat som chef i Københavns Kommune. Efter 9 år og to kontraktperioder forlod jeg stillingen, da min kontrakt sluttede i 2012. Jeg havde netop bygget sundhedshuset i Vanløse, og nået mine mål. Min intention var, efter mange års ledelse i et new public management paradigme, at genfinde de grundlæggende værdier, der har drevet mig igennem et arbejdsliv, der startede i Afrika i 80'erne, hvor jeg byggede en sundhedsklinik og behandlede syge mennesker. I de efterfølgende stillinger, dels som konsulent i KL, dels siden august 2015 som chef i Gentofte kommune har jeg koblet min ledelsespraksis til MPG forløbet, og arbejdet på at udvikle min ledelsespraksis ved at koble teori og praksis og på den måde arbejde med de værdier, der har betydning for mig.

I de seks år jeg har haft min gang på CBS, har jeg ikke alene lært meget om ledelse som fag, jeg har også haft mit eget lederskab til revision. En revision som sammen med sygdom og tab har skabt et nyt fokus, hvor jeg er optaget af, hvordan den offentlige sektor kan fastholde velfærdsstatens værdier i et offentligt system, der bygger på konkurrencestatens præmisser. I perioden 2012 – 2015, deltog jeg som chefkonsulent i KL i et væksthusprojekt "*ledelse over grænser*" som pegede på, at det afgørende for et vellykket samspil på tværs af sektorer, var at ledere begge steder formår at føre de politiske visioner om et mere sammenhængende sundhedsvæsen ud i livet (Væksthus for ledelse, 2014). Et af de centrale pointer var, at ledelse over grænser lykkes, når der er en tydelig fælles mening i de tre perspektiver; Økonomisk, sundhedsfagligt og borgerens/patientens. Men vejen er belagt med mange forhindringer som komplekse samarbejdsrelationer, modstridende mål og interesser, skæve økonomiske incitament, kulturforskelle og fagkonflikter og strukturelle barrierer (Væksthus for ledelse, 2014). Denne afhandling har givet mig mulighed for at undersøge et lille fragment af et system, nemlig konstruktionen og definitionen af færdigbehandlet.

Hvad har jeg lært?

Jeg har valgt casestudiet for at få et detaljeret syn på "konstruktionen" af færdigbehandlet, som kunne bidrage til læring i min egen ledelsespraksis. Arbejdet med afhandlingen har givet mig indsigt i konstruktionen af færdigbehandlet. Udover at dele denne indsigt med andre der interesserer sig for området, vil jeg overveje, hvordan målsætningen for indsatsen af de koordinerende indsats skal være, hvis målepunkterne ikke skal være begrænsende i forhold til at inkorporere uventede situationer. Der skal skabes større fokus på at inddrage patienterne i formuleringen af patientens egne mål, og i at finde de rigtige løsninger. Balancen mellem friheden og pligten til at eksekvere er afgørende for, at organisationen kommer i mål, men friheden skal være knyttet til en særlig loyalitetsform, som kun kan opnås hvis vigtige beslutninger træffes på et fagligt grundlag og med inddragelse af patienterne.

Jeg vil derudover fortsat arbejde for at udvikle samarbejdet både med kommunens øvrige sundhedsfaglige medarbejdere, og på tværs af organisatoriske enheder for i fællesskab at udvikle fælles målepunkter. Målepunkter der ikke kun afspejler ønsket om lave omkostninger til medfinansiering, men også målepunkter der afspejler borgerens forløb tilbage til det liv, de havde før, eller til et liv med kompenserende tilbud.

En sidste opgave som i den næste årstid har særlig opmærksomhed i mit lederskab er, at bidrage til udviklingen af en vision for Gentofte kommunes rolle i den "borgerrettede behandling" i et imidlertid politisk udvalg, som består af ti borgere og fem politikere. Læringen fra denne afhandling vil således præge mit fremtidige lederskab.

Litteratur

Alvesson M., Kärreman D. 2005. Mik-Meyer N., Järvinen M. (red.) *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. Hans Reitzels Forlag, København K, side 121 – 144.

Ankjær-Jensen A, Kilsmark J, 2007. *Kommunal medfinansiering af sundhedsydelser*. Udfordringer og muligheder for kommuner og regioner. DSI rapport 2007.03. side 3-97.

- Callon M., 1986. *Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the scallops and the fishermen of St. Brieue Bay*. Law J (red) Power, action and Belief. A new sociology of knowledge? Routledge London
- Callon M., Latour B. 1981. Unscrewing the big Leviathan: How actors macro-structure reality and how sociologists help them to do so. (red) Knorr-Cetina K., Cicourel A. V. *Advances in social theory and methodology. Toward an integration of micro and macro-sociologies* Routledge Kegan Paul, Boston (side 277-301).
- Coghlan D, Brannick T (2014), *Doing Action Research in Your Own Organization* (4th edition) London: SAGE
- Demant, J. 2006. Bjerg O., Villadsen K. (red.), *Fokusgruppen – spørgsmål til fænomener i nuet*. Sociologiske metoder, fra teori til analyse i kvalitative og kvantitative studier. Forlaget Samfundslitteratur, side 131 – 150.
- Flyvbjerg, B. 2010. *Fem misforståelser om casestudiet*, In Svend Brinkmann and Lene Tanggaard, eds., *Kvalitative metoder*, København: Hans Reitzels Forlag, pp. 463–487
- Gergen M.M., Gergen K.J. 2002. *Qualitative Inquiry: Tension and Transformation*, Denzin N.K., Lincoln (red) *Handbook of Qualitative Research*, Sage, London
- Hermanowicz J.C. 2002. *The Great Interview: 25 Strategies for Studying People in Bed*. *Qualitative Sociology*, Vol.25, No.4, side 479-499.
- Holstein, J., Gubrium J.F. 2004. Silverman D. (red.) *The active interview. Qualitative Research, Theory, Method and Practice*. SAGE Publications Inc, London, side 140 – 161.
- Indenrigs-og sundhedsministerens Rådgivende Udvalg. Sundhedsvæsenets organisering - sygehuse, incitament, amter og alternativer. København: Indenrigs-og sundhedsministeriet, 2003.
- Indenrigs-og sundhedsministeriet. Generelle tilskud til regionerne. København: Indenrigs-og sundhedsministeriet, 2006
- Jensen T. E., 2003. *Aktør-Netværksteori- en sociologi om kendsgerninger, karakter og kammuslinger*. *Papers in Organization*, No. 48, 2003. Department of Organization and Industrial Sociology, Copenhagen Business School, Frederiksberg, side 2-31.
- Justesen L., Mik-Meyer N., 2010. *Kvalitative Metoder i organisations-og ledelsesstudier*. Hans Reitzels Forlag. København (140 sider).
- Kaspersen I. B., Nørgaard J., 2015. *Ledelseskriser i konkurrencestaten*. Hans Reitzels Forlag. København (240 sider).
- Knudsen M, 2009. *En guide til litteratur om metode, analysestrategi og videnskabsteori*. Institut for organisation, Copenhagen Business School. Frederiksberg, side 5-33.
- Koppenjan J., Klijn E. 2004. *Managing uncertainties in Networks*. Routledge. London (260 sider)
- Langstrup H., Vikkelsø S., 2014. Vikkelsø S., Kjær P. (red.). *Klassisk og Moderne organisationsteori*. Hans Reitzels Forlag, København, side 383-405.

- Latour B., 1993. *We Have Never Been Mordern*. Harvard University Press (140 sider).
- Latour B., 2003. *The Promises of Constructivism*. (red.) Ihde D., Selinger E. Chasing Technoscience. Indiana University Press, Bloomington (side 27-35)
- Launsø L., Rieper O. 2000. *Forskning om og med mennesker*, Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busch A/S, København K (side 13 – 40).
- Mol A, 2002. *The Body Multiple: Ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press (side 53-87).
- More, Mark H., 2000. *Managing for Value: Organizational Strategy in For-Profit, Nonprofit, and Governmental Organizations*. Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly vol. 29, no. 1, Supplement 2000 side 183-204
- O'Flynn, J. 2007. *From New Public Management to Public Value: Paradigmatic Change and Managerial Implications*, The Australian National University. National Council of the Institute of Public Administration Australia, side 353 – 366.
- Pedersen O. K., 2011. *Konkurrence staten*. Hans Reitzels Forlag. København (300 sider)
- Pedersen, K. M., 2006. Kommunal medfinansiering, SAMFUNDSØKONOMEN, no 6, 2006
- Porter M.E., Teisberg E.O., 2007. How Physicians Can Change the Future of Health Care. JAMA (2007);297(10) (side 1103-1111)
- Porter M.E., Teisberg E.O., 2013. The Strategy that will fix health care. Harvard Business Review.
- Regeringen 2004. Det nye Danmark - bilagsbind om opgaveplacering. København: Indenrigs-og sundhedsministeriet.
- Regeringen og Dansk Folkeparti. Aftale om strukturreform. København: Indenrigs-og sundhedsministeriet, 2004
- Regeringen, 2004. Det nye Danmark - en enkel offentlig sektor tæt på borgeren. København
- Regeringen, 2017. Aftale mellem regeringen, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti: Finansloven for 2017
- Region Hovedstaden, (2016). Bilag til kommunikationsaftalen
- Region hovedstaden, 2016, bilag til Kommunikationsaftale, Aftale om tværsektoriel kommunikation mellem kommunerne og hospitalerne i Region Hovedstaden om indlæggelser og udskrivninger i somatikken
- Registrering af færdigbehandlede patienter, Statens Serum Institut, 2013
- Schreier, Margit (2014) *The SAGE Handbook of Qualitative Data Analysis*, Qualitative Content Analysis, SAGE Publications Ltd
- Statens Serum Institut. 2013. Registrering af færdigbehandlede patienter. *sundhedsdatastyrelsen.dk*

Strukturkommissionen. Strukturkommissionens betænkning nr. 1437, bind I-III. Bind I: hovedbetænkningen, bind II: bilag med baggrundskapitler, bind III: bilag med sektorkapitler.

København: Indenrigs-og sundhedsministeriet, 2004.

Styrelsesloven, 2015, Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Sundhedsloven, juni 2005. Lov nr. 546.

Gjelstrup G., Thrane S. 2016. Undervisningsmateriale MPG 9.9.16

Væksthus for ledelse, 2014, Ledelse over grænser www.lederweb.dk/dokumentarkiv/publikationer/granser

Yin R K, 2014. *Case Study Research, Design and Methods*. SAGE Publications, Inc. (s.3-27)

Zerubavel E, 1976. *Timetables and Scheduling: On the Social Organisation of Time*. Sociological Inquiry 46 (2): 87-94.