

# Udvikling af akutfunktioner på tværs af sektorerne i sundhedsvæsenet



Studerende Charlotte Kaaber Sørensen 040172

Masterforløb foråret 2018

Vejleder: Steen Vallentin

Anslag: 21.780

## Indholdsfortegnelse

Summary.....	s. 4
1. Indledning.....	s. 6
2. Problemformulering.....	s. 10
3.0 Metode.....	s. 12
3.1 Begrundelse for valg af informanter.....	s. 14
3.2 Analysemetode.....	s. 14
3.3 Kodning af data.....	s. 14
3.4 Validitet.....	s. 15
4.0 Teori .....	s. 16
4.1 Offentlige styringsparadigmer.....	s. 16
4.2 Bureaukrati og professionsstyring som styringsparadigmer.....	s. 16
4.3 New Public Management.....	s. 19
4.4 Neo Weberian State.....	s. 20
4.5 New Public Governance.....	s. 22
4.6 Relationel koordinering.....	s. 24
4.7 Tillid.....	s. 26
4.7.1 Den institutionelle tillid.....	s. 27
4.7.2 Den økonomiske tillid.....	s. 27
4.7.3 Den moralske tillid.....	s. 28
4.7.4 Den relationelle tillid.....	s. 28
5.0 Analyse.....	s. 29
5.1 Analyse styringsplan.....	s. 29
5.2 Analyse organisatorisk plan.....	s. 30
5.3 Analyse individ plan.....	s. 41
6.0 Konklusion.....	s. 48
7. 0 Perspektivering.....	s. 52
8. 0 Refleksioner over egen personlige udvikling.....	s. 53
Bilag 1: Transskriberet Interview med praktiserende læge	
Bilag 2: Transskriberet Interview med praktiserende læge	
Bilag 3: Transskriberet Interview med praktiserende læge	

Bilag 4: Transskriberet Interview med akutsygeplejerske

Bilag 5: Transskriberet Interview med akutsygeplejerske

Bilag 6: Transskriberet interview med hospitalslæge

Bilag 7: Graf over udviklingen af kronisk syge borgere

## Summary

How can the healthcare system be administrated in Denmark? How do we ensure the prevention of unnecessary hospitalizations of patients, thus only patients who are in absolute need of hospitalization will get transferred into the hospitals for treatment, and that the treatments at the hospitals will be executed in the shortest amount of time? These are all questions that are relevant to ask, when I as a leader of the home health care and the home nursing in Albertslund municipality, also has the responsibility of the forthcoming emergency function.

In the spring of 2017, the Danish Health and Medicines Authority established a new quality standard regarding the emergency function, which the municipalities has to follow. It prescribes that all the municipalities in Denmark from the beginning of 2018, are required to have emergency functions. The quality standard regarding the emergency functions prescribes, that we need to have fewer hospital admissions, and more citizens who gets treated at home. This was decided, despite all the prognoses shows, that there in the future will be more elderly people over 65 years old, there will be more people with chronic diseases, and there will be more people with simultaneous diseases. It is these categories of patients who greatly take up the beds at the hospitals. When we shut down the bed capacity at the hospitals, it means that these patients henceforward needs to be treated at home.

The healthcare system exists of three main components; the municipal health system, the general practitioners and the hospitals. In order for the emergency functions purpose to be fulfilled, there needs to be a different interdisciplinary cooperation between the sectors than we have today. In this assignment, I am describing bureaucracy and professional management as a perspective on reflections that could have made the government choose to compose a quality standard for the collaboration in the healthcare system. This can help me to understand this development in the society in terms of management. I am using New Public Management, Neo Weberian State and New Public Governance to discover, what these management logics can offer as a setting of the organizations in the healthcare system, and how these can advance or impede the development towards the patients being treated at home. I am using the theory of relational coordination to learn, what it requires from the cooperation, for the citizens to be treated at home when possible.

My examination shows, that the way the healthcare system is organized today, and the way the employees are understanding their roles and collaborates together, do not support the development towards the citizens being treated at home.

From my interviews it seems, that there is a mutual goal towards the patients being treated at home when possible. There however is not a common agreement in terms of what patients this concerns, nor the symptoms and issues the patients can be treated for at home. There is not an agreement in terms of the roles and assignments the general practitioners and the hospitals each have. The cooperation is characterized with a lack of a common understanding regarding the patients and at lack of knowledge regarding the roles and the tasks the general

practitioners and the hospitals have. The cooperation is also embossed by the absent of common knowledge regarding the patients and each other's competences. Likewise there is a lack of coordinating of tasks regarding the patient care.

There is an agreement amongst the people I have interviewed, that the communication between the defended parties is embossed by a lack of precision, frequency and rights.

when all comes to all, my thoughts are, that we need to see this quality standard regarding the emergency function as a version one as related to at different and much closer cooperation between the employees on the hospitals, the general practitioners and the nurses at the municipalities. A collaboration which will be very beneficial for the patients, and which in ten to fifteen years will seem rather necessary and obvious.

## 1. Indledning

Hvordan ledes sundhedsvæsnen i Danmark? Hvordan sikrer vi forebyggelse af unødvendige indlæggelser af patienter, således at det kun er de patienter som har absolut brug for indlæggelse på hospital som bliver indlagte, og at behandlingen foregår på hospitalet i kortest muligt tid? Det er spørgsmål som er relevante at stille, når jeg som leder af hjemmeplejen og sygeplejen i Albertslund kommune også har ansvaret for vores kommende akutfunktion. Hvert kvartal sender Region Hovedstaden statistikker til kommunerne med opgørelse over hvilke diagnoser patienterne i de forskellige kommuner bliver indlagte med. Nogle af diagnoserne bliver kategoriseret som forebyggelige. De forebyggelige diagnoser har kommunen dobbelt så høje medfinansieringsstakster på. Det er et stort incitament for kommunerne til at holde disse patienter hjemme til behandling.<sup>1</sup> Der er med aftalen for regionernes økonomi 2017 aftalt en vækst på 2,00 procent i aktivitet for 2017. Det svarer til en produktionsstigning på 1.329,00 millioner kroner. Heraf slår 926,00 millioner kroner igennem i forhold til den kommunale medfinansiering. Den kommunale medfinansieringsandel er opgjort til 26,1 procent, hvilket svarer til en forventet stigning i kommunal medfinansiering på 241,80 millioner kroner på sygehusbehandling<sup>2</sup>.

Sundhedsvæsnen har tre hovedkomponenter, de kommunale sundhedstilbud, praksissektoren og hospitalerne.<sup>3</sup> Disse tre komponenter er meget forskellige både i forhold til typen af sundhedsydelser de leverer, antallet af kontakter med befolkningen, den økonomiske størrelse, antallet af ansatte, de faglige kompetencer og ressourcer, og på den måde de er organiseret. Sundhedsvæsnen er et skattefinansieret fællesskabsanliggende. Politisk er det i store træk underlagt betingelserne for den offentlige økonomi. Dog har væksten i sundhedsudgifterne i mange år oversteget væksten i den samlede offentlige økonomi, og udfordringerne bliver kun større.<sup>4</sup> Det betyder, at vi er nødt til at drive og lede sundhedssektoren på en anden måde i fremtiden. Danmark har hverken økonomiske ressourcer eller medarbejderressourcer til at drive sundhedsvæsnen i fremtiden som vi gør det på nuværende tidspunkt. Vi skal have færre patienter der indlægges på hospitalerne og flere borgere som behandles i hjemmet. Dette på trods af at alle prognoser viser, at der fremover kommer endnu højere aktivitet i sundhedsvæsnen. Demografien viser, at der kommer flere ældre mennesker over 65 år både samlet set i Danmark og i Albertslund Kommune.<sup>5</sup>

---

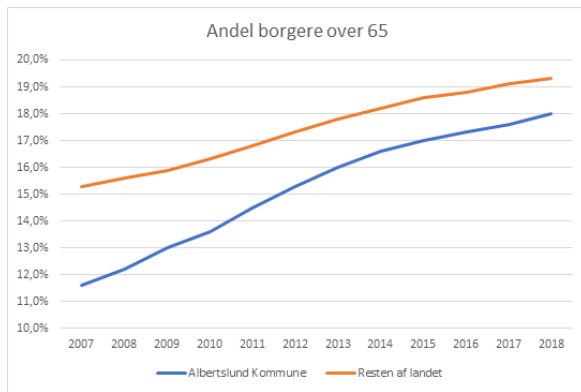
<sup>1</sup> Sundhedsdata 2016

<sup>2</sup> Danske Regioner - Økonomisk Vejledning 2017

<sup>3</sup> Ledelse i sundhedsvæsnen s. 17

<sup>4</sup> Ledelse i sundhedsvæsnen s. 18

<sup>5</sup> Nøgletal.dk



Demografien viser, at der også kommer flere mennesker med kroniske sygdomme og der kommer flere mennesker med flere samtidige sygdomme.<sup>6</sup> Se bilag.

Det er disse kategorier af patienter som i høj grad optager sengepladser på hospitalerne. Når vi lukker sengepladser på hospitalerne betyder det, at disse patienter fremover skal behandles derhjemme. Altså rykker opgaverne fra en sektor over til en anden sektor i sundhedsvæsenet.

De tre hovedkomponenter i sundhedsvæsenet er i praksis tre meget opdelte områder som kun sporadisk har samarbejdet omkring patienterne. Historisk har hvert område suboptimeret både fagligt, økonomisk og organisatorisk.<sup>7</sup> Tidligere var patienterne indlagte i længere tid og hospitalerne varetog alle opgaver omkring patienten indtil vedkomne ikke længere var behandlingskrævende og blev udskrevet. De praktiserende lægers opgaver bestod i forebyggelse af sygdomme, samt at opspore hvad patienterne fejlede ud fra de givne symptomer og henvise patienterne til de rigtige undersøgelser. Hvis patienternes symptomer krævede mere end meget simpel behandling som tablet penicillin, så blev patienterne indlagt. Hjemmesygeplejens opgaver bestod i at give borgerne vedligeholdende behandlinger som medicin eller hjælpe borgerne med deres lette symptomer som for eksempel sårbehandling, således at borgeren kunne være hjemme. Ændrede borgerens symptomer eller tilstand sig, så kontaktede sygeplejersken den praktiserende læge som vurderede om borgeren kunne behandles hjemme eller skulle indlægges.

I forbindelse med reformeringen af en ny samarbejdsmodel i sundhedsvæsenet, som bygger videre på regeringens beslutning om det nære sundhedsvæsen fra 2008, har sundhedsministeriet besluttet, at kommunerne skal oprette akutfunktioner som led i forebyggelsen af indlæggelser. Det nye i akutfunktionen er, at akutsygeplejerskerne i samarbejde med de praktiserende læger eller hospitalslægerne kan handle på borgernes symptomer, lave nogle mere avancerede undersøgelser og udføre behandlingen hjemme hos borgerne i stedet for at borgerne skal indlægges på hospitalet.<sup>8</sup>

<sup>6</sup> Nøgletal.dk

<sup>7</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 12

<sup>8</sup> <https://www.google.dk/search?source=hp&ei=pnoCW-qFHqHI6AS45LPgCg&q=kvalitetsstandarder+for+kommunale+akutfunktioner+i+hjemmesygeplejen&oq=>

Når Sundhedsvæsenet skal fremme sundhed og ikke bare behandle sygdom, når vi skal fokusere på borgernes behov for livskvalitet og sammenhæng i behandlingen frem for den enkelte diagnose, og når vi skal effektivisere det samlede behandlingsforløb frem for alene at øge produktionen i den enkelte sektor, så er det nødvendigt at skifte perspektiv fra at suboptimere de enkelte sektorer til at tage ansvar for det samlede patientforløb.<sup>9</sup> Et bidrag til at vores forskellige indsatser kan skabe mest mulig sundhed for pengene kan være at formulere fælles mål, dele viden om borgeren/ patienten og have respekt for hinandens opgaver og funktioner på tværs af sundhedsvæsenet. Dette lægger op til et væsentligt øget tværfagligt og tværsektorielt samarbejde i sundhedsvæsenet. Jody Gittell har undersøgt, hvordan man kan lave fundamentale forbedringer af processer til forbedring af kvalitet og effektivitet og samtidig øge medarbejdernes jobtilfredshed.<sup>10</sup> Hun mener, at kilden til problemerne med omkostninger og kvalitet ligger i de arbejdsprocesser der udgør sundhedsvæsenet. Hun har udviklet et koncept der hedder relationel koordinering. Gittells grundlæggende antagelse er, at hvis vi vil forstå hvordan moderne organisationer fungerer, så må vi fokusere på ledelse og samarbejde.<sup>11</sup>

I foråret 2017 udkom sundhedsstyrelsen med en kvalitetsstandard om akutfunktioner i kommunerne som kommunerne skal efterleve. Kvalitetsstandarden beskriver at alle kommuner i Danmark i starten af 2018 skal have akutfunktioner. Der er beskrevet kriterier for hvilke opgaver der skal ligge i akutfunktionen. Det er opgaver som tidligere krævede indlæggelse af borgerne, som kommunens akutfunktionssygeplejersker i samarbejde med de praktiserende læger eller hospitalslæger nu skal kunne behandle hjemme. Den beskriver, at det kræver et andet og mere tæt samarbejde mellem de praktiserende læger, hospitaler og kommunernes sygepleje og hjemmepleje.<sup>12</sup> Akutfunktionssygeplejerskerne skal kunne varetage nogle mere komplicerede behandlinger, end almindelige hjemmesygeplejersker kan som at lægge urinkatetre, give IV. behandlinger og varetage plejen af specielle sonder og dræn. Akutsygeplejerskerne kan også tage nogle blodprøver og måle nogle flere sundhedsfaglige værdier hos borgerne end hjemmesygeplejerskerne kan<sup>13</sup>. De praktiserende læger kan hermed få mere konkrete og specifikke tilbagemeldinger på borgernes symptomer og derved sætte hurtigere ind med den korrekte behandling. Denne type opgaver som akutsygeplejerskerne skal varetage og understøtte, er opgaver som tidligere lå hos de praktiserende læger eller på hospitalerne. Formålet med akutfunktionerne er, at borgernes sygdomme og problematikker skal opdages og behandles så hurtigt som muligt i primærsektoren, som består af de praktiserende læger og hjemmesygeplejen. Borgerne skal udskrives fra sekundær sektor som er hospitalerne så hurtigt som muligt, så borgerne kan færdigbehandles hjemme.

---

<sup>9</sup> Ledelse i sundhedsvæsenet s. 11

<sup>10</sup> Effektivitet i sundhedsvæsenet s. 55

<sup>11</sup> Effektivitet i sundhedsvæsenet s. 20

<sup>12</sup> <https://www.sst.dk/.../kvalitetsstandarder-for-kommunale-akutfunktioner-i-hjemmesygeplejen>.

<sup>13</sup> Ibid



Hvordan akutfunktioner skal organiseres, ledes og driftes er op til den enkelte kommune. Kommunerne har fået ekstra økonomi via bloktilskuddet til at finansiere akutfunktionerne. Tilskuddene dækker dog ikke de reelle omkostninger. De økonomiske incitament er ligger i, at den kommunale medfinansiering til indlæggelser er steget meget markant først i 2015 og igen i 2017. Erfaringer fra de kommuner som allerede har etableret akutfunktioner er, at der skal et befolkningsgrundlag på ca. 120.000 borgere til for at det både fagligt og økonomisk er rentabelt at drive akutfunktioner. Fagligt skal der være grundlag for at medarbejdernes kompetencer vedligeholdes, så medarbejderne oplever tryk og erfaring i opgaveløsningen. Det vil sige, at de forskellige opgaver skal optræde med passende intervaller. Økonomisk skal udgifter til kompetenceudvikling og ansættelse af medarbejdere til de nye funktioner kunne stå mål med de besparelser som færre medfinansierede indlæggelser medfører.

Albertslund Kommune er en del af vestegnskommunerne. For at lykkes med akutfunktionerne, er Høje Tåstrup, Glostrup, Vallensbæk og Albertslund kommuner indgået i et samarbejde omkring akutfunktionerne. Kommunerne har mellem 20.000 og 60.000 indbyggere, så der skal flere kommuner til for at nå de anbefalede 120.000 borgere. Der er mange overvejelser både af faglige og af politiske karakterer der skal gøres omkring kvalitetsstander og serviceniveauer, økonomi, ledelse og drift, samarbejde med tværfaglige, tværkommunale og tværsektorielle samarbejdspartnere. Hvordan får de samarbejdende kommuner orkestreret det, så det kommer alle relevante borgere til gode og politikerne i de forskellige kommuner vil godkende de besluttede principper for samarbejdet?

Jeg er leder af hjemmeplejen og sygeplejen i Albertslund Kommune. Albertslund kommune har ca. 28.000 indbyggere. Der er fire distriktsledere i hjemmeplejen. Der er i alt ca. 160 medarbejdere. Vi har servicelovsydelser og sundhedslovsydelser hos ca. 600 borgere. Opgaverne vedrørende udvikling, organisering og implementering af akutfunktionerne i Albertslund kommune ligger hos mig. Jeg har en formodning om, at der er meget divergerende holdninger til hvilke opgaver og ansvar henholdsvis hospitalslægerne, de praktiserende læger og sygeplejerskerne i kommunen har i forhold til akutfunktionerne, alt efter hvem man spørger. Der er også forskel på incitamenterne i forhold til akutfunktionerne. Min formodning er, at lægerne på hospitalerne ønsker, at det er de rigtige patienter som ligger i sengene. Patienter som har symptomer som kræver avanceret behandling. De som kan behandles hjemme skal det. Omvendt ønsker hospitalsledelsen heller ikke tomme senge, da de får betaling for de behandlinger de yder. Kommunerne ønsker, at så mange borgere som muligt bliver behandlet hjemme, da de betaler medfinansiering for indlæggelser til regionerne, hvilket er en meget væsentlig udgiftspost på mange millioner kr. årligt. De praktiserende læger har ikke specielt stor interesse i akutfunktionerne, da det økonomisk er mere rentabelt for dem, at patienterne kommer i deres praksis, så de ikke skal på hjemmebesøg. De praktiserende læger kan også have problemer med at komme på hjemmebesøg, hvis de har en solopraksis og har patienter booket til konsultationer på samme tid som de efterspørges til hjemmebesøg. Samtidig er

de praktiserende læger fagligt garderet, når de indlægger patienterne på hospitalerne og de har ingen udgifter ved det.

Som min indledning antyder, så er der flere meget væsentlige problemstillinger i beslutningen, at alle kommuner i Danmark skal have akutfunktioner i 2018. Jeg er nødt til at snævre mit fokus ind i forhold til dette projekt. Jeg ser etableringen af akutfunktionerne som grundlæggende ændringer i relationerne i triaden mellem hospitalslæger, de praktiserende læger og sygeplejen i kommunerne. Det være sig både i forhold til samarbejdsrelationer og i forhold til de økonomiske aftaler. Jeg vil i dette projekt undersøge om det overhovedet er muligt ud fra de nuværende organiseringer, økonomiske incitamenter og eksisterende personaleresourcer, at akutfunktioner i kommunerne reelt kommer til at betyde, at de borgere som kan behandles hjemme, bliver behandlet hjemme. Altså at akutfunktionerne reelt har en funktion og ikke bare oprettes som skuespil for at kommunerne skal overholde lovgivningen. Pointen er, at den danske økonomi ikke kan bære det antal indlæggelser som vi har nu. Vi skal derfor finde nye muligheder for at behandle og pleje disse patienter hjemme, men spørgsmålet er om sundhedsvæsenet er klar til at lave de forandringer som Sundhedsstyrelsen har besluttet?

Jeg vil i dette projekt have et undersøgende fokus på styringsplanen, det organisatoriske plan og det individuelle plan. På styringsplanen vil jeg undersøge hvilke ledelsessyn og styringsmekanismer Sundhedsstyrelsen anlægger ved at komme med en kvalitetsstandard for hvordan de forskellige organisationer i sundhedsvæsenet skal samarbejde fremover. På det organisatoriske plan vil jeg undersøge, hvilke fordele og ulemper vores nuværende organiseringer og økonomiske opdelinger i sundhedsvæsenet har på mulighederne for at drive akutfunktionerne som kvalitetsstandarderne foreskriver. På individplan vil jeg undersøge hvordan medarbejdernes holdninger og handlinger i forhold til fælles mål, fælles viden og gensidig respekt fremmer eller hæmmer formålet med akutfunktionen, at vi skal behandle de borgere som vi kan i hjemmet.

For at undersøge det vil jeg spørge medarbejdere som arbejder på henholdsvis hospitalerne, de praktiserende læger og akutsygeplejersker hvad de tænker kan fremme eller hæmme mulighederne i akutfunktionerne for at behandle de relevante borgere hjemme. Jeg vil benytte en teoretisk ramme for henholdsvis relationel koordinering og styringsparadigmer. Teorien Relationel koordinering vil jeg benytte til at få vinkler på, hvordan medarbejdere i de forskellige organiseringer i sundhedsvæsenet med fordel kan agere, for at lykkes med at de borgere som kan behandles hjemme også bliver det. Teorirammen om styringsparadigmer vil jeg bruge for at blive klogere på, hvilke incitamenter og vurderinger der kan ligge bag ved Sundhedsstyrelsens beslutning om at lave en kvalitetsstandard, der beskriver det fremtidige samarbejde mellem de praktiserende læger, hospitaler og kommunernes sygepleje og hjemmepleje. Jeg vil også undersøge hvilke fordele og ulemper der er i opbygningen af det danske sundhedsvæsen i forhold til akutfunktionernes arbejde.

Hvilke rammer arbejder vi i og har medarbejderne reelle muligheder for at behandle de borgere derhjemme som kan det. Det fører mig frem til denne problemformulering:

## 2. Problemformulering:

Hvordan understøtter sundhedsvæsnets nuværende organiseringer og økonomiske incitament de afhængigheder af relationel koordinering der er mellem hospitalslæger, de praktiserende læger og akutfunktionssygeplejersker, så de patienter som kan behandles hjemme bliver behandlet hjemme?

Jeg beskriver bureaukrati og professionsstyring som et perspektiv på hvilke overvejelser der kan have ført til at Sundhedsstyrelsen vælger at udarbejde en kvalitetsstandard for samarbejdet i sundhedsvæsnets. Den hjælper mig med på styringsplan at forstå denne udvikling. Styringsparadigmerne New Public Management, Neo-Weberian State og New Public Governance benytter jeg til at få vinkler på, hvilke styringsbetingelser de hver især anlægger på det organisatoriske niveau i sundhedsvæsnets. Teorien om relationel koordinering bruger jeg som ramme til at undersøge, hvad interviewpersonerne mener at det kræver af samarbejde, for at patienterne kan blive behandlet hjemme. Jeg vil undersøge hvilken tilgang til begrebet tillid der lægges vægt på i de forskellige styringsparadigmer, og hvordan det kommer til syne i de rammebetingelser de hver især stiller til rådighed. Det leder mig frem til nedenstående underspørgsmål, som skal hjælpe med til at besvare problemformuleringen. Jeg benytter dele af disse styringsparadigmer og beskriver hvori der er sammenhæng i mellem dem og hvor de udfordrer hinanden. Jeg giver mine bud på hvilke dele af de forskellige styringsparadigmer vi kan anvende til at understøtte, at de borgere som kan behandles hjemme også bliver behandlet hjemme.

- Hvordan har måden sundhedsvæsnets er organiseret på i Danmark betydning for om akutfunktionerne kan lykkes med at behandle de borgere hjemme som kan behandles hjemme?
- Hvordan har de økonomiske incitament indflydelse på om de borgere som kan behandles hjemme også bliver det?
- Hvordan har fælles mål for borgerne betydning for at de borgere som kan behandles hjemme også bliver det?
- Hvordan har fælles viden betydning for at de borgere som kan behandles hjemme også bliver det?
- Hvordan har gensidig respekt mellem de professionelle betydning for at de borgere som kan behandles hjemme også bliver det?
- Hvordan har forskellige tilgange til begrebet tillid indflydelse på om de borgere som kan behandles hjemme også bliver det.

### 3. Metode

Jeg undersøger hvad nogle enkelte hospitalslæger, praktiserende læger og akutsygeplejersker oplever i forhold til relationer, samarbejder og organiseringer på tværs i sundhedsvæsenet. Jeg spørger dem om, hvad de tænker der fremmer og hæmmer, at akutfunktionerne opnår deres mål, at de borgere som kan behandles hjemme, bliver behandlet hjemme. Jeg tager udgangspunkt i den forstående forskningstype. Tankegangen i den forstående forskningstype er, at forskeren skal forstå og fortolke fænomener, som allerede er fortolkninger. Sociale aktørers fortolkninger og forståelse af sig selv, af andre mennesker og af omverdenen<sup>14</sup>. Det afgørende kendetegn er, at forskeren søger viden helt eller delvist baseret på de udforskede menneskers perspektiv. Forskeren søger at afdække menneskers meninger, vurderinger, motiver og intentioner i deres specifikke kontekster.<sup>15</sup> Jeg har været ude hos de pågældende interviewpersoner og udføre interviews på deres hjemmebane og spørge til deres specifikke holdninger og meninger i forhold til deres opgaver og forventninger til deres samarbejdspartnere.

Jeg tager udgangspunkt i det fortolkningsvidenskabelige paradigme. Ved den forstående forskningstype undersøger jeg informanternes egen forståelse. I det fortolkningsvidenskabelige paradigme forsøger jeg at belyse informanternes forståelse ud fra en teoretisk vinkel som medvirker til at jeg ser problemstillingerne ud fra de vinkler som teorierne ligger op til.<sup>16</sup> Det fortolkningsvidenskabelige paradigme bygger på den grundlæggende antagelse, at viden og indsigt i sociale forhold må bygge på forståelse og indlevelse i de sociale fænomener der undersøges. Tanken bag dette fokus er, at det er menneskers egne opfattelser af, hvad de gør, som giver deres handlinger, oplevede begivenheder og aktiviteter mening.<sup>17</sup> Som forsker ud fra det fortolkningsvidenskabelige paradigme, må jeg fortolke virkeligheder, der allerede er fortolket af de mennesker som deltager i forskningen. Det vil sige, at forskningen bygger på dobbelt fortolkning. Anthony Giddens benævner dette fænomen dobbelt hermeneutik. Min fortolkning kan derfor komme til at overskride informanternes egne selvopfattelser, og de begreber som jeg bruger fra teorierne, kan ligeledes overskride informanternes mere erfaringsnære begreber.<sup>18</sup>

Forskning indenfor det fortolkningsvidenskabelige paradigme bør bygge på teorier, metoder og data, der bidrager til at skabe forståelse for menneskelige handlinger og om resultaterne af menneskelige handlinger<sup>19</sup>. Jeg har bevidst valgt at stille åbne spørgsmål, så informanterne inviteres til at give deres meninger, holdninger og perspektiver tilkende. Jeg

---

<sup>14</sup> Forskning om og med mennesker s. 28

<sup>15</sup> Forskning om og med mennesker s. 28

<sup>16</sup> Ibid. S. 65

<sup>17</sup> Ibid. S.65

<sup>18</sup> Forskning om og med mennesker s. 61-67.

<sup>19</sup> Forskning om og med mennesker s. 65

har i flere tilfælde spurgt uddybende ind til deres holdninger og handlinger, således at jeg blev klogere på, hvad der skaber værdi og giver mening for hver af informanterne. Jeg har udformet interviewspørgsmålene ud fra de valgte teoretiske vinkler.

Jeg benytter teorien om relationel koordinering til at blive klogere på ud fra hvilke forståelser interviewpersonerne samarbejder med tværfaglige og tværsektorielle kollegaer. Jeg undersøger hvilke roller de mener de selv har, og hvilke roller de mener, at deres kollegaer har i forhold til at behandle borgerne i deres hjem. Jeg undersøger om de interviewede personer oplever, at hospitalslægerne, de praktiserende læger og akutsygeplejerskerne har fælles mål vedrørende borgerne/patienterne, om de har fælles viden om patienterne og om de har gensidig respekt for hinandens opgaver. Jeg har spurgt informanterne om, hvordan de oplever, at de rammer som de arbejder i fremmer eller hæmmer deres tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i forhold til at patienterne kan blive behandlet hjemme.

Som forskningsdesign benytter jeg casestudiedesign. Et casestudie defineres som en strategi til at studere et komplekst tilfælde og er baseret på en dybtgående forståelse af tilfældet opnået ved omfattende beskrivelse, analyse og fortolkning af tilfældet i sin helhed og i sin sammenhæng.<sup>20</sup> At tilfældet er komplekst betyder, at input og output ikke med aktuel viden kan relateres let og sikkert, da vejene fra indsats til virkninger er indviklede og sammensatte. Med dybtgående menes, at man ved casestudier forsøger at opnå en så dækkende og fyldig forståelse af tilfældet som muligt. Omfattende beskrivelse, analyse og fortolkning forstås som bestræbelse af tætte beskrivelser fra flere datakilder. Data fra flere forskellige metoder sammenlignes og alternative forståelse og forklaringer undersøges.<sup>21</sup> Tilfældet skal tages i sin kontekst betyder, at forhold i omgivelserne som formodes at påvirke tilfældet, også medtages i casestudiet. Fordelene ved casestudiedesign er deres egnethed til at indfange sociale processer, for eksempel udviklingsprocesser hos individer og i organisationer. Svagheden ved casestudiedesign er, at man koncentrerer undersøgelsen om et eller få tilfælde og derved ikke opnår bredden.<sup>22</sup>

Da jeg vælger at bruge casestudiedesign, er det forskningsmæssigt i orden at interviewe få medarbejdere fra hver deres kontekst, altså læger fra hospitaler, praktiserende læger og akutsygeplejersker, da formålet med denne forskning er, forståelse af konteksters betydning for meninger, opfattelser og perspektiver i forhold til akutfunktionen.<sup>23</sup> Empirien i denne opgave består af 7 interviews og et dokument. De 6 interviews har jeg transskriberet og kodet. Det ene interview er et telefoninterview og det er refereret ud fra de notater jeg tog under interviewet.

---

<sup>20</sup> Forskning med og om mennesker s. 99

<sup>21</sup> Ibid. S. 100

<sup>22</sup> Forskning om og med mennesker s. 99 - 101

<sup>23</sup> Ibid s. 109.

### 3.1 Begrundelse af valg af informanter.

Jeg har interviewet to hospitalslæger. Den ene er ansat i Akut modtager Afdeling og den anden er ansat på en lungemedicinsk afdeling. Det er min forventning, at det især er medarbejdere fra disse afdelinger som skal samarbejde med de praktiserende læger og den kommunale akutfunktion, da de ofte behandler kronisk syge ældre patienter. Jeg har valgt at interviewe tre praktiserende læger. Den ene læge har en solopraksis, den anden læge har et kompagnifællesskab og den tredje læge er hospitals -praksiskonsulent og har mange samarbejder med regionen og hospitalerne. Jeg har valgt at interviewe to sygeplejersker. Den ene er fast aftenvagt og er vant til at arbejde alene, uden samarbejde med de praktiserende læger men samarbejder med lægerne fra 1813 og den anden er primært i dagvagter og har sygeplejerske kollegaer og samarbejde med de praktiserende læger.

### 3.2 Analysemetode

Jeg anvender en deduktiv analysemetode, da data er indhentet ud fra en teori og mit fokus er at finde teori i data. Deduktiv analyse er en systematisk metode til at beskrive mening i de kvalitative data, da metoden reducerer empiri ind i kategorier, hvor forskeren har fokus på særlige aspekter, der har relation til problemformuleringen<sup>24</sup>. Jeg benytter teorien om relationel koordinering til at stille spørgsmål som belyser informanternes meninger, holdninger og oplevelser af deres tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. Jeg stiller dem spørgsmål der omhandler deres oplevelser af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. Jeg ønsker også at belyse hvilke rammer de arbejder i, derfor spørger jeg ud fra teorirammen om offentlige styringsparadigmer, om hvordan de tænker at organiseringerne og de økonomiske incitamentter fremmer eller hæmmer akutfunktionernes mål med at behandle de borgere som kan derhjemme. Efterfølgende har jeg gennemgået alle interviews og inddelt informationerne i kategorier. På denne måde ser jeg mønstre i hvad informanterne oplever som vigtigt i forhold til akutfunktionerne ud fra de teoretiske vinkler som jeg har valgt, velvidende at andre teoretiske vinkler ville fremhæve andre sider af informanternes svar.

### 3.3 Kodning af data

Kodning er central for den deduktive metode. Margit Schreier skriver: " *The coding frame is the heart of the method*". Hun fortsætter:

---

<sup>24</sup> Ways of Doing Qualitative Content Analysis

*Main categories are those aspects of the material about which the researcher like more information, and subcategories specify what is said in the material with respect to these main categories".<sup>25</sup>*

I dette projekt har jeg kodet ud fra temaerne i teorien om relationel koordinering. Jeg forsøger at genfinde teorien ved at lede efter temaerne kommunikation, gensidig respekt, fælles viden og fælles mål. Jeg har også kodet temaer i forhold til organiseringer, økonomiske incitamenter, ressourcer, kompetencer og tillid. Disse emner er mine underspørgsmål til problemformuleringen. Jeg analyserer, hvilken betydning disse begreber har for, at vi skal lykkes med at behandle de borgere som vi kan i eget hjem.

### **3.4 Validitet**

Det er afgørende at kunne tro på resultaterne og have tillid til at de er sande. Det vil sige, at en høj grad af validitet er nødvendigt.<sup>26</sup> Validitet handler om sammenhængen mellem fundene og forskningsspørgsmålet. Det vil sige, om data siger noget om det man ønsker at få belyst. I dette projekt, er det derfor centralt, at jeg forholder mig til om de interviewpersoner som jeg har valgt, er repræsentative for hvert deres område i sundhedsvæsenet, som skal indgå i relationelle koordineringer, for at vi kan behandle borgerne i deres eget hjem. Jeg vil argumentere for, at der er en rimelig grad af validitet, da de valgte interviewpersoner er nøglepersoner inden for hvert deres område af sundhedsvæsenet. Jeg vil derfor antage, at andre personer inden for de samme områder, vil have holdninger der lægger sig tæt op ad de valgte interviewpersoners udtalelser. Dokumentation er central i validitetsbegrebet<sup>27</sup>. De 6 interviews er transskriberede og vedlagt som bilag. I analysen har jeg bevidst valgt at anvende citater i stedet for at beskrive fortolkede sammenfatninger af hvad de interviewede har sagt. Det har jeg valgt for at øge validiteten. Det er vigtigt at forholde sig kritisk til validiteten. Min empiri udspringer af konstruerede interviews. Der er derfor ikke tale om tilfældige situationer, og det kan ikke udelukkes, at svarene præges af at spørgsmålene er konstrueret på forhånd. Jeg har valgt at interviewe repræsentanter som ikke er en del af min daglige organisation. Det er bevidst valgt for at højne validiteten.

---

<sup>25</sup> Ways of Doing Qualitative Content Analysis

<sup>26</sup> Kvalitative analyser s. 65

<sup>27</sup> Ibid. S. 82

## 4. Teori

### 4.1 Offentlige styringsparadigmer

Styringsparadigmer defineres her som et sammenhængende sæt af forestillinger om hvordan den offentlige sektor kan og skal organiseres, styres og ledes.<sup>28</sup> Styring af den offentlige sektor er vigtig, fordi styring angår vilkårene for produktionen af velfærdsservice og samfundsmæssig regulering, arbejdsforholdene for tusindvis af offentlige medarbejdere, mulighederne for at politikerne kan realisere deres politiske målsætninger og det danske samfunds muligheder for at tilpasse sig nye forhold<sup>29</sup>. Paradigmebetegnelsen bruges ofte om den dominerende måde at anskue et givet felt på, men en pointe i denne teoretiske fremlæggelse er, at der typisk er flere styringsparadigmer i spil samtidigt<sup>30</sup>. De kan hver især være dominerende i forskellige dele af den offentlige sektor og hos forskellige aktørgrupper. Styringsparadigmerne vil ofte være i indbyrdes konkurrence om at levere legitimitet til reformtænkning og organisatorisk struktur og styringsdesign. Styringsparadigmerne skaber og begrænser således mulighedsbetingelserne for både institutionelle ændringer, som ændret lovgivning, og mere specifikke styrings- og ledelsesmæssige forandringer, som igen betinger aktørernes konkrete forsøg på at forbedre den offentlige sektors indsats i den daglige forvaltningspraksis og i mødet med borgerne.<sup>31</sup> Der synes at være to stærke drivkræfter i udviklingen af de forvaltningspolitiske styringsparadigmer. Den første er den stadige samfundsudvikling som stiller nye krav til og giver nye muligheder for den offentlige sektor. Den anden er kritikken af det til enhver tid dominerende styringsparadigme og den læring der finder sted på baggrund af erfaringerne<sup>32</sup>. Nye styringsparadigmer vil typisk sameksistere med gamle styringsparadigmer, dog kan de gamle styringsparadigmer trænges i baggrunden og blive påvirket i deres form og indhold.<sup>33</sup>

### 4.2 Bureaukrati og professionsstyring som styringsparadigme.

Der er to mekanismer hvorigennem politikernes målsætninger kan realiseres. Igennem bureaukratiet eller via en implicit kontrakt med en faggruppe, der kollektivt står som garant for levering af god service<sup>34</sup>. Bureaukratiet kan ses som brugen af formelle regler og hierarkiske operationsformer. Professionslogikken handler om at lægge beslutningskompetencen på specifikke områder hos faggrupper, der er karakteriseret ved at have specialiseret teoretisk viden på området og internt sanktionerede faglige normer for indsatsen.<sup>35</sup> Der kan i nogle sammenhænge argumenteres for at læger er en sådan

---

<sup>28</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 9

<sup>29</sup> Offentlige styringsparadigmer s.10

<sup>30</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 9

<sup>31</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 9-15

<sup>32</sup> Ibid. S. 19

<sup>33</sup> Ibid. s. 18-20

<sup>34</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 25

<sup>35</sup> Ibid. S. 25



faggruppe. Troen på bureaukратиets effektivitet var hele udgangspunktet for forskningsfeltet i det 20. århundrede. Waldo skrev:

*"The means and measurements of efficiency, it was felt and strongly stated, were the same for all administrations: Democracy, if it were to survive, could not afford to ignore the lessons of centralization, hierarchy and discipline".<sup>36</sup>*

Selv i dag bygger hovedparten af verdens landes offentlige sektorer på de basale principper i bureaukratiet som styreform. Rothstein og Torell minder os om, at det ikke er hensigtsmæssigt at glemme den store kvalitet ved offentlige organisationer, der ligger i, at de kan agere sagligt, fagligt og relativt upartisk, og det fokus kommer i udpræget grad fra bureaukratiet som styringsform.<sup>37</sup>

De fleste forskere inden for professionssociologien er enige om at inddrage den specialiserede, teoretiske viden og eksistensen af faggruppenormer i forståelsen af de professionelle. Der er dog stor variation af forståelsen af de professionelles hensigter. Den funktionalistiske professionsteori interesserer sig særligt for professionernes forventede samfundsnyttige funktioner. De anser viden og normer som vigtige og reelle. Den neoweberianske professionssociologi fokuserer derimod mere på, hvordan professionerne fastholder deres magtpositioner og agerer i forhold til andre faggrupper. De anser viden og normer som røgslør i forhold til det kollektive ønske om at skaffe sig, fastholde og udbygge magt og andre privilegier.<sup>38</sup>

Professionsstyring bygger på, at den relevante profession har monopol på et vidensområde og en høj grad af autonomi til at træffe beslutninger inden for sit område. Argumentet i professionssociologien er, at det statslige bureaukrati og professionerne på velfærdsinstitutionerne hele tiden holder hinanden i skak rent magtmæssigt, og at samspillet præges af faser af harmoni og konflikt.<sup>39</sup>

Julian le Grand har udviklet en principal agentteori. Han deler offentlige ansatte op i kategorier i forhold til motivation og intentioner for deres arbejde. Han deler medarbejdernes syn på deres arbejde op i riddere som drives af altruistisk motivation, landsknægte som drives af egoistisk motivation, dronninger som har høj handlingskapacitet og bønder som har lav handlingskapacitet. Derudover deler han politikernes syn på medarbejdernes intentioner op i fire kategorier. Trust, mistrust, voice og choise.<sup>40</sup> Le Grand argumenterer for, at de rammer som regeringen eller principalerne stiller for agenterne fuldstændig afhænger af principalernes syn på agenterne. Om principalerne har tillid eller mistillid til agenterne, både i forhold til agenternes intentioner og til agenternes kompetencer til at løfte de forventede opgaver. Det har igennem historien varieret mellem

---

<sup>36</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 26

<sup>37</sup> Ibid. s. 26

<sup>38</sup> Offentlige Styringsparadigmer s. 29

<sup>39</sup> Offentlige Styringsparadigmer s. 30

<sup>40</sup> Knights and Knaves return: Public Service Motivation and Delivery of Public Services.

om agenterne havde fuldstændig frit spil til at agere som de ville til at agenterne blev meget stramt styret af principalerne.<sup>41</sup>

De professionelle kan enten være offentlige ansatte som hospitalslæger eller være selvstændigt erhvervsdrivende som de praktiserende læger. De sidste kan bruges strategisk i kampen om magt og styring, da de praktiserende læger kan hævde, at de befinder sig uden for det offentlige styringshierarki.<sup>42</sup> Ubalance til fordel for professionen kan give sig udslag i en voldsom ekspansion af opgaveområder, også relativt til bruttonationalproduktet, udvikling af en professionel bevidsthed om egne fortræffeligheder, der ignorerer borgernes, patienternes behov, samarbejdspartners ønsker og politikernes signaler. En ubalance til fordel for ministerier og styrelser, der befinder sig langt fra de professionsstyrede institutioner, kan føre til en kraftig nedprioritering af det pågældende område, en mistænkeliggørelse af professionens medlemmer samt udvikling af omfattende kontrolsystemer til økonomisk og indholdsmæssig styring af de professionelle.<sup>43</sup> En fordel for de professionelle ved denne styringsmæssige symbiose mellem bureaukrati og professionalisme kan være, at det giver professionen mulighed for at få tilkendt monopol på at varetage bestemte funktioner, hvilket kombineret med autonomi kan være en væsentlig fordel. For den politiske og administrative topledelse kan det give ro på bagsmækken. Deres argument vil desuden være, at det giver bedre beslutninger, idet fagkundskaben tildeles beslutningskompetencen.<sup>44</sup> Hvis ikke de fagprofessionelle har en virkelig god føling med brugernes selvoplevede behov, kan aflukningen af beslutningsarenaen til kun at omhandle de fagprofessionelle give et velfærdstab, hvor offentlige ydelser tilpasses de professionelles ønsker frem for brugernes behov.<sup>45</sup>

Tænker man tillidsbegrebet ind her, så er det to væsentlige forskellige perspektiver på tillid de professionelle bliver mødt med i de forskellige tilgange til samarbejde mellem de professionelle og politikerne. Ved den funktionalistiske professionsteori tillægger politikerne professionerne enddog rigtig stor tillid. De mener, at det er dem som kan træffe de rigtige beslutninger, og at de vil træffe dem for folket rigtige beslutninger, da de drives af en indre motivation for at gøre en positiv forskel for andre. Tilhængerne af den neoweberianske professionssociologi mener, at de fagprofessionelle udelukkende bruger deres faglige ekspertise til at få mere magt. De fagprofessionelle egennytte optimere udelukkende for at få mere magt og for at lave de opgaver som de finder mest attraktive. Dette syn på de professionelle er præget af mistillid og tankegangen er, at man skal styre de fagprofessionelle, så de ikke har mulighed for at agere ud fra eget perspektiv og ikke ud fra helhedsperspektiver.<sup>46</sup>

---

<sup>41</sup> Ibid

<sup>42</sup> Offentlige styringsparadigme s. 30

<sup>43</sup> Ibid. S. 30

<sup>44</sup> Ibid. s. 30

<sup>45</sup> Ibid s. 29-31

<sup>46</sup> Offentlige Styringsparadigmer s. 29

### 4.3 New Public Management (NPM)

New Public Management opstod som en reaktion på udfordringerne med det klassiske bureaukratis kombination med professionsstyringen. Pollitt og Bouckaert skriver:

*"In the NPM we have the original reaction against traditional bureaucracy and big government. The new model was to be business. Management was the key skill."*<sup>47</sup>

Benævnelsen NPM blev fra starten brugt som en samlebetegnelse for et sæt løst koblede ideer om, hvordan den offentlige sektor skal reformeres for at opnå, at den virker bedre og koster mindre<sup>48</sup>. Logikken er, at de valgte politikere formulerer performancekriterier og lader lederne lede blandt andet via økonomiske tilskyndelser. Der skelnes ofte mellem to hovedelementer i NPM. På den ene side inddragelse af konkurrence og markedslignende mekanismer i den offentlige sektor og på den anden side en forestilling om, at den offentlige sektor kan effektiviseres ved at arbejde systematisk med ledelse og management fra den private sektor.<sup>49</sup> Der er flere stridspunkter mellem professionsstyring og NPM. Dels er der spørgsmålene om hvordan resultaterne skal måles og dels er der spørgsmålene om hvordan ressourcetildelingen skal foregå. Professionerne har argumenteret ud fra patienternes/ brugernes behov, mens NPM logikken har fokus på resultater og med den indbygget styringsantagelse, at de offentlige udgifter skal være så lave som muligt.<sup>50</sup>

Teoretisk er NPM inspireret af neoinstitutionel økonomisk teori, som er meget kritisk over for offentlig produktion af ydelser, fordi dette anses for at føre til alt for store offentlige udgifter.<sup>51</sup> Styringsudfordringen i denne optik er, at agenten har mere information om hvordan produktionen af ydelserne foregår end principalen, herunder minimumsomkostningerne for en given produktion og egne kompetencer og ihærdighed. Agenten kan i denne teori udnytte informationsasymmetrien i forhold til principalen til at øge budgettet og yde en mindre og dårligere indsats end principalen forventer<sup>52</sup>. Problemet med suboptimale indsatser og egennyttmaksimerede budgetmaksimering antages at være mindre i private virksomheder, der konkurrer med hinanden på pris og kvalitet, end i offentlige virksomheder der har monopol på serviceproduktion på bestemte områder. Fælles for teorierne bag NPM er, at de bygger på en antagelse om, at aktørerne maksimerer deres individuelle egennytte gennem deres handlinger. Derfor skal styring fokusere på at indrette systemet, så denne individuelle egennyttmaksimering ikke blokerer for realiseringen af de ønskede målsætninger om at der skal leveres bedst og billigst.<sup>53</sup>

---

<sup>47</sup> Public management reform s. 23

<sup>48</sup> Offentlige Styringsparadigmer s. 41

<sup>49</sup> Ibid. S. 42

<sup>50</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 43

<sup>51</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 44

<sup>52</sup> Ibid. S. 44

<sup>53</sup> Ibid. S. 44

I Danmark blev NPM sat på dagsordenen med regeringens moderniseringsredegørelse i 1983. Baggrunden var et ønske om at få styr på de offentlige udgifter, og at gøre det ved at indbygge mere dynamik og konkurrence i og omkring den offentlige sektor samt at strømline den offentlige sektors organisationer.<sup>54</sup> Der er forskellige ledelsesmæssige tilgange inden for NPM. Christensen og Lægreid udtrykker: " *Let the managers manage*" eller " *make the managers manage*". Mens førstnævnte lægger vægt på at give råderum og ressourcer til lederne, fokuserer den anden tilgang mere på brugen af incitamenter og øget konkurrenceudsættelse.<sup>55</sup> Performance information bruges i førstnævnte som læringsredskab til forbedringer og i sidstnævnte som disciplinering både af organisationen og enkeltansatte, idet at pengene følger borgeren. Ideen om at organisationer skal måle og styre deres præstationer, er et kerneelement i NPM. Som en forening af dobbeltheden mellem markeds- og managementdelene i NPM, har dagsordenen været, at hvis ydelserne ikke kan forbedres i den offentlige sektor i kraft af mere og bedre ledelse, skal de privatiseres eller udliciteres. Politikerne skal kunne holde organisationerne ansvarlige for deres indsats, og borgerne skal kunne bruge informationerne til at vælge mellem offentlige og private udbydere.<sup>56</sup>

NPM som styringsparadigme er udsprunget af en mistillids tænkning. Tillid i en økonomisk optik er først og fremmest et spørgsmål om kalkulation. Det centrale spørgsmål er, hvordan man bedst kan sikre sig imod andres potentielt skadelige handlinger.<sup>57</sup> Det er en grundpræmis i public choice perspektivet, som NPM dels bygger på, at offentlige ansatte er egennyttioptimerende opportuniste. NPM adskiller sig radikalt fra de andre styringsparadigmer ved at gøre mistillid til den grundlæggende betingelse for samarbejde i den offentlige sektor og ved at afvise, at offentlige ansatte handler i overensstemmelse med den offentlige interesse. Derfor er Resultatkontroller, målinger, kalkulationer og kontrakter de rette metoder til styring ifølge NPM.<sup>58</sup>

#### 4.4 Neo-Weberian State NWS

Neo-Weberian State er udviklet af især Pollitt og Bouckaert. De mener ikke, at NPM er den rette styringsform til at udvikle den offentlige sektor.

*"Yes, the state apparatus requires modernization, but no, the world of business does not hold all the answers."*<sup>59</sup>

Pollitt og Bouckaert mener især den af NPM skabte fragmentering af den offentlige sektor er et problem. Problemet er, at den offentlige sektor er splittet op i mindre enheder, hvoraf

---

<sup>54</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 47

<sup>55</sup> Ibid. S. 47

<sup>56</sup> Ibid. S. 48

<sup>57</sup> Tillid, magt og offentlige ledelsesreformer s. 48

<sup>58</sup> Tillid, magt og offentlige ledelsesreformer s. 58

<sup>59</sup> Public management reform s. 23

de fleste er kontraktstyrede, og hvor en stor del af serviceproduktionen foreslås udliciteret eller helt privatiseret. Det har efter deres mening medvirket til at skabe en vis ustyrlighed og store koordinationsproblemer.<sup>60</sup> En position NWS forsøger at fremme er, at den offentlige sektor godt kan levere fine resultater og kan være effektiv i modsætning til hvad NPM mener.

NWS tager udgangspunkt i Webers principper om at staten spiller en central rolle i styringen af den offentlige sektor og bidrager til at sikre legitimitet.<sup>61</sup> Derud over gælder lighed for alle individer og grupper som beskytter mod vilkårlige handlinger og beslutninger, samt mulighed for at lave revision af statslige tiltag.<sup>62</sup> Weber står for bevarelse af embedsmandssystemet med en distinkt status, kultur og ansættelsesbetingelser. Han kærer sig om et repræsentativt demokrati som basis for legitimering, kontrol og stabilitet af bureaukratiet såvel som bevarelse af dets neutralitet og uafhængighed af politik. De nye principper i Neo-Weberian State er større orientering mod borgerne, hvilket bunder i en professionel servicekultur suppleret i nogen grad af markedsmekanismer. Derudover dialog og involvering af borgerne, hvilket forudsætter en række procedure for inddragelse og repræsentation af borgerne.<sup>63</sup> NWS har fokus på opnåelse af resultater, inklusiv resultatstyring, resultatopfølgning, monitorering og evaluering. Derud over er der fokus på professionel ledelseskompetencer som middel til at kunne levere effektive serviceydelser til borgerne.<sup>64</sup>

Det overordnede styringsmål kan siges, at være sikring af en effektiv levering af høj servicekvalitet til borgerne i en moderne velfærdsstat, koblet med klassiske træk ved staten som samlende rolle i samfundet og hvilende på et demokratisk fundament.<sup>65</sup> De konkrete styringsmidler er inddragelse af borgerne og brugerne i opgaveløsningen, et professionelt og veluddannet personale af offentligt ansatte og ledere samt et udbygget og sofistikeret system til performance management.<sup>66</sup> NWS forsøger at give staten og den offentlige sektor en mere fremtrædende rolle i spørgsmålet om hvilke sektorer der skal drive samfundsudviklingen end NPM argumenterer for. Ikke i form af det traditionelle bureaukrati, men derimod som en moderne stat, der fokuserer på resultater og som kærer sig om borgerne, og inddrager dem i dialog.<sup>67</sup> Derved sætter de virksomhederne og markedet som er markante i NPM i baggrunden. NWS er i lighed med NPM præget af en samlebetegnelse for et sæt løst koblede ideer.<sup>68</sup> NWS er mere præget af værdibaseret ledelse. Værdibaseret ledelse er i udgangspunktet en bestræbelse på at supplere

---

<sup>60</sup> Ibid. S.60

<sup>61</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 69

<sup>62</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 63

<sup>63</sup> Ibid. S. 64

<sup>64</sup> Ibid s. 63

<sup>65</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 64

<sup>66</sup> Offentlige Styringsparadigmer s. 64

<sup>67</sup> Ibid. S. 64

<sup>68</sup> Offentlige Styringsparadigmer s. 62

regelstyring med værdistyring. Moderne organisationer vil gerne signalere, at de står for nogle stærke menneskelige og sociale værdier, som handler om mere end at leve op til gældende lovkrav, holde budgetterne og udføre et ordentligt stykke arbejde. De vil forbindes med værdier som tillid, ansvarlighed, integritet, respekt og mangfoldighed. Derudover forestiller værdier at være mere fleksible og åbne for fortolkninger<sup>69</sup>. Værdier forbindes med skabelse af organisatoriske værdifællesskaber som kan skabe frirum for intern kritik som kan danne grundlag for intern vurdering af organisationens præstation.<sup>70</sup>

I den klassiske bureaukratiske model er tilliden indlejret i organisatoriske strukturer og faglige normer. Tillidens forventninger knytter sig til etablerede sociale strukturer snarere end til handlende aktører<sup>71</sup>. Begrebet systemtillid indikerer nødvendigheden af opmærksomhed på de institutionelle rammer som ledelse finder sted inden for. Det institutionelle perspektiv kan bruges til at fremme forståelsen af at der er systemvilkår såsom, at der er opgaver der skal løses og nogle ydelser der skal leveres inden for bestemte forpligtende rammer.<sup>72</sup>

#### 4.5 New Public Governance NPG

New Public Governance er på linje med NPM et empirisk funderet begreb som forsøger at kombinere en række empiriske tendenser i konstruktionen af et nyt styringsparadigme. I New Public Governance perspektivet prioriterer man tværgående dialoger og bottom up styring.<sup>73</sup> NPG ser den tiltagende fragmentering som en væsentlig styringsudfordring og anbefaler etablering af tværgående netværk, som kan være omdrejningspunkter for pluricentrisk koordination og problemfokuseret styring. NPG insisterer på, at samarbejde i tværgående netværk skal ske nedefra og op, og være baseret på erkendelsen af gensidig afhængighed mellem parterne, og dels ved at se netværksstyring som noget der rækker ud over den offentlige sektor og involverer en lang række samfundsmæssige aktører.<sup>74</sup> Ønsket om at fremme tværgående netværksstyring bunder i en ny opfattelse af, hvad den offentlige sektors grundlæggende udfordringer er. NPG hæfter sig ved det stigende antal *wicked and unruly problems* som er definerede ved at problemerne er svære at definere, og der er ikke nogle klare og oplagte løsninger. NPG som styringsforståelse mener, at vi kun kan løse disse problemer ved at bringe relevante og berørte parter sammen i et konstruktivt samarbejde. *Unruly problems* kræver ifølge NPG – paradigmet forhandlede løsninger som er baseret på tillid, samarbejde, vilje til at eksperimentere og gå nye veje<sup>75</sup>.

---

<sup>69</sup> Tillid magt og offentlige ledelsesreformer s. 160

<sup>70</sup> Offentlige Styringsparadigmer s. 64

<sup>71</sup> Offentlige Styringsparadigmer s. 45

<sup>72</sup> Tillid, magt og offentlige ledelsesreformer s. 46

<sup>73</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 91.

<sup>74</sup> Ibid. S. 92

<sup>75</sup> Ibid. S.93

Ifølge NPG er der et behov et mere interorganisatorisk fokus, der sigter på at aktivere et bredere felt af offentlige aktører og andre samfundsmæssige aktører som politikere, ledere, fagprofessionelle, private virksomheder, civilsamfundsorganisationer og borgere i forfølgelsen af mange forskellige målsætninger som effektivitet, kvalitet, problemløsningskapacitet, demokrati osv. I en offentlig sektor der netop er kendetegnet ved, at den skaber værdi for samfundet som helhed og ikke privat værdi til aktionærene i en privat virksomhed.<sup>76</sup>NPG lægger mere vægt på ressourcemobilisering og ressourceudveksling end på effektiv ressourceudnyttelse, som allerede anses for at være optimeret gennem NPM – regimets styring. Ressourcemobilisering kan skabes ved hjælp af tillidsbaseret styring og ledelse, som bringer de lokale institutioners og medarbejderes erfaringer, motivation og faglige kompetencer i spil.<sup>77</sup>

NPG – paradigmet antager, at social og politisk handling bygger på blandede motiver i den forstand, at institutionel betingede bestræbelser på at tilgodese egne interesser eksisterer side om side med handlinger der formes gennem skiftende fortolkninger af institutionelle normer, værdier og identitetskonstruktioner.<sup>78</sup> NPG er stærkt inspireret af governance forskningen der voksede frem i starte af 1990'erne. Udgangspunktet er en grundlæggende opfattelse af, at formelle politiske institutioner og den parlamentariske styringskæde kun spiller en begrænset rollen i styringen af samfund og økonomi. Denne opfattelse stimulerer interessen for governance defineret som de formelle og uformelle processer hvorigennem en flerhed af forskellige aktører formulerer og realiserer fælles målsætninger.<sup>79</sup>Det nye i governance forskningen er det analytiske fokusskift fra institutioner til processer og fra formelle til mindre formelle processer<sup>80</sup>. Skiftet øger opmærksomheden på de mange forskellige offentlige og private aktører, som bidrager til samfundsstyringen og til skabelsen af samarbejdsarenaer. Styringsnetværk kan ifølge NPG defineres som en horisontal sammenknytning af gensidigt afhængige, men operationelt autonome aktører fra stat, marked og civilsamfund, som styrer gennem løbende forhandlinger, der finder sted inden for en mere eller mindre selvreguleret institutionel ramme.<sup>81</sup>

I de senere år er NPG blevet opfattet som synonymt med forsøget på at fremme samproduktion og samskabelse. Samproduktion handler om borgernes bidrag til produktionen af egne eller andres velfærdsservices. Samskabelse er betegnelsen for en proces, hvor to eller flere aktører fra den offentlige eller private sektor samarbejder med henblik på at forbedre det offentlige servicesystem eller skabe nye og innovative offentlige løsninger<sup>82</sup>. NPG kan dog ikke reduceres til et ønske om at fremme samskabelse af offentlig politik, regulering og service. Der er også andre elementer som udvikling af nye former for

---

<sup>76</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 94

<sup>77</sup> Ibid. S.94

<sup>78</sup> Ibid. S. 96

<sup>79</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 96

<sup>80</sup> Ibid. S. 97

<sup>81</sup> Offentlige styringsparadigmer s. 97

<sup>82</sup> Ibid. S. 98

demokratisk deltagelse, anvendelse af nye og mere bløde styringsformer baseret på værdier, normer og standarder samt forsøg med nye måder til at sikre målopfyldelse der i højere grad bygger på tillid end på kontrol.<sup>83</sup>

NPG er i sin grundstruktur bygget på relationel tillid. NPG sætter fokus på skabelse af stærke og vedvarende intra- og interorganisatoriske relationer og processer, der kan bane vej for at tillid og relationel kapacitet kan virke som styringsmekanismer.<sup>84</sup>

#### 4.6 Relationel koordinering.

Jody Gittell har forsket i organisationers effektivitet i forskellige brancher. Gittells forskning er koncentreret om standardiserede og planlagte forløb som for eksempel rettidige flyafgange og hofteoperationer<sup>85</sup>. Man kan diskutere, om denne teori er velegnet at benytte til mit projekt, når det netop er de ikke planlagte forløb som jeg vil undersøge, hvordan vi skal lede på tværs af sektorerne. Dog vil jeg argumentere for, at jeg godt kan bruge denne teori til at besvare min problemformulering, da der også er mønstre i hvordan de forskellige instanser skal arbejde sammen ved akut opståede problematikker. Gittell har lavet sin forskning om effektivitet i sundhedsvæsenet på 9 forskellige amerikanske hospitaler samt research i England, Canada og Belgien<sup>86</sup>. I forhold til samarbejde, fleksibilitet og kvalitet, finder jeg teorien både væsentligt og relevant også i dansk kontekst, da de relationelle og koordinerende udfordringer kan genkendes i det danske sundhedsvæsen.

Gittells pointe er, at samarbejdet er under særligt pres, når:

- Der er tale om forskellige professioner med stærk identitet
- Forskellige grupper har specialviden
- Der er statusforskelle med hensyn til løn, prestige osv.
- Grupperne/personerne er afhængige af hinanden for at gøre et godt stykke arbejde.<sup>87</sup>

Gittells anden pointe er, at det ikke er nok, at de ansatte er dygtige til deres fag de skal også kunne samarbejde, hvilket kræver koordinering og kommunikation<sup>88</sup>. Ifølge Gittell er god koordinering kendetegnet ved fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. God kommunikation kendetegnes ved god timing, hyppighed, præcision og fokus på problemløsning.<sup>89</sup> Ifølge Gittell er sundhedsvæsenet en kompleks struktur med høje niveauer af specialisering. Komplexiteten og fragmenteringen af sundhedsvæsenet gør

---

<sup>83</sup> Ibid. S. 99

<sup>84</sup> Tillid, magt og offentlige ledelsesreformer s. 55

<sup>85</sup> Effektivitet i sundhedsvæsenet s. 13

<sup>86</sup> Effektivitet i sundhedsvæsenet s. 40

<sup>87</sup> Effektivitet i Sundhedsvæsenet s. 15

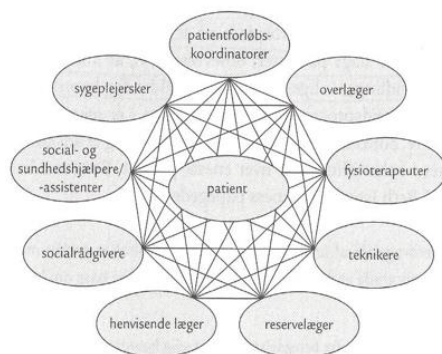
<sup>88</sup> Effektivitet i Sundhedsvæsenet s. 16

<sup>89</sup> Effektivitet i Sundhedsvæsenet s. 29



koordineringen særdeles vanskelig. Patienter skal ofte selv finde vej gennem systemet, mens de får diagnoser og behandlinger fra en række behandlere, som ikke har meget indbyrdes kontakt. Figur.<sup>90</sup>

## Mange aktører



De linjer der forbinder sundhedspersonalet viser, at de forskellige faggrupper ofte er afhængige af hinanden, forstået på den måde, at kliniske eller kommunikative resultater fra en faggruppe til en anden er nødvendige for at andre opgaver kan blive udført tilfredsstillende. Dette afhængighedsforhold mellem de forskellige faggrupper skyldes dels arbejdsdeling, dels det afhængighedsforhold der er mellem systemets forskellige funktioner og endelig det afhængighedsforhold der er mellem kliniske interventioner og de nødvendige ressourcer.<sup>91</sup>

Relationel koordinering er ikke bare en teknisk proces, men også en relationel proces. Mens koordinering kan defineres som styring af de indbyrdes afhængigheder mellem opgaver, er relationel koordinering styring af indbyrdes afhængigheder mellem mennesker som udfører disse opgaver.<sup>92</sup> Hyppigheden af kommunikation blandt sundhedspersonalet skal ikke undervurderes, men det skal kvaliteten af kommunikationen heller ikke.

Patientbehandlingerne bliver dårligt koordinerede, hvis kommunikation, hvor hyppig den end er, er forsinket, upræcis eller fokuseret på beskyldninger<sup>93</sup>. Kvaliteten af relationerne kan også påvirke effektiviteten af kommunikationen. Selvom informationen bliver videregivet rettidigt og præcist, bliver den måske ikke hørt eller der bliver ikke reageret på den, hvis modtageren ikke respekterer afsenderen. Det samme kan ske, hvis modtageren mangler fælles viden eller fælles mål med afsenderen og derfor misforstår eller ikke er motiveret til at reagere på informationen. Skellene mellem funktioner bliver forstærkede af

<sup>90</sup> Effektivitet i Sundhedsvæsnets s. 30

<sup>91</sup> Effektivitet i Sundhedsvæsnets s. 30

<sup>92</sup> Effektivitet i Sundhedsvæsnets s. 34

<sup>93</sup> Effektivitet i Sundhedsvæsnets s. 32

professionelle identiteter, specialiserede viden og statusforskelle. Hver af disse faktorer kan udgøre forhindringer for kommunikationen.<sup>94</sup>

Teorien relationel koordinering har i lighed med flere andre teorier som positive organizational scholarship og hele den socialkonstruktionistiske tankegang fokus på, at relationer er afgørende betydning for vores identitet. Relationer er derfor afgørende for at skabe en kollektiv identitet i en organisation og for at muliggøre effektiv koordinering af arbejdet<sup>95</sup>. Relationel koordinering adskiller sig ved at fokusere på rollen snarere end mellem specifikke individer. Det sætter aktørerne i stand til at udfylde deres rolle med en bevidsthed om at de er en del af en større proces.<sup>96</sup> I dette projekt er det essentielt, da mit fokus er på hvordan de forskellige roller i sundhedsvæsnets skal samarbejde på en ny måde og ikke længere have fokus på at suboptimere i hver deres sektor. Helt kort kan man sige, at relationel koordinering er en koordinering af arbejdsprocesser gennem relationer, der bygger på fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. Relationel koordinering bruges til procesforbedringer af kvalitet, effektivitet og medarbejdernes jobtilfredshed.<sup>97</sup>

Ifølge Gittell er relationer ikke kun personligt tilfredsstillende. De rummer nogle af de største muligheder for bearbejdning af informationer og er derfor overordentligt funktionelle inden for områder som sundhedsvæsnets, der er karakteriseret ved høje krav til videregivelse og fortolkning af informationer<sup>98</sup>. Relationel koordinering er i særlig grad vigtig for at øge resultaterne inden for områder der har høje krav til informationsudveksling og som er styret af arbejdsopgaver med indbyrdes afhængighed, usikkerhed og tidspres<sup>99</sup>. Når opgaverne har en høj grad af indbyrdes afhængighed, må medarbejderne være sensitive, ikke kun på forhold som påvirker deres egne opgaver, men også i forhold til forandringer der kan påvirke andre medarbejders opgaver, med hvem de er indbyrdes afhængige. Tidspresset komplicere yderligere både afhængigheden og usikkerheden, hvilket efterlader meget lidt råderum i systemet og gør fleksibilitet og lydighed til vigtige egenskaber.<sup>100</sup>

#### 4.7 Tillid

Ifølge Vallentin og Thygesen kan man sondre mellem en institutionel, en økonomisk, en moralsk og en relationel vinkel på tillid.<sup>101</sup>

---

<sup>94</sup> Effektivitet i Sundhedsvæsnets s. 31-32.

<sup>95</sup> Effektivitet i sundhedsvæsnets s. 34

<sup>96</sup> Ibid. s. 34.

<sup>97</sup> Ibid. s. 55.

<sup>98</sup> Ibid. s. 55

<sup>99</sup> Ibid. S. 56

<sup>100</sup> Ibid. s. 57

<sup>101</sup> Tillid magt og offentlige ledelsesreformer s. 42

#### 4.7.1 Den institutionelle tillid

Den institutionelle forståelse af tillid lægger vægt på betydningen af regler og normer, som tages for givet. Tillid forbindes med fælles formelle og uformelle regler og tillid forbindes med det velkendte og rutineprægede. Man har tillid fordi man oplever at andre har tillid.<sup>102</sup> I forhold til udvikling af den offentlige sektor er dette perspektiv tæt knyttet til den klassiske styringsmodel med fokus på formelle regler, procedure og sanktioner og den hierarkiske fordeling af roller. Tilliden knytter sig til at systemet fungerer efter hensigten, som garant for en upersonlig fordeling af pligter og rettigheder og ikke forskelsbehandler folk.<sup>103</sup> Med institutionel tillid lægges der således vægt på betydningen af politikker, styringsmodeller, ledelsesformer og teknologier som arbejdet er organiseret efter. Tillidens forventninger knytter sig mere til de etablerede sociale strukturer end til de handlende aktører.<sup>104</sup> Systemtillid indikerer, at vi er nødt til at have fokus på de institutionelle rammer. Det institutionelle perspektiv ser på vigtigheden af en kontekstfølsom tillidsforståelse. Der er forskel på hvordan tillidsproblematikkerne opleves i forskellige organisationer.<sup>105</sup> Det institutionelle perspektiv kan derud over bruges til at fremhæve, at der er nogle systemvilkår eksempelvis at der er nogle opgaver som skal løses og nogle ydelser som skal leveres inden for bestemte forpligtende rammer. Systemiske problemer kalder på systemiske løsninger, således at man ikke kan forvente, at økonomisk overstyring, bureaukratisering og mistillid kan løses fyldestgørende ved at appellere til at mellemledere og medarbejdere skal handle på en tillidsdagsorden.<sup>106</sup>

#### 4.7. 2 Den økonomiske tillid/mistillid

Tillid i en økonomisk optik er først og fremmest kalkulation.<sup>107</sup> Det er en forståelse som tager udgangspunkt i neoklassisk økonomisk teori og dens antagelse om homo economicus, den rationelle og egennytteoptimerende økonomiske aktør. Der lægges vægt på hvordan problemer med opportuniste og risikoen for at blive udnyttet af andre kan håndteres. Det centrale spørgsmål er, hvordan man sikrer sig imod andres potentielt skadelige handlinger.<sup>108</sup> Det handler om at undgå negative udfald snarere end at fremme noget positivt. Grundtanken er at tillid er berettiget, når den anden virker tillidsvækkende ved enten ikke at ønske at handle opportunistisk eller ved at have begrænsede muligheder for at handle opportunistisk. Det økonomisk tillidsbegreb er således nært beslægtet med mistillid.<sup>109</sup> Principal – agentteorien er et eksempel på de økonomiske modellens

---

<sup>102</sup> Tillid magt og offentlige ledelsesreformer s. 45

<sup>103</sup> Tillid magt og offentlige ledelsesreformer s. 45

<sup>104</sup> Tillid magt og offentlige ledelsesreformer s. 46

<sup>105</sup> Ibid. S. 46

<sup>106</sup> Ibid s. 46

<sup>107</sup> Tillid magt og offentlige ledelsesreformer s. 48

<sup>108</sup> Ibid. S. 48

<sup>109</sup> Tillid magt og offentlige ledelsesreformer s. 49

fremmedgjorthed i forhold til tillid. Dens løsning på tillidsproblemet er, at agenten kun er tillidsvækkende i det omfang, det er i hans egen interesse at være det, hvilket kan understøttes gennem brug af output baserede økonomiske incitamenter.<sup>110</sup>

#### 4.7.3 Den moralske tillid

Med Løgstrup kan man argumentere for, at tilliden er det fundamentale eller naturlige udgangspunkt for alt menneskeligt samvær, og derfor ikke kræver nogen begrundelse eller retfærdiggørelse.<sup>111</sup> Budskabet er, at tillid har en iboende værdi, som man risikerer at gøre vold på, hvis man gør den til genstand for rationel kalkulation og beregning. I denne optik handler tillid om at have den rette disposition eller det rette sindelag og at møde mennesker med den rette indstilling. Tanken er, at et samvær baseret på gensidig tillid i sidste ende bidrager til at skabe det gode liv. Tillid fremstår som en absolut værdi og en almenmenneskelig fordring. Ubetinget tillid er ideal for hvordan man gebærder sig i omgangen med andre.<sup>112</sup>

#### 4.7.4 Den relationelle tillid

Vallentin og Thygesen mener, at der både hvad angår forståelse og handlingsanvisninger er brug for at tænke relationelt.<sup>113</sup> Vallentin og Thygesen lægger vægt på hvordan tilliden virker i sociale relationer med mere vægt på proces end på struktur. Vallentin og Thygesen ser tillid som en stadig tilblivelse og som noget man gør og ikke som noget man har.<sup>114</sup> Det relationelle perspektiv betoner, at institutionelle rammebetingelser ikke kun former forventninger og adfærd, men også kan formes så de understøtter mere tillidsfuld adfærd i organisationer.<sup>115</sup> Relationel tillid har fokus på processer, aktører, interpersonelle relationer.<sup>116</sup> Ifølge Vallentin og Thygesen er udfordringen med silotænkning en af de store udfordringer i den offentlige sektor. Den brobyggende sociale kapital fokuserer på bedre samarbejde og koordinering på tværs af faggrænser og andre skel. Brobygning stiler mod at tænke i større relationelle helheder, at have blik for muligheder i værdiskabelse sammen med andre og ikke kun tilgodese sin egen del af forretningen.<sup>117</sup>

I offentlige organisationer hvor man er vant til at kigge opad og ikke til siden. Hvor samarbejdet med andre dele af det offentlige system ofte er lavt prioriteret, skal der en

---

<sup>110</sup> Ibid. S. 49

<sup>111</sup> Tillid magt og offentlige ledelsesreformer s. 52

<sup>112</sup> Ibid. S. 52

<sup>113</sup> Tillid magt og offentlige ledelsesreformer s. 53

<sup>114</sup> Ibid. S. 53

<sup>115</sup> Tillid magt og offentlige ledelsesreformer s. 54

<sup>116</sup> Tillid magt og offentlige ledelsesreformer s. 55.

<sup>117</sup> Tillid magt og offentlige ledelsesreformer s. 164

særlig indsats til at fremme brobygning. Offentlige ledere skal kunne se værdien i bedre samarbejde på tværs og de skal kunne kommunikere det til deres medarbejdere og få det til at ske.<sup>118</sup>

## 5. Analyse

### 5.1 Styringsplan

Jeg vil her gøre rede for nogle af de mulige incitamenter som Sundhedsstyrelsen har haft til at lovgive via en kvalitetsstandard, om hvordan de tre parter i sundhedsvæsenet fremover skal samarbejde for at de borgere som kan behandles hjemme også bliver behandlet hjemme. Jeg tager udgangspunkt i professionsteori/bureaukrati og i principal og agentteorien. Jeg vil også komme ind på hvilke tillidsdagsordner de forskellige teorier anlægger.

En måde hvorpå den bureaukratiske styreform viser sig, er eksempelvis ved at det er politikerne som giver regioner, hospitaler og kommuner budgetrammer. Det er blandt andet politisk bestemt, at kommunerne skal bidrage økonomisk ved medfinansieret indlæggelser. Politikerne bestemmer indirekte, hvor mange sengepladser der er på hospitalerne, ved at de har givet budget til drift af hospitalerne. Normeringen af medarbejdere på hospitalsafdelingerne afhænger af, hvor mange sengepladser afdelingen har. Politikerne har på nogle punkter også angivet rammerne for hvad der skal leveres. Med hjemmel i Sundhedslovens § 139 kan sundhedsministeren fastsætte nærmere regler om omfanget af og kravene til den kommunale hjemmesygeplejerskeordning. Regeringen har via sundhedsstyrelsen udarbejdet en kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner i hjemmesygeplejen. Sundhedsstyrelsen sætter i kvalitetsstandardens klare krav til hjemmesygeplejerskernes kompetencer i akutfunktionen, men er mere vag i beskrivelsen af samarbejdet mellem de praktiserende læger, hospitalslægerne og sygeplejerskerne. Hvor de anbefaler, at læger på sygehuse og i almen praksis sikrer de fornødne aftaler, så det er tydeligt for personalet i akutfunktionen, hvem de skal kontakte ved spørgsmål om patientens behandling. Dette på trods af at de skriver:

*”Det er en afgørende forudsætning for patientsikkerheden, ensartetheden og kvaliteten i de kommunale akutfunktioner, at der er et velfungerende samarbejde mellem akutfunktionen, sygehus og almen praksis”.*<sup>119</sup>

Man kunne argumentere for, at professionsstyring i forhold til lægerne er fremtrædende her. Sundhedsstyrelsen ved godt, at akutfunktionen ikke kommer til at fungere uden lægernes samarbejde. Alligevel vælger sundhedsstyrelsen kun at komme med anbefalinger. Det betyder i praksis, at Sundhedsstyrelsen lægger beslutningskompetencen for

---

<sup>118</sup> Ibid. S. 164

<sup>119</sup> Kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner

samarbejdet hos professionen. Sundhedsstyrelsen medgiver hermed, at lægerne har monopol på deres vidensområde og tildeler dem her en høj grad af autonomi til at træffe beslutninger inden for deres område. Dette i modsætning til hjemmesygeplejen som de lovgiver i forhold til. Man kan forestille sig, at enten vil lægerne træffe beslutningen ud fra internt sanktionerede faglige normer, ved at de bliver enige om hvor behandlingsansvaret fagligt ligger bedst placeret, eller også træffer de ikke nogen beslutning. Sundhedsstyrelsen har ikke i kvalitetsstandarder lagt op til at der kommer konsekvenser, hvis lægerne vælger ikke at samarbejde i forhold til akutfunktionen, eller hvis de ikke sikrer de fornødne aftaler om behandlingsansvar. Hermed kan man antage, at Sundhedsstyrelsen anlægger et funktionalistisk professions syn på lægerne, hvor de har tillid til at de handler uegennyttigt og ud fra deres viden og normer.

At Sundhedsstyrelsen vælger at lovgive omkring akutfunktionen kan vidne om, at de oplever at professionerne på nogle områder handler i uoverensstemmelse med politikernes forventninger og beslutninger. Eksempelvis ønsker politikerne, at patienterne skal udskrives hurtigere fra hospitalerne og deres symptomer skal opdages og behandles hurtigere i primær sektoren, så de som kan behandles hjemme, bliver behandlet hjemme. Især lægerne har ikke kunnet blive enige om hvilke patienter det drejer sig om. De praktiserende læger indlægger de patienter som de ikke mener, at de kan behandle på kompetent vis, og hospitalslægerne udskrives de patienter som de mener, at de praktiserende læger bør kunne tage behandlingsansvaret for. Der er langt fra enighed blandt lægerne om hvilke patienter som kan behandles hjemme, og de går ikke i dialog hverken med patienterne, sygeplejerskerne eller hinanden på tværs af sektorerne, men handler på patienternes vegne ved at indlægge eller udskrive patienterne ud fra deres faglige overbevisning. Kommunerne har taget deres del af opgaven alvorligt og indgår i samarbejde med andre kommuner om at opkvalificere sygeplejersker, så de har de rette kompetencer. Derudover opstiller kommunerne rammer for at sygeplejerskerne kan håndtere de akutte opgaver, når det kræves.

Man kan argumentere for det som de neoweberianske professions teoretikere kalder udvikling af en professionel bevidsthed om egne fortræffeligheder, der ignorerer borgernes, patienternes behov, samarbejdspartners ønsker og politikernes signaler. Ud fra dette perspektiv kan Sundhedsstyrelsen ikke have tillid til at professionerne handler uegennyttigt. Sundhedsstyrelsen er derfor nødt til at lovgive i forhold til deres strategier, for at tvinge de forskellige professioner til at prioritere og handle i forhold til helheder og ikke suboptimere hver deres område.

Tager man udgangspunkt i principal agentteorien, så kan man argumentere for, at Sundhedsstyrelsen mener, at lægerne enten er blevet for altruistiske og vil gøre alt hvad der står i deres magt for at behandle patienterne. Det gælder både i forhold til forskning og udvikling af nye behandlingsteknikker og i udvikling af nye medicinske produkter, uagtet den økonomiske bagside af denne udvikling og uagtet hvad politikerne har lagt af strategier for

prioriteringer. Eller også tillægger regeringen det syn på lægerne, at de er landsknægte i den forstand, at de udelukkende prioriterer de opgaver som de synes er spændende og som de har interesse i at varetage. Begge disse scenarier betyder, at lægerne har handlet egennyttigt og ikke tager hensyn til hvad samarbejdspartnere, politikere og patienterne har af holdninger og meninger. Lægerne har ud fra denne tankegang ikke haft syn for helheden, men udelukkende været koncentreret om deres faglige skøn. Det kan være en af årsagerne til at Sundhedsstyrelsen som principal, ikke har haft tillid til at lægerne handlede i forhold til deres strategier, og derfor har besluttet at lave en kvalitetsstandard som beskriver, hvordan samarbejdet i sundhedsvæsnen bør være fremover. Lægerne som agenter har derved ikke længere frie tøjler til at handle som de ønsker, men deres handlinger og prioriteringer bliver en del af en helhed i forhold til politikernes strategier for sundhedsvæsnen. Man kan så diskutere hvor meget styring Sundhedsstyrelsen tager som principal, når de ikke tydeligt beskriver lægernes roller og ansvarsfordeling. Sundhedsstyrelsen har således lagt opgaven og ansvaret for at akutfunktionerne skal lykkes med at behandle de borgere som kan derhjemme over til lægerne. Det kan have stor betydning for tidsperspektivet og for kvaliteten af håndteringen af opgaverne. Sundhedsstyrelsen har lagt op til drøftelser af ansvarsfordeling og roller til to parter som grundlæggende ikke er enige om, hvor opgaverne skal løses, og hvor den ene part ikke har nogle incitamenter til at ønske at løse disse problemstillinger.

## **5.2 Det organisatorisk plan**

Jeg vil i dette afsnit gøre rede for hvilken betydning de forskellige styringsparadigmer har for styring af det organisatoriske plan i sundhedsvæsnen. Jeg vil tage udgangspunkt i New Public Management, Neo Weberian State og New Public Governance. Jeg vil tillige se på hvilke syn på tillidsbegrebet disse styringsparadigmer opstiller. Jeg vil belyse hvordan de økonomiske incitamenter, fælles mål, fælles viden, gensidig respekt har på mulighederne for at de borgere som kan behandles hjemme også bliver behandlet hjemme. Når de tre store områder i sundhedsvæsnen hospitalerne, de praktiserende læger og hjemmesygeplejen skal arbejde sammen på nye måder, for at de borgere som kan behandles hjemme også bliver behandlet hjemme, er man nødt til at se på hvilke rammer der er givet de forskellige instanser og hvilke dele der fremmer og hvilke dele der hæmmer målet.

Det forudsætter et tættere samarbejde mellem hospitalslæger, praktiserende læger og sygeplejerskerne i kommunerne, når Sundhedsstyrelsens mål med akutfunktionerne er, at borgernes sygdomme og problematikker skal opdages og behandles så hurtigt som muligt i primærsektoren, og at patienterne kan udskrives igen hurtigst muligt. Det er nødvendigt, at sygeplejerskerne kan konsultere en læge i døgndrift. At lægen kan ordinere behandling til patienterne og sygeplejerskerne kan få fat i den nødvendige medicin som patienterne har akut behov for, for at undgå indlæggelse på hospitalet. Det kræver en åbenhed, hurtighed og præcision i kommunikationen vedrørende patienterne. På nuværende tidspunkt er

kommunikationen mellem hospitalslægerne og de praktiserende læger stort set udelukkende på skrift og i form af standardbeskrivelser. Der er i de praktiserende lægers overenskomst besluttet, at de praktiserende læger har 3 døgn til at reagere på en skriftlig korrespondance.<sup>120</sup> Derud over er det kutyme, at de praktiserende læger læser i de patienters journaler, som de skal have konsultationer med samme dag. De praktiserende læger har ikke en opsøgende eller en forebyggende rolle. Det vil betyde ekstra opgaver for de praktiserende læger, hvis de skal handle opsøgende i forhold til de patienter som bliver udskrevet.

Der er i Sundhedsaftalen en aftale om at hjemmesygeplejerskerne kan kontakte de praktiserende læger og de sammen tager hjem til borgere inden for 5 døgn efter deres udskrivelse hvor de lægger en plan sammen med borgeren om hvordan borgeren bedst muligt opnår deres habituelle tilstand igen.<sup>121</sup> Det er praktiseret meget få gange i 2018 i Albertslund kommune, da lægerne sjældent prioriterer disse besøg. En anden problematik er, at sygeplejerskerne på nuværende tidspunkt har en stor udfordring med at få fat i relevant medicin eller intravenøse væsker til de ordinerede behandlinger. Hvis lægen ordinerer medicin uden for almindelig arbejdstid og borgeren ikke har en pårørende som kan hente det på apoteket, så må sygeplejersken vurdere, om hun har tid til at hente medicinen, eller om hun er nødsaget til at indlægge patienten. På nuværende tidspunkt tillader sundhedsloven ikke sygeplejersker i kommunerne, at have et aflåst medicinskab med de hyppigst anvendte lægemidler som de har på hospitalerne.

Den nuværende økonomisk struktur foreskriver, at når patienterne udskrives, så stopper kommunens betaling til hospitalet. Kvalitetsstandarden for akutfunktioner beskriver, at hospitalslægerne fortsat kan have behandlingsansvaret og derved bruge ressourcer, når patienterne er udskrevet. Hospitalslægerne er normeret i forhold til hvor mange patienter afdelingen er estimeret til at have indlagt. Det betyder, at i forhold til nuværende organisering, så vil de udskrevne patienter som de har behandlingsansvaret for, tælle som overbelægning. Det kommer til at medføre, at lægerne har endnu mindre tid pr. patient. De praktiserende læger booker deres kalender med konsultationer. Det er konsultationerne som er deres største indtægtskilde. Det betyder, at de på nuværende tidspunkt ikke på forhånd sætter tid af i deres kalender til hjemmebesøg, for hvis ikke det er nødvendigt, har de spildt denne konsultationstid. Det betyder dels længere ventetid for patienterne og manglende indtægt for den praktiserende læge.

Hospitalerne bliver stadig mere specialiserede. De varetager de avancerede behandlinger med fokus på snævre diagnoser. Deres viden specialiseres i dybden på diagnoser og ikke i

---

<sup>120</sup>

[https://www.google.dk/search?source=hp&ei=DHwBW5GqA8iZsAGo8LG4Cw&q=praktiserende+l%C3%A6gers+overenskomst&oq=praktiserende+l%C3%A6gers+overe&gs\\_l=psy-ab.1.0.0j0i22i30k1l4.1359.7653.0.10968.26.16.0.10.10.0.152.1171.15j1.16.0....0...1c.1.64.psy-ab..0.26.1355...0i131k1.0.07YD76fjkWo](https://www.google.dk/search?source=hp&ei=DHwBW5GqA8iZsAGo8LG4Cw&q=praktiserende+l%C3%A6gers+overenskomst&oq=praktiserende+l%C3%A6gers+overe&gs_l=psy-ab.1.0.0j0i22i30k1l4.1359.7653.0.10968.26.16.0.10.10.0.152.1171.15j1.16.0....0...1c.1.64.psy-ab..0.26.1355...0i131k1.0.07YD76fjkWo)

<sup>121</sup> Ibid.



bredden som en helhedsvurdering af borgerens samlede situation. Der bruges store beløb på forskning og medicinbudgettet stiger årligt.<sup>122</sup> Det presser hospitalerne økonomisk. Det har blandt andet medført, at antallet af sengepladser på hospitalerne er støt faldende og antallet af ambulante behandlinger stiger. Når antallet af sengepladser falder, og muligheden for mere avancerede behandlinger stiger, medfører det, at det er de absolut mest syge patienter som er indlagte. Dermed udskrives patienterne meget hurtigere end tidligere. Når deres sygdomsbillede stabiliseres, bliver patienterne udskrevet, men det betyder ikke, at patienterne er blevet raske. Når patienterne udskrives fra hospitalerne, så har de ofte fortsat stort behov for behandling og pleje. De opgaver skal nu varetages i primærregi hos de praktiserende læger og i hjemmesygeplejen. Denne opgaveglidning betyder, at det er helt andre opgaver som skal varetages i primær sektor. Det medfører et øget ressourceforbrug og flere kompetencer hos de praktiserende læger og i hjemmesygeplejen, for at de kan behandle de udskrevne patienter.

Hospitalslægerne er ansat i regionen. De praktiserende læger er selvstændig erhvervsdrivende som lønnes af regionen. Det betyder, at de praktiserende læger bliver betalt for de ydelser de leverer. De ydelser og takster er aftalt via deres overenskomst. De praktiserende læger er almenmedicinsk uddannede. Deres opgaver har overordnet været, at se på det hele menneske og ikke specialisere sig i de enkelte diagnoser. De praktiserende læger har tidligere selv vurderet hvilke opgaver de kunne/ville varetage. Hvis ikke de vurderede, at de skulle varetage opgaverne, så indlagde de patienterne. På den måde var de fagligt garderet og de havde ingen økonomiske omkostninger forbundet med at indlægge patienten. Patienterne blev behandlet på hospitalet og blev først udskrevet igen, når de ikke var behandlingskrævende. De praktiserende læger kan fortsat indlægge patienterne, men hvis lægerne på hospitalerne vurderer, at patienternes symptomer ikke kræver, hvad de skalerer som avancerede behandlinger, så udskriver de dem igen til behandling hos praktiserende læge. Hermed er der sket en banebrydende ændring af opgavefordelingen idet det nu er hospitalslægerne som bestemmer, hvilke opgaver de praktiserende læger skal kunne varetage. Hvis ikke den praktiserende læge mener, at de kan varetage behandlingen af den udskrevne patient, så genindlægger han patienten.

Det betyder, at de praktiserende læger og hjemmesygeplejen får flere og mere komplicerede opgaver. De meget smalt men til gengæld dybt specialiserede læger på hospitalerne, vurderer på denne måde, hvilke opgaver som generalisterne skal kunne varetage. Udviklingen går meget hurtigt. Nogle af de opgaver som blev kategoriseret som avancerede for få år siden er nu rutineopgaver i hvert fald ud fra de specialiserede lægers vurderinger. Hvis ikke de praktiserende læger har samme opfattelse af hvad der er rutineopgaver, så kan det skabe problemer med opgavefordelingen og samarbejdet både i forhold til lægerne på hospitalerne, men også i forhold til sygeplejerskerne i kommunen. Det giver et øget arbejdspress for sygeplejerskerne, når de ikke ved hvilke læger de skal

---

<sup>122</sup> Ledelse i Sundhedsvæsnet s. 207

samarbejde med i forhold til borgernes sygdomme. Det giver en væsentlig øget udgift for kommunerne både i forhold til ressourceforbrug i sygeplejen og også i forhold til den kommunale medfinansiering af indlæggelser, når borgerne bliver indlagte og udskrevet og indlagte igen. Derud over kan man forestille sig, at borgerne oplever negative følelser som bekymring, frustrationer, vrede, frygt osv. Når der ikke er enighed om hvor vedkomne skal behandles.

Kommunerne er meget interesseret i at nedsætte deres udgifter til medfinansieret indlæggelser. Derfor har de i udstrakt grad interesse i at uddanne nogle sygeplejersker med særlige kompetencer til at kunne forebygge indlæggelser og varetage mere komplicerede opgaver, så vi også kan hjemtage borgerne hurtigere fra hospitalerne. De praktiserende læger har ikke umiddelbart nogle fordele ved at skulle kunne varetage mere komplicerede opgaver. Tværtimod. De oplever det som en ulempe, at de skal varetage opgaver som de ikke har rutine i at udføre. Derfor holder de meget stærkt på, hvad der står i deres overenskomst. Det betyder, at de praktiserende læger og deres faglige organisation PLO opfattes som obstruerende i forhold til akutfunktionen af regionerne og af kommunerne. I dag er de praktiserende læger organiseret således at de arbejder i dagvagter 5 dage om ugen, hvor de skal stå til rådighed for deres patienter og samarbejdspartnere som jobcentre, sundhedspleje, distriktspsykiatrien, praktiserende speciallæger, hjemmesygeplejen osv. Det betyder, at de praktiserende læger reelt ikke har mulighed for også at forlade deres klinik, for at tage på hjemmebesøg for at vurdere om en borger kan behandles hjemme eller om borgeren skal indlægges på hospitalet.

De forskellige styringsparadigmer har hvert deres syn på hvordan offentlige organisationer bør styres for at skabe en så effektiv og økonomisk rentabel sektor som muligt.

NPM ønsker at fremme markedsgørelse af de ydelser der leveres. I forhold til om det er de praktiserende læger eller det er hospitalslægerne som har behandlingsansvaret for de patienter som bliver udskrevet inden de er færdigbehandlet er der på nuværende tidspunkt nogle paradokser i forhold til økonomi og ressourcer. Hospitalslægerne mener, at de praktiserende læger må forventes at kunne færdigbehandle de patienter som hospitalslægerne har udredt, givet diagnose og lavet en behandlingsplan for. Hospitalslægerne har klare forståelser af, at deres opgaver er at varetage specialiserede avancerede behandlinger. Resten må andre tage sig af. Hospitalslægerne har fast uddannelse og kompetenceudvikling i deres arbejdsprogrammer. De ved præcis hvilke kurser og hvilke sparringsseancer der tilbydes dem i forhold til det speciale de arbejder i. Det er en del af deres arbejde at dygtiggøre sig inden for specialet. Langt de fleste praktiserende læger er almen medicinsk uddannet. De har en baggrund på hospitalerne og er gået i videre i almen praksis og er blevet selvstændigt erhvervsdrivende. Det medfører, at de selv bestemmer hvilke kurser og sparringsseancer de ønsker at deltage i og derved dygtiggøre sig og følge med udviklingen inden for lægefagligheden. De praktiserende læger har skrevet under på i deres overenskomst, at de skal være tilgængelige for patienterne i

tidsrummet 8.00 – 16.00 på alle hverdage. Der er mange praktiserende læger både på landsplan og i Albertslund kommune som har solopraksis, hvor de er ene om at passe klinikken. Det betyder, at hver gang de skal på kursus eller til sparring, så skal det foregå om aftenen eller de skal have en vikar.

Der står i de praktiserende lægers overenskomst, at de skal tage på hjemmebesøg, hvis de vurderer, at det er patientens behov.<sup>123</sup> Hvis lægerne skønner, at de ikke har mulighed for at tage på hjemmebesøg, og de vurderer, at patienten har behov for at blive tilset af en læge, så er der stor sandsynlighed for at de indlægger patienten på hospitalet. På denne måde har de handlet fagligt forsvarligt, men man kan diskutere om de har handlet bedst muligt menneskeligt ansvarligt ved at anbefale borgeren indlæggelse og om de har handlet økonomisk ansvarligt. Hospitalslægerne er normeret efter hvor mange sengepladser der er på afdelingen.<sup>124</sup> Det vil sige, at hvis der kommer flere patienter end der er senge, så har de svært ved at få ressourcerne til at række. Det gælder både i forhold til de patienter de skal tilse som de praktiserende læger ikke har haft ressourcer til og også i forhold til spørgsmålet om hvem der har ansvaret for patienternes behandling når de er udskrevet. De praktiserende læger oplever, at de får ansvaret for behandlinger som hospitalslægerne har i gang sat. De mener, at de har svært ved at varetage disse opgaver både i forhold til deres kompetencer og også i forhold til tid. Hospitalslægerne oplever, at de skal varetage vurderinger af patienter som de praktiserende læger ikke har haft tid til at se, og de vurderer, at mange af de patienter ikke burde være indlagt og derfor udskriver de dem igen. På nuværende tidspunkt ophører lægernes ansvar i det øjeblik, hvor patienten går fra den ene sektor til den anden. Det betyder, at både de praktiserende læger og hospitalslægerne oplever, at de varetager opgaver, som burde ligge i den anden sektor.

Konkurrence og markedslignende mekanismer i forhold til indlæggelser og efterbehandling efter udskrivelse af patienter, er ikke det store issue i det danske sundhedsvæsen. Der er private hospitaler, men de offentlige hospitaler er fortsat overbookede og oplever ikke konkurrence fra de private hospitaler. De praktiserende læger oplever, at få flere og flere patienter i deres portefølje, således at mange har lukket for tilgang af nye patienter.

Der hvor NPM har slået igennem i stor stil på sundhedsområdet er i forhold til de økonomiske incitamenter og i forhold til kontroller af målopfyldelse og dokumentation. Det er overenskomster mellem PLO, Kommunernes Landsforening og Regionerne som sætter de økonomiske rammer for de praktiserende læger, hospitalerne og kommunerne, når de får deres økonomiske rammer af regeringen. Med tildelingen af de økonomiske rammer har

---

<sup>123</sup>

[https://www.google.dk/search?source=hp&ei=DHwBW5GqA8iZsAGo8LG4Cw&q=praktiserende+l%C3%A6gers+overenskomst&oq=praktiserende+l%C3%A6gers+overe&gs\\_l=psy-ab..1.0.0j0i22i30k1l4.1359.7653.0.10968.26.16.0.10.10.0.152.1171.15j1.16.0....0...1c.1.64.psy-ab..0.26.1355...0i131k1.0.07YD76fjkWo](https://www.google.dk/search?source=hp&ei=DHwBW5GqA8iZsAGo8LG4Cw&q=praktiserende+l%C3%A6gers+overenskomst&oq=praktiserende+l%C3%A6gers+overe&gs_l=psy-ab..1.0.0j0i22i30k1l4.1359.7653.0.10968.26.16.0.10.10.0.152.1171.15j1.16.0....0...1c.1.64.psy-ab..0.26.1355...0i131k1.0.07YD76fjkWo)

<sup>124</sup> Ledelse i sundhedsvæsenet s. 207

regeringen også opstillet en række krav og mål for sundhedsvæsnet. De kræver grundig dokumentation af hvad pengene er brugt til og grundig dokumentation af udførelsen af de faglige handlinger, således at de kan følge om ressourcerne bliver brugt optimalt i forhold til størst faglighed for færrest penge.

Mange læger og sygeplejersker argumenterer for, at de bruger i uforbeholdt mange ressourcer på dokumentation af deres handlinger og forbrug. Hvis der kunne slækkes på de krav, ville de have mange flere ressourcer til at behandle patienterne, og de ville på den måde være langt mere effektive i forhold til deres kerneopgaver som bør være at behandle patienterne. De kritiserer de dokumentationskrav som NPM har medført og ytrer, at formålet med at sundhedsvæsnet skulle være mere effektivt når det er styret ud fra NPM tankegangen, drukner i kravene om dokumentation og den meget opdelt økonomiske styring. Man kan argumentere for at NPM på denne måde lægger op til suboptimering i de enkelte sektorer, og ikke helhedstænkning som der er brug for, så de borgere som kan behandles hjemme også bliver behandlet hjemme.

Udfordringen i forhold til akutfunktionens mål er ikke, at det er meget forskellige opgaver og funktioner som de praktiserende læger og hospitalerne udfører. Udfordringen er, at de ikke er enige om hvornår den enes opgaver og ansvar ophører overfor patienterne, og hvornår den anden tager over. De økonomiske incitamenter i forhold til akutfunktionen, er på nuværende tidspunkt kun understøttet i forhold til kommunens andel. Kommunerne ser en stor fordel i at opgradere sygeplejerskerne, således at borgerne kan blive behandlet hjemme. Dels giver det ofte mest borgertilfredshed og dels sænker det udgifterne til den kommunale medfinansiering til indlæggelser. Dog er kommunen ikke altid herre over om borgerne bliver indlagt på hospitalerne, da beslutninger vedrørende indlæggelse af borgerne ofte ligger hos lægerne enten de praktiserende eller hospitalslægerne. På denne måde skal kommunerne både finansiere akutfunktioner og medfinansierede indlæggelser, uden at de reelt har mulighed for at påvirke disse udgifter.

En af udfordringerne i NPM tankegangen i forhold til akutfunktionens formål om at behandle de patienter hjemme som kan det er, at der ikke er hverken et økonomisk eller et fagligt incitament for de praktiserende læger i at have det fælles mål. De tjener færre penge og har flere opgaver i forbindelse med et hjemmebesøg, end hvis de indlægger patienten. Det gælder både i forhold til lægefaglige opgaver og i forhold til dokumentation af disse opgaver. Derudover er det forbundet med økonomiske tab, når de praktiserende læger skal tage kurser og kompetenceudvikle sig. Da det betyder, at de ikke kan varetage lægefaglige opgaver i det tidsrum, og de er kontraktligt bundet af, at deres indtægt er afhængig af de ydelser de udfører. Hospitalerne ønsker, at det er de rigtige patienter som ligger i sengene, og at de ikke har for mange patienter, så de enten skal ligge på gangene eller at hospitalslægerne har ansvaret for deres behandlinger der hjemme. Omvendt ønsker hospitalerne ikke tomme senge, da de får betaling for de behandlinger de udfører. Det vil sige, at hvis der skulle være tidspunkter, hvor der ikke er nok patienter, så har kommunen

ikke mulighed for at tjekke om det er nødvendigt at indlægge de patienter som hospitalslægerne gør. Det er en udtalt forståelse fra kommunernes side, at de skal være bedre end nabokommunerne til at forebygge sygdomme og behandle borgerne hjemme, i håb om at det er nabokommunernes borgere som bliver indlagte.

Denne forståelse lægger ikke meget op til tillid. Alt skal måles og kontrolleres. Det er tidskrævende og man kan argumentere for, at det ikke giver den sikkerhed for optimalt brug af ressourcer som egentlig er NPM's logik. Lægerne som profession er enerådige i forhold til de lægefaglige vurderinger, og de vil kunne argumentere for deres handlinger i forhold til indlæggelser og udskrivninger som ikke kan modsiges. Når der styres efter termer som økonomi, mål og evalueringer, så handler medarbejderne efter de samme termer. I den forståelse er man en god medarbejder, når man holder budgetrammen, når man har dokumenteret sine handlinger og man har arbejdet effektivt, eksempelvis ved at have patienten indlagt i kortest muligt tid. Det er ikke nødvendigvis det bedste for patienten og heller ikke nødvendigvis det bedste økonomisk set, hvis man ser på hele patientforløbet. Det kan meget vel være muligt, at nogle få ekstra indlæggelsesdage i nogle tilfælde ville betyde, at patienten havde flere kræfter og ressourcer til at komme sig oven på sygdom, når de kom hjem. De ville derfor ikke have behov for ekstra hjælp fra hjemmeplejen eller genindlæggelse efter kort tid, som vi oplever at nogle borgere har i dag.

Patienterne kan ikke selv vælge hvilket hospital de vil indlægges på, da hospitalerne er specialeopdelte. I princippet kan man vælge sin praktiserende læge, men da der er få praktiserende læger som har åben for nye patienter, så er konkurrencen mere af navn end af gavn. Det er derfor meget begrænset, hvor meget markedsandelen af NPM perspektivet er slået igennem i det danske sundhedsvæsen.

Det fører mig hen til det næste styringsbegreb som er Neo Weberian State.

NWS er som styringsparadigme også interesseret i at have en effektiv styring i forhold til økonomi, mål og evaluering. De lægger i tillæg op til at borgernes/patienternes oplevelse af behandlingen og forløbene i sundhedsvæsenet skal være et af de styrende mål. Ser man på akutfunktionen i forhold til NWS som styringsparadigme, så skal koordinering og patientforløbet som helhed have en meget større opmærksomhed. Det skal økonomisk kunne betale sig for både de praktiserende læger, hospitalerne og kommunerne at skabe gode og sammenhængende patientforløb, hvor de som kan også bliver behandlet hjemme.

NWS tager udgangspunkt i Webers principper om at staten spiller en central rolle i styringen af den offentlige sektor og bidrager til at sikre legitimitet. Derudover gælder lighed for alle individer og grupper som beskytter mod vilkårlige handlinger og beslutninger.

Sundhedsvæsenet skal været styret således at rammerne sikrer, at alle borgere bliver behandlet lige og det skal ikke være tilfældigt om den praktiserende læge har mulighed for at tage på hjemmebesøg og vurdere om borgeren kan behandles hjemme. Man kan argumentere for at regeringens beslutning om akutfunktionen i hjemmesygeplejen, er et

sådan tiltag. Staten opstiller rammer for, hvordan samarbejdet i sundhedsvæsenet skal fungere og lader ikke længere tilfældighederne i forhold til ressourcerne hos de forskellige aktører styre forløbene. De praktiserende læger kan kontakte akutsygeplejersken som har ressourcer og kompetencer til at foretage nogle akutte observationer og vende tilbage til lægen og eventuelt få ordineret, at der skal tages nogle prøver. Således bliver lægens vurderinger i forhold til om borgeren kan behandles hjemme fagligt underbygget og er ikke udelukkende et spørgsmål om lægens ressourcer til at besøge borgeren. Man kan efterfølgende måle på om denne styring medfører, at de borgere som kan behandles hjemme også bliver det, og eventuelt evaluere om der skal andre handlinger og styringsmekanismer til for at nå målene.

Så er spørgsmålet om den praktiserende læge har tillid til at sygeplejerskerne kan varetage disse opgaver. Erfaringerne viser fra de kommuner som allerede har erfaringer med akutfunktioner, at det er meget varierende hvor meget de praktiserende læger benytter akutfunktionens sygeplejersker. Nogle praktiserende læger mener, at det er et rigtig godt tiltag, og de mener bestemt, at det forebygger nogle indlæggelser. Andre praktiserende læger mener fortsat, at patientens behandling kræver lægefagligt tilsyn, og har de ikke selv tid, så indlægger de patienten så vedkomne kan blive set af en læge på hospitalet.

Teoretikere inden for NWS vil argumentere for, at man skal se på patientforløbet som en helhed og ikke se det fragmenteret i forhold til de forskellige sektorer og de forskellige fagligheder. Hvis vi vender fokus fra at tænke i opdelinger af opgaver til at tænke i helheder, så vil lægerne også se koordinering og kommunikation på tværs af sektorer og fagligheder som en vigtig del af deres opgaver. Der er ingen af de læger som jeg interviewede, som så det som deres opgave at sikre patientforløbet på tværs af sektorerne. De havde udelukkende blik for deres egen andel af patientforløbet og argumenterede afværgende med, at de ikke kendte til de andres opgaver, og at de havde tillid til at deres kollegaer gjorde hvad de kunne.

Ud fra NWS tankegang vil fokus på helheder føre til både bedre kvalitet af patientbehandlingerne og også forbedre effektiviteten og derved sikre en både mere effektiv og økonomisk rentabel styring af sundhedsydelse. Derudover vil det føre til bedre patienttilfredshed. NWS lægger vægt på, at disse faktorer kan og skal måles og evalueres, således at vi sikrer en høj effektivitet og leverance af service til patienterne/borgerne. Tilgangen i NWS er, at vi i sundhedsvæsenet skal mere end at overholde gældende lovgivning over for patienterne. Vi skal skabe værdier som tillid, ansvarlighed og respekt. Disse værdier skal være styrende for den måde vi samarbejder på, både i forhold til patienterne/borgerne, samarbejdspartnere og den måde der styres og ledes på i organisationerne. Dog vil jeg argumentere for, at når Sundhedsstyrelsen ikke har sikret klare rammer i akutfunktionen vedrørende lægernes opgaver og roller, så bliver det igen individuelt, hvordan de forskellige læger ønsker at behandle patienterne, om de tager på hjemmebesøg eller om de indlægger patienterne på hospitalerne. Der er i NWS lagt op til

en højere grad af tillid til de professionelle. Det er deres fagligheder som skal indfri ønsket om helhedstænkning, og man lægger op til at de økonomiske ressourcer følger patienten.

Kritikken af NWS kan være, at der er for meget tillid til at de professionelle vil handle uegennyttigt i fællesskab med andre professionelle og til gavn for borgerne. Kritikken af NWS kan også indeholde deres positive tilgang til det hierarkiske system som kan være kendetegnet ved at de professionelle ser op og ned i den organisatoriske styringskæde, men ikke til siderne. Derud over lægger NWS op til, at det er de professionelle og patienterne i samarbejde som skal sikre de gode forløb. Det vil sige, at det bliver udelukkende sundhedsfaglig viden og patienternes oplevelser som skal definere patientforløbene. Der er ikke i denne logik lagt op til meget innovative løsninger.

At værdier som tillid, ansvarlighed og respekt er vigtige i styring og ledelse af den offentlige sektor er New Public Governance paradigmet enige i. De mener dog, at måden hvorpå vi skal opnå disse værdier, skal tænkes anderledes end det som NWS lægger op til.

NPG som styringsparadigme prioriterer tværgående dialoger og bottom up styring. De mener, at etablering af tværgående netværk bør være omdrejningspunktet for koordination og problemfokuseret styring. I forhold til akutfunktionerne og samarbejdet på tværs af sektorer og fagligheder, så vil det betyde, at hospitalslægerne, de praktiserende læger, sygeplejerskerne i akutfunktionen, patienten og eventuelle pårørende sammen skulle drøfte forløbet og besluttet hvem der skulle gøre hvad. Dette samarbejde skal bygge på tillid og på erkendelsen af, at parterne er afhængige af hinanden for at skabe de bedst mulige resultater. NPG paradigmet mener, at vi skal se på de forskellige problematikker langt bredere end kun at skelne mellem de forskellige sundheds fagprofessionelles kompetencer og ressourcer. De mener, at alle relevante og berørte parter bør gå sammen i konstruktive samarbejder og sammen finde løsninger. Dette gælder både for de individuelle patientforløb, men også i forhold til organisering af samarbejder mere generelt, hvor man dels kan trække på viden og erfaringer fra patientorganisationer og det private erhvervsliv, som kan tænkes at have viden på andre områder, som kan berige patientforløbene som for eksempel velfærdsteknologier.

NPG lægger vægt på, at det er de involverede parter som lægger rammerne for hvordan styring af forløbene skal være. De anser ressourceudnyttelse som værende optimeret gennem NPM og vil gå skridtet videre og fokusere på ressourcemobilisering og ressourceudveksling. Ressourcemobilisering mener de, at vi kan etablere ved at de involverede parter erfaringer, motivationer og faglige kompetencer bringes i spil i forhold til både det enkelte patientforløb, men også i forhold til planlægningen og organiseringen af patientforløb bredt. Ressourcemobilisering handler dels om hvordan vi kan understøtte det enkelte patientforløb rent sundhedsfagligt, men det handler også om hvordan vi kan understøtte patientens og pårørendes ressourcer. Ikke mindst handler det om at lytte og spørge ind til, hvad det er patienten og pårørende mener at deres behov er, og hvilke mål de har for forløbet.

Ressourceudvekslingen kan ske ved at vi deler vores viden og får indblik i hinandens verdener. Dette kan blandt andet opnås ved at vi udveksler medarbejdere på tværs af primær og sekundær sektor. Det kan dels være på sygeplejerske og dels være på lægedelen, således at vi opnår større forståelse for hinandens forskellige prioriteringer. Men det kan også handle om, at vi i langt højere grad involverer det private erhvervsliv og civilsamfundet. NPG lægger op til at vi skal turde at gå nye veje. At sundhedsvæsnets bredt og lægevidenskaben bør have fokus på, at den offentlige sektor er kendetegnet ved at skabe værdi for samfundet som helhed og at de med deres sundhedsfaglige viden kun besidder en del af de ressourcer som det kræver at skabe effektive patientforløb af høj kvalitet. Det kræver, at vi dels har mod på at høre andres holdninger og vinkler, og dels har tillid til at det som de andre kan tilbyde også har værdi i forhold til patientforløbene.

NPG som styringsparadigme lægger op til en høj grad af tillid. Det lægger op til at de involverede parter arbejder på målopfyldelse inden for bredt definerede rammer og ikke i forhold til en stram styring hverken i forhold til økonomi og ressourcer. Det lægger op til at processerne, hvor mange aktører stiller deres ressourcer til rådighed, har fokus på at realisere de fælles målsætninger. Dog antager de, at sociale og politisk handling bygger på blandede motiver, hvor bestræbelser for at tilgodese egne interesser eksisterer side om side med handlinger der formes gennem skiftende fortolkninger af normer, værdier og identitetskonstruktioner. I forhold til akutfunktionen og de tværfaglige samarbejder på tværs af sektorerne, så kan et reelt ønske om tværsektorielt samarbejde for at forbedre kvaliteten i patientforløbet optræde sideløbende med et ønske om at effektivisere patientforløbet, således at patienten enten kan behandles hjemme eller kan udskrives så hurtigt som muligt. På lignende vis kan repræsentanter for det private erhvervsliv have et reelt ønske om at hjælpe borgere/ patienter i deres forløb, parallelt med ønsket om en indtægt i forhold til salg af deres produkter.

Når MPG skifter fokus på styring fra institutioner til processer betyder det, at det ikke længere er lægerne og hospitalerne som institution som suverænt styrer patientforløbene. De spiller kun en begrænset rolle i styringen. Ifølge governance tankegangen er der en flerhed af forskellige aktører, som formulerer og realiserer fælles målsætninger gennem formelle og uformelle processer. Det vil sige, at vi i denne forståelse skal fokusere meget mere på, hvad der er det gode patientforløb og hvad der giver mening og værdi for de involverede parter som både inkluderer patient, pårørende, medarbejdere, det private erhvervsliv, civilsamfundet osv. Vi skal ikke på det organisatoriske plan hænge os i om patienten bliver behandlet det ene eller det andet sted, eller om det er en hospitalslæge eller en praktiserende læge som har behandlingsansvaret. Det skal ikke være rammerne som er styrende for det gode patientforløb. Det skal være patientforløbet der er styrende for hvad der er gode rammer.

NPG lægger op til samproduktion og samskabelse. Samproduktion handler om borgernes deltagelse i produktion af egne eller andre velfærdsservices. Denne ideologi går svært i takt



med den meget stramme styring der lægges op til i forhold til akutfunktionerne. Hvor det fra det organisatoriske plan besluttes om det er hospitalslægen eller den praktiserende læge som har behandlingsansvaret. I denne forståelse bliver det svært at se, hvor borgerperspektivet eller civilsamfundet kan gøre en forskel på om borgeren kan behandles hjemme. Samskabelse som begreb vil også have svære vilkår i forhold til akutfunktionen. Både de praktiserende læger og hospitalslæger som jeg talte med i interviewene gav udtryk for at bedre kommunikation og koordinering ville forbedre mulighederne for at de borgere som kan behandles hjemme også bliver behandlet hjemme. Men de gav alle udtryk for at den måde hvorpå deres rammer og opgaver er struktureret på, på nuværende tidspunkt, så fandt de det svært at effektuere. De ved simpelthen ikke, hvordan eller hvornår de skulle få kontakt til hinanden, uden at det ville være en forstyrrelse for den anden part. Flere af dem havde eksempler på, hvor de havde kontaktet en kollega fra den anden sektor og med succes havde koordineret et patientforløb, men de understregede, at det foregik i meget sjældne tilfælde.

NPG lægger op til meget anderledes tænkninger og prioriteringer end det som sundhedsvæsnets kultur og praksis for. Sundhedsvæsnets organisatorisk og i kræft af medarbejdernes selvforståelse stærkt silo opdelt i deres organisering og i deres opgavefordeling og samarbejde. Det vil dels kræve nogle meget revolutionerende nye måder at tænke dels opgaver og samarbejde på. Magtstrukturer vil påvirkes gennemgribende, da det på nuværende tidspunkt er lægerne, som har den ubestridte magt i patientforløbene og det vil ændres, hvis der er flere aktører, som byder ind på lige fod. Hvis NPG som styringsparadigme skal have mere gennemslagskræft i sundhedsvæsnets, vil det kræve en anden organisering både af fagligheder og af de økonomiske ressourcer end vi har i dag.

### 5.3 Individ plan

I ovenstående teori afsnit har jeg redegjort for nogle af Gittells pointer i forhold til relationel koordinering. I det efterfølgende vil jeg beskrive nogle af de fund, som denne teori har fået mig til at fokusere på i forhold til informanternes udtalelser vedrørende deres samarbejde. Jeg tager udgangspunkt i de tidligere omtalte kodninger roller, samarbejde, kommunikation, fælles viden, fælles mål, gensidig respekt og tillid.

En af Gittells pointer er, at det ikke er nok, at de ansatte er dygtige til deres fag de skal også kunne samarbejde, hvilket kræver koordinering og kommunikation<sup>125</sup>. Hvis ikke vi kan samarbejde på en mere hensigtsmæssig måde, vil patienterne fortsat opleve u hensigtsmæssige forløb. Det underbygges af registreringer af Utilsigtede Hændelser i Dansk Patient Sikkerheds Database, hvor der i 2016 i Danmark blev registreret 13.530

---

<sup>125</sup> Effektivitet i Sundhedsvæsnets s. 16

utilsigtede hændelser i overgangen mellem hospitaler, praktiserende læger og hjemmesygeplejen. Vi har i Albertslund kommune lavet en ikke videnskabelig audit som viser, at der er fejl eller mangler i 58% af udskrivelserne fra de hospitaler som vi samarbejder med.

Gittell definerer kvaliteten af samarbejde ud fra relationel koordinering og kommunikation. Relationel koordination defineres som fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. Gittell definerer god kommunikation som værende god timing, hyppig, præcis og fokus på Problemløsning.

Akutsygeplejerskerne kæmper for at deres tværfaglige samarbejdspartnere får øje på deres funktion og rolle, og at de har tillid til at de kan benytte deres kompetencer. Nogle af deres udfordringer har været, at det er en relativ ny funktion. De praktiserende læger benytter funktionen i divergerende grad. De to hospitalsoverlæger som jeg interviewede kendte ikke til akutfunktionerne og hvad sygeplejerskernes kompetencer er. En akutsygeplejerske udtaler på mit spørgsmål om hvilke roller hun ser som de vigtigste for henholdsvis de praktiserende læger, hospitalslægerne og kommunens sygeplejersker i forhold til akutfunktionen:

*"Hvis bare de egentlig er åben for ideen, så er meget jo vundet. De skal jo også have viden om at vi er der, så de kan bruge os. Det det står og falder meget på er jo egentlig relationer. For så snart man kommer på talefod med en praktiserende læge eller en hospitalslæge, så kan meget jo tit lade sig gøre."*

Denne oplevelse af vigtigheden af relationer bakkes op af flere af de interviewede. En hospitalslæge udtaler:

*"Jamen det er et paradoks fordi når man i virkeligheden får etableret en direkte kontakt, så viser det sig, at de barriere der faktisk er i systemet også kan overvindes. Det at tale direkte og det er menneske til menneske og man taler om en eller anden udfordring, så er langt de fleste interesseret i at lave en løsning."*

Selvom hospitalslægen har denne erfaring oplever begge hospitalslæger, at der ofte ikke er fælles mål mellem de praktiserende læger og hospitalslægerne. Hospitalslægerne ser sig selv som dem som varetager de avancerede behandlinger. Så snart patienten er blevet stabiliseret, så skal de hjem til videre behandling. De oplever, at de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne indlægger patienterne, når de bliver utrygge i forhold til patientens tilstand. Når patienten bliver indlagt på hospitalet, så kan hospitalslægerne konstatere, at patientens fysiske tilstand i forhold til sygdom ikke har ændret sig siden udskrivelsen, og patienten bliver udskrevet igen. En hospitalslæge udtaler:

*” Det er ikke ufarligt at blive indlagt. Hvis vi kunne undgå de unødvendige indlæggelser, så ville vi have mere tid til de rigtige patienter. Det er dybt frustrerende. Patienten er ulykkelig, pårørende er ulykkelig. Det er i virkeligheden ulykkeligt for alle parter. Vores motto er: Patienten i centrum. Det er de ikke og det er frustrerende.”*

En anden hospitalslæge udtaler:

*”Lige nu så er vi derhenne, at jeg ikke ved hvor jeg har praktiserende læge i det her spil her, fordi der har været lidt hårdknude i samarbejdet imellem primærsektoren og sekundærsektoren.”*

På den anden side står de praktiserende læger. De er meget bekymrede for udviklingen af deres arbejdsopgaver. De har alle flere patienter i deres praksis end de nogen sinde har haft før. De oplever, at der er mange interessenter som har meninger om, hvilke opgaver de bør lave. De er bekymrede for at hospitalslægerne fremover udskriver patienterne endnu hurtigere end i dag, og en bekymring kan være om de fagligt kan håndtere de mere komplicerede problemstillinger. En praktiserende læge udtaler:

*”Nu kan vi ikke få det rigtig til at virke med vores overenskomst, men det er blandt andet noget med omkring 25000 diabetes patienter der kommer over i ambulatorierne. De skal ud i almen praksis. Så man regner med, at det er noget med 7-8 pr. kapacitet, og der skal være noget med at de overleverer til os, men hvordan og hvem der skal...det ved de ikke endnu, men overenskomsten trådte i kraft den 1/1 2018.”*

Den praktiserende læge fortsætter:

*”Jeg frygter måske, at der er flere der bliver udskrevet for tidligt fordi vi har akutfunktioner. Jeg tror, at der bliver meget med at vi skal sidde sammen med akutteamet og sige, er det her okay?...Der skal vi nok være lidt skarpe sammen med akutteamet og sige, at det her er ikke forsvarligt.”*

En anden praktiserende læge udtaler i forhold til samarbejdet med hospitalslægerne:

*Altså der er jo ikke rigtig noget samarbejde i forvejen. Vi får epikriser...I vores nye overenskomst er der noget med at sikre sektorovergangene bedre med røde og gule epikriser...hvor vi bliver pålagt en opsøgende funktion...så længe at det ikke handler om at vi får virkelig syge og dårlige patienter som burde være der noget længere...men altså så ryger de jo nok ind igen.”*

Disse udtalelser kan tyde på, at der ikke er fælles mål mellem de praktiserende læger og hospitalslægerne i forhold til hvilke patienter som kan behandles hjemme. Altså hvilke

opgaver der skal være i hospitalsregi og hvilke opgaver som skal være i primærregi. Det kunne tænkes at være en af konsekvenserne ved at Sundhedsstyrelsen ikke formulerer klart og tydeligt hvilke opgaver der ligger hos henholdsvis de praktiserende læger og hospitalslægerne. Akutsygeplejerskerne stiller ikke spørgsmålstegn til hvilke opgaver eller funktioner som de har. Det står klart og tydeligt i kvalitetsstandarderne. Deres usikkerhed og frustrationer går ligesom lægernes på, at der ikke er klarhed over hvilke læger de skal samarbejde med i hvilke patientforløb.

Den praktiserende læge fortsætter i forhold til samarbejde:

*”Men det som vi ikke vil, det er at så kan de sige, at så kan du gå op til den egen læge og få taget en blodprøve, for eksempel hvis de skal have svar i ambulatoriet, altså vi vil ikke blive sygehuslægeres sekretærer, det vil vi altså ikke.”*

Denne udtalelse kunne være et udtryk for det som Gittell kalder for professioner med stærk identitet, eller det som Le Grand vil betegne som landsknægte. Det optager den praktiserende læge mere, hvilken rolle hun får tildelt end det fælles mål, at patienten kan behandles hjemme eller ambulantly.

De forskellige parter er afhængige af hinandens indsatser. Det har for eksempel stor betydning for om patienterne kan behandles hjemme, at hospitalslægerne har ordineret, dokumenteret og sendt recept på serveren til apoteket, så sygeplejersken kan give borgeren den ordinerede medicin. Hvis noget går galt i denne proces, så har sygeplejersken ikke mulighed for at komme videre med hendes opgaver, uden at kontakte hospitalslægen og få vedkomne til at udføre disse opgaver. På samme måde er hospitalslægerne afhængige af, at der er dokumenteret borgerens normale tilstand, medicin og ændring i tilstand, når en borger indlægges. En hospitalslæge fortæller:

*”Når vi får patienterne ind, så oplever vi nogle gange at det er rent kaos. Medicinlisterne er ikke opdateret. Der ligger en masse løse recepter som vi på ingen måde har en chance for at overskue på vores nye system. Vi kunne som minimum bruge en henvisning. Det kunne forbedre det en del og det gælder både for de praktiserende læger, 1813 og 112.”*

Fokus på ressourcer og kompetencer er også vigtige parametre i samarbejde med fælles mål. For eksempel er det afgørende, at alle parter er enige om, hvilke opgaver der ligger hos dem og hvilke roller de har. Det er tydeligt i de interviews som jeg har lavet, at der er forskellige meninger om hvilke opgaver der skal varetages hvor. Et springende punkt er intravenøs behandling (IV. Behandling) Der er ikke enighed blandt lægerne om hvor behandlingsansvaret skal være. En praktiserende læge udtaler:

*”Det er i virkeligheden overdragelsen fra hospital til primær, hvor vi skal overtage det lægelige, og der må man nok sige, lige nu mener vi ikke, at en patient som fortsat får IV behandling er færdigbehandlet...vi har ikke nogen rutine i jonglering med de forskellige intravenøse behandlinger. Det synes jeg ligger meget godt hos den der har ordineret det.”*

Hospitalslægerne som jeg har talt med har et helt andet syn på hvilke opgaver der skal overdrages til primærsektoren. De mener ikke, at patienterne skal være færdigbehandlet på hospitalet, men at deres opgaver er at stabilisere patienterne i deres sygdom og lave en plan for behandlingen. Derefter kan den praktiserende læge overtage behandlingsansvaret. En hospitalslæge udtaler:

*”Ja det er sgu farligt at være syg og være på hospitalet. De er ikke raske når de kommer hjem. Der er stor risiko for at sygdommen kommer igen hurtigt, i hvert fald hos kronisk syge patienter og der risikerer også at støde andre komplikationer eller sygdomme til. Men det betyder ikke, at patienterne skal indlægges, for vi kan ikke gøre mere for ham.”*

Ifølge Gittell kræver gensidig respekt, at man ved hvilke opgaver den anden part har. Samarbejde med gensidig respekt kræver tillid og fokus på opgaveløsning og ikke pegende fingre. De praktiserende læger som jeg interviewede, er alle læger med væsentlig praksis erfaring. Det betyder, at det er mange år siden at de praktiserende læger har arbejdet på hospitalet. Den ene hospitalslæge har for nylig været praktiserende læge og den anden har aldrig været i en praksis. Det betyder, at det kun er den ene læge som kender til arbejdet i både primær og sekundær sektor. Det er de meget bevidste om, men de er i tvivl om, hvordan de skal kompensere for den manglende viden og indsigt i hinandens arbejde. En hospitalslæge udtaler:

*”Altså i bund og grund aner vi ikke hvad hinanden laver. Vores specialer, vores opgaver og hele vores perspektiv verden er så væsentlig forskellig fra hinandens. Det skal det også være, for der er jo ikke to instanser der skal lave nøjagtigt det samme vel? Men udfordringen er, at vi ikke har nogen kontakt. Vi har ikke en egentlig kommunikation og vi har ingen relationer til hinanden.”*

Dette citat viser de svære vilkår for samarbejde og relationel koordinering mellem primær og sekundær sektor i forhold til de indbyrdes afhængigheder de forskellige roller har i forbindelse med behandling af patienterne. I forhold til gensidig respekt udtaler samtlige interviewede, at de har respekt for hinandens opgaver og arbejde med patienterne/borgerne. De er vidende om, at det grundet ressourcer og forskellige kompetencer kan være vanskeligt for dem at videregive opgaverne i den takt de ønsker og i den forbindelse ved de godt, at samarbejdet bliver udfordret. En hospitalslæge udtaler:

*”Hvis man får at vide, at det kan jeg ikke hjælpe dig med, når man kontakter andre, så bliver tonen nok begrænset respektfuld. Det er ikke fordi man ikke vil samarbejde eller være respektfuld, men fordi vi alle hurtigt skal have fikset nogle opgaver”.*

Dette citat understreger Gittells pointe om at tidsfaktoren også er et væsentlig element i samarbejdet og den relationelle koordinering. Når tingene skal gå stærkt, så kan vi dels have behov for at hurtig hjælp og dels kan kommunikationen være præget af manglende præcision eller rettidighed. Alle lægerne taler om manglende tid og ressourcer. Flere taler om nedskæringer og at de forskellige sektorer er skåret helt ind til benet. De taler om, at der ikke er tid til samarbejdet. Akutsygeplejerskerne har rigeligt tid. De venter på at blive brugt til at kunne observere, måle sundhedsfaglige værdier og behandle de borgere som kan det i deres eget hjem. Gensidig respekt handler også om fælles viden, kendskab til hinandens kompetencer og fælles mål. Hvis forventningerne til andres forholden sig til opgaverne ikke bliver afstemt, så kan det fjerne fokus fra opgaveløsningen til at handle om hvem der vil samarbejde og hvem der ikke vil. En praktiserende læge er meget kritisk i forhold til samarbejdet med hospitalslægerne og udtaler:

*”Nej men altså de laver jo mindre og mindre og folk kommer ud hurtigere og hurtigere”*

Hun forholder sig ikke til hvilke opgaver hospitalslægerne laver, men konstaterer at patienterne kommer hurtigere hjem fra hospitalerne. Dette kræver formentlig, at hun varetager nogle af de opgaver som hospitalslægerne varetog tidligere.

Samarbejde kræver også kommunikation. Gittell definerer god kommunikation som værende god timing, fokus på hyppighed og præcision. Både Hospitalslægerne og de praktiserende læger taler om måden de kommunikerer sammen. På nuværende tidspunkt kommunikerer de stort set udelukkende skriftligt. I de praktiserende lægers overenskomst står der, at de har tre dages responstid på en skriftlig korrespondance og op til fem dage før de skal besøge en patient. Flere af dem kan se nogle udfordringer ved det i forhold til udskrivelse af patienter. Samtidig har de svært ved at se hvordan de skal få mulighed for at kommunikere telefonisk. En praktiserende læge udtaler:

*”Hvis man begynder at snakke om besøg hos patienten med få dages varsel, der mener jeg, at så skal vi have en opringning...også fordi at den der har afleveret opgaven, skal vide at der er en som har modtaget den. Når du skriver noget, du aner jo ikke, hvornår de læser den.”*

En hospitalslæge udtaler vedrørende telefonisk kontakt.

*”I bund og grund slipper vi opgaverne, patienterne og stoler blindt på, eller håber på at der er nogle andre som griber eller overtager opgaverne i den anden ende. Der er ingen der følger op på om opgaverne bliver taget. Det skal vi heller ikke, for vi skal jo ikke forstyrre*

*hinanden unødvendigt, men nogle gange kan jeg i hvert fald godt have en lille tvivl eller usikkerhed over om der nu bliver taget sig af patienten, når nu jeg udskriver ham.”*

Ifølge denne læge foregår hele kommunikationsdelen mellem sektorerne elektronisk og automatisk.

Der er ikke en ensretning af IT-systemer i sundhedsvæsenet. De praktiserende læger har frit valg i forhold til hvilke IT-systemer de ønsker at købe og benytte. Hospitalerne er nu blevet underlagt at benytte et specifikt IT-system. Det system er udelukkende designet til hospitaler. Der er delvis integration til de systemer som de praktiserende læger og kommunerne benytter. De kan sende beskeder til hinanden, men de kan ikke tilgå hinandens systemer, så de kan ikke få adgang til at se hvad de andre har dokumenteret eller hvilke prøver patienten har fået foretaget. Kommunerne har igen nogle helt andre systemer som er udviklet til dem. De kan sende beskeder til de praktiserende læger og til hospitalerne, men hospitalerne og de praktiserende læger har ikke adgang til kommunens journaloplysninger. Der er ikke lavet procedure for hvilke informationer der skal deles med de andre dele af sundhedsvæsenet i forhold til patientforløbene. Der er derfor ikke meget systematik i hvilke informationer der bliver overdraget til samarbejdspartnerne i patientforløbene. Det er op til den enkelte medarbejder at vurdere. Dette kan være problematisk i samarbejdet både i forhold til fælles viden og i forhold til præcis kommunikation. Informationerne bliver ikke givet automatisk, så der er heller ikke sikkerhed for at de bliver givet rettidigt. På spørgsmålet om relevante patientoplysninger udtaler en akutsygeplejerske:

*”Vi får en eller anden halvkvad vise fra en arme studerende der har skullet skrive et eller andet til en hjemmepleje hun ikke kender og ja der står i bedste fald ingen ting i...Hvis nu vi fik epikrisen, der står måske lige de sidste blodprøver.”*

En af de praktiserende læger mener ikke, at den nuværende form for epikrise er opskriften for præcis kommunikationen mellem hospitaler og primær sektor. Han siger:

*”De skriver i en epikrise, at der skal gøres noget, sådan med løs hånd...Der kunne hospitalslægerne godt være bedre til at tænke fremadrettet, hvad er det egentlig der skal til for at det her virker. Jeg tror at overdragelsen, det er en vigtig problematik.”*

Relationel koordinering ligger i tråd med NPG i forståelse af netværkstankegange. Med deres fokus på gensidig respekt taler de sig ind i brobyggende social kapital hvor organisationer bliver bedre til at samarbejde og koordinere på tværs. Jody Gittell fokuserer på arbejdsgange og processer. Ifølge Thygesen og Vallentin er man i offentlige organisationer, vant til at kigge op ad og ikke til siden. Samarbejde med andre dele af det offentlige system står ofte i en lav kurs. Det stemmer godt overens med de udtalelser som

de interviewede har givet mig. De tænker ikke kommunikation og koordinering som en del af deres opgave portefølje. Som en af hospitalslægerne udtalte, så håber de på at koordineringen går godt, uden at de følger op på om det også sker.

Thygesen og Vallentin mener, at brobygning og koordination også kan have mere generel værdi og betydning for kvalitet af styring og ledelse i offentlige organisationer. Det handler om ledernes evne, vilje og mod til at kvalificere og afstemme deres beslutninger ved aktivt at inddrage, engagere og lytte til de medarbejdere som berøres af beslutningerne, og som skal få dem til at fungere i praksis. Dette kan være med til at skabe tillid. De læger som jeg talte med, er i praksis selvledende medarbejdere. De praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende og holder stærkt på, at de er deres egne arbejdsgivere, selvom de bliver lønnet af regionen. De er på den måde ledet af de overenskomster som PLO, Regionerne og Kommunernes Landsforening indgår i forhold til hvilke opgaver de skal udføre. De har ikke nogle overordnet som kan fortælle dem, hvordan de skal udføre deres opgaver. De overlæger som jeg talte med er ansat på hospitalerne. De har en overordnet leder, men i praksis er de selvledende og dem som sætter retningen i den afdeling som de er overlæge for. Det er derfor de overlæger som skal se meningen og værdien i brobygning for at det kan implementeres i deres afdelinger.

Relationel koordinering lægger op til at medarbejderne skal samarbejde på en langt mere koordinerende og struktureret måde. Der er i udgangspunktet lagt op til, at det er medarbejderne som skal agere anderledes end vanligt. Det afgørende er, at for at medarbejderne kan agere anderledes kræver det dels at rammerne og strukturerne stiller mulighederne til rådighed. Det stiller nogle krav til lederne. Dels at de efterspørger relationel koordinering og dels at de anerkender medarbejderne når det lykkes. Hvis ikke der bredt i sundhedsvæsenet er enighed om, at man skal arbejde relationel koordinerende, og de nødvendige ramme stilles til rådighed for medarbejderne, så bliver problematikkerne omkring styring og ledelse af patientforløb flyttet fra ledelsen til medarbejderne.

## **6. Konklusion**

Jeg vil her redegøre for hvordan de forskellige styringsparadigmer optræder både komplimenterende og modsatrettede i det danske sundhedsvæsen og hvilke muligheder og begrænsninger som jeg finder at det bidrager med, i forhold til at de borgere som kan behandles hjemme også bliver behandlet hjemme. Jeg vil også konkludere hvilke begrænsninger de interviewede giver udtryk for at de oplever i det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde i forhold til at de borgere som kan behandles hjemme også bliver behandlet hjemme.

Når vi ser på akutfunktionernes muligheder for at behandle de relevante borgere hjemme, så kræver det stor koordination mellem parterne i sundhedsvæsenet. I forhold til



arbejdsdelingen er det nødvendigt, at de forskellige parter ved hvad de andre har af opgaver, kompetencer og ressourcer. Det er også afgørende, at parterne hver især ser deres opgaver i sammenhæng med de andre aktørers. Det er oplagt, at viden om at akutfunktionerne er en realitet, skal bredes ud til både hospitalerne og de praktiserende læger. De skal også vide hvilke opgaver sygeplejerskerne i akutfunktionen kan varetage og hvilke kompetencer de har.

Det er af afgørende betydning, at Sundhedsstyrelsen klart får defineret hvilke roller og opgaver som henholdsvis de praktiserende læger og hospitalslægerne skal varetage, således at det der ikke er tvivl om, hvornår en patient skal indlægges, eller hvornår den praktiserende læge skal ordinere støttende eller lindrende behandling i hjemmet. De praktiserende læger skal vide, hvilke behandlinger hospitalslægerne kan tilbyde, og lægerne på hospitalet skal vide, hvilke opgaver og ressourcer de praktiserende læger og sygeplejerskerne i akutfunktionen kan varetage. Det vil give dem et udgangspunkt for at vurdere, hvornår en patient kan udskrives, så den videre behandling kan foregå kompetent i hjemmet og patienterne ikke bliver genindlagte, fordi praktiserende læge og akutsygeplejerskerne ikke kan varetage den videre behandling.

Det synes ud fra de interviewedes perspektiver, at de har fælles mål om at de patienter der kan behandles hjemme også skal behandles hjemme. Der er dog ikke enighed om hvilke patienter det omhandler, altså hvilke symptomer og problematikker patienterne kan behandles for hjemme. Der er ikke enighed om hvilke roller og opgaver de praktiserende læger og hospitalslægerne har. Samarbejdet er præget af manglende fælles viden om patienterne og manglende viden om hinandens ressourcer og kompetencer.

Der er enighed om blandt de interviewede, at kommunikationen mellem de forskellige parter er præget af manglende præcision, manglende hyppighed og manglende rettidighed. Informanterne giver eksempler på hvor de synes, at de andre kunne/ burde have kommunikeret på en anden måde. Der er dog ingen af de interviewede som reflekterer over, hvor de selv kunne have kommunikeret på en anden måde. En af lægerne taler om at de rammer de arbejder i, ikke lægger op til at lægerne skal kontakte hinanden telefonisk, da de ikke unødigt skal forstyrre hinanden. Dette på trods af at han giver eksempler på, hvor han har ringet til en praktiserende læge, og han oplevede at det i høj grad havde positiv effekt på patientforløbet.

Den dominerende styringsbetingelse i sundhedsvæsenet er de økonomiske rammer som regeringen sætter. Samarbejdsaftalerne er økonomisk styret som Diagnose Relaterede Grundtakster for hospitalerne, ydelsestakster for de praktiserende læger og medfinansieret indlæggelser for kommunerne. Disse rammer oplever både hospitalerne, de praktiserende læger og kommunerne bliver strammere og strammere. Denne form for styring lægger op til at områderne suboptimere, da der ikke er økonomiske incitament i at samarbejde. Denne forståelse ligger stærkt op ad NPM. Imidlertid har det vist sig, at det i længden set ud fra de samlede patientforløb ikke nødvendigvis er økonomisk rentabelt, da der på denne måde er

flere faldgruber som kan forlænge eller komplicere patientforløbet. NPM kan ikke i alle tilfælde give det de lovede i form af mere effektiv og økonomisk rentabel styring.

NPM har igennem de seneste årtier været styrende i sundhedsvæsenet og viser sin fortsatte tydelige dominans ved at Sundhedsstyrelsen centralt fra pålægger sundhedsvæsenets en kvalitetstandard om akutfunktioner. De samarbejdsrelationer som det kræver, opnås ikke via kvalitetsstandard og NPM, men på trods af de styringslogikker som disse repræsenterer. De professionelle i alle tre områder taler for bedre samarbejde og fortæller engageret om situationer, hvor tværfagligt samarbejdet mellem sektorerne resulterede i et godt resultat. Disse samarbejder bliver ikke understøttet af den måde, hvorpå sundhedsvæsenet bliver styret og organiseret på i dag.

NWS lægger op til at styring af patientforløbene skal ske i samarbejde med borgeren/patienten og ikke udelukkende styres ud fra det økonomiske faglige rationale. Borgeren skal inddrages i beslutninger og i løsning af problemstillingerne. I forhold til om borgeren skal behandles hjemme, har borgeren i dette perspektiv en stor aktie i både beslutningen og i samarbejdet, således at det ikke kun er lægen som træffer beslutningen og derved handler, men at borgeren får en mere aktiv rolle.

Dette perspektiv kan man forestille sig kan gå op imod nogle lægers selvforståelse. Nogle læger mener, at det er dem som skal træffe beslutninger ud fra deres faglige viden og deres prioritering af tid. I dette perspektiv kan borgerne være medbestemmende i deres eget behandlingsforløb, men indirekte også i hvad lægen skal bruge sine ressourcer til. Hermed er der lagt op til et større samarbejde mellem borger og læge og ikke udelukkende direktiver fra lægen. Det kan stille lægerne i nogle dilemmaer. Fra de praktiserende lægers perspektiv, så kan de ikke fortsætte deres meget stramme bookingkalendere, men må lægge noget fleksibelt tid ind. Det har den konsekvens, at de kan tage færre patienter til planlagte konsultationer pr. dag. Det betyder dels mere ventetid, og også mindre indtjening for lægerne. For hospitalslægerne kan det betyde, dels at nogle patienter kan ønske at blive lidt længere eller kortere tid på hospitalet, end lægen havde forestillet sig at de skulle, og dels at patienternes valg vil påvirke hvilke andre patienter der kan indlægges. For begge sektorer læger vil det formentlig betyde, at de skal begynde at se kommunikation og koordination mellem sektorerne som nogle af deres vigtige opgaver. Det er opgaver som stort set ikke har prioritet i deres bevidsthed på nuværende tidspunkt.

NPG gør op med, at det er de professionelle som alene er dem som ved bedst. NPG som styringsparadigme lægger op til at vi skal skabe helhedsløsninger. For at gøre det, må vi indtænke mange forskellige perspektiver. I forhold til om borgerne kan behandles hjemme, så lægger NPG op til at de professionelle skal samarbejde bredt på tværs af fagområder og sektorer og med patienten i centrum. Men det er ikke nok. Der er mange flere perspektiver end de lægefagliges som skal bringes i spil. Det gælder både civilsamfundets som kan være borger og pårørende, men det kan også være patientforeninger eller frivillige som kan være med i løsningerne. NPG mener også, at vi skal inddrage det private erhvervsliv som kan være

med til at bibringe udvikling og salg af eksempelvis telemedicinsk udstyr eller andre velfærdsteknologiske hjælpemidler som kan hjælpe med til at de borgere som kan og ønsker at blive behandlet hjemme også bliver behandlet hjemme.

De forskellige styringslogikker modarbejder ikke nødvendigvis hinanden. De bringer forskellige perspektiver. Fælles for dem er, at de stiler mod at skabe mere effektivitet og derved bedre økonomisk styring i den offentlige sektor. NPG perspektivet er ikke på trods af NPM perspektivet, men kan ses i forlængelse af NPM. Tilhængere af NPG perspektivet mener, at den stramme ressourcestyring som også er vigtig, er opnået via NPM perspektivet, men i deres optik er ressourcestyring ikke hele svaret. For dem er ressourcemobilisering det meget vigtige issue, da man i denne forståelse inddrager flere perspektiver i beslutningerne og også i løsningen af problematikkerne.

Det er som om at der hvor NPM ikke er svaret på problemerne, så henholder Sundhedsstyrelsen og topledelsen sig til NWS og NPG som logikker, dog uden at sætte de rammebetingelser til rådighed som disse logikker forudsætter. Det vil sige at styringsmæssige problemstillinger bliver transformeret til at være individuelle aktørers problemstillinger. Akutfunktionen er et eksempel. Det forventes, at medarbejderne sikrer gode patientforløb, hvor de patienter som kan behandles hjemme også bliver behandlet hjemme. Hverken de styringsmæssige eller organisatoriske rammer understøtter de samarbejder som det kræver. Sundhedsstyrelsen tager ikke ansvar for opgavefordelingen mellem primær og sekundær sektor, men lægger det ansvar over på lægerne. Når de ikke kan blive enige om fordelingen, så er det på individ niveau at problemerne udfolder sig og ikke på det styringsmæssige eller på det organisatoriske niveau, hvor problematikkerne og løsningerne af dem hører hjemme. Det kan skabe frustrationer og medføre demotiverede medarbejdere. Interviewpersoner fra alle tre områder udtaler, at den måde hvorpå kommunikation og samarbejde imellem sektorerne foregår i dag er en stor hæmsko for både effektivitet og kvalitet i patientforløbene. De ser det som et vilkår, som de ikke ved hvad de skal gøre ved.

Dette er en af konsekvenserne ved at Sundhedsstyrelsen ikke har taget stilling til hvilke opgaver henholdsvis de praktiserende læger og hospitalslægerne skal varetage. Det betyder reelt dårligere service og kvalitet for borgerne og en øget økonomisk udgift for kommunerne og hospitalerne, da de skal betale for medfinansieret indlæggelse hver gang en praktiserende læge indlægger en patient. Dette på trods af at kommunen ikke har reelle muligheder for at handle forebyggende ved at der kommer en akutsygeplejerske hjem til borgeren, hvis ikke den praktiserende læge vælger at benytte denne mulighed.

De tre styringsparadigmer lægger forskellig vægt på tillidsbegrebet i deres styring. NPM er mest præget af mistillid og derved optaget af målinger og dokumentation. NWS og NPG er mere præget af tillid både til de professionelle og andre aktørers intentioner og kompetencer i forhold til at skabe værdi, service og effektivitet i den offentlige sektor. Men det er nok at trække tilliden for langt, hvis man tænker at de professionelle og andre aktører

kan arbejde ud fra NWS og NPG's styringslogikker i et sundhedsvæsen som i den grad er styret efter NPM principperne.

Når det er sagt, så tænker jeg, at vi skal se kvalitetsstandarderne vedrørende akutfunktionen som en version 1 i forhold til et helt andet og meget tættere samarbejde mellem hospitaler, praktiserende læger og kommunerne. Et samarbejde som er til stor gavn for patientforløbene og som når vi ser tilbage om 10 – 15 år vil tænke er ganske nødvendigt og indlysende. Dette skifte tror jeg ikke, at nogle af de tre områder i sundhedsvæsenet havde taget initiativ til og havde kunnet gennemføre uden Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandard. Så måske man kan tale om det var hønen eller ægget der kom først. Skal rammebetingelserne være klare inden man laver en kvalitetsstandard, eller skal man lave en kvalitetsstandard og derefter tilrette rammebetingelserne? Det kommer an på hvilken teoretisk tilgang til styring der anlægges. At regeringen har valgt at lovgive først, bekræfter mig i at det fortsat er NPM som er det dominerende styringsparadigme i det danske sundhedsvæsen. På godt og på ondt.

## **7. Perspektivering**

Det bliver meget interessant at følge akutfunktionen i årene frem. Der er flere kommuner som har etableret akutfunktioner inden sundhedsstyrelsen kom med kvalitetsstandarderne, da de mener at det gav rigtig god mening for borgerne og for økonomien. Deres udfordringer har været, at det er meget varierende hvor meget de praktiserende læger har benyttet akutfunktionen til at hjælpe med til, at de borgere som kan behandles hjemme også blev behandlet hjemme. Disse læger har brugt deres autoritative magt til ikke at have tillid til at sygeplejerskerne har kompetencer til at varetage opgaverne. Nogle kommuner har været nødt til at lukke funktionen igen, da de praktiserende læger ikke benyttede den i tilstrækkelig grad til at være rentabel. Sundhedsstyrelsen har tydeligvis kigget til nogle af de akutfunktioner i deres kvalitetsstandard, og man kan sige, at nu er det ikke længere frivilligt om lægerne ønsker at indgå samarbejde med akutfunktionerne. Om det så gør en afgørende forskel for deres handlinger, bliver spændende at følge de næste år.

Som leder for akutfunktionen i Albertslund Kommune, vil jeg naturligvis følge udviklingen tæt. Jeg vil følge hvad succeserne er og også hvor sygeplejerskerne oplever barriere. Med den forståelse som udarbejdelsen af dette projekt har givet mig, vil jeg indgå i dialoger med både nogle praktiserende læger og nogle hospitalslæger og høre hvad de oplever af succeser og barriere. Disse fund vil jeg bringe videre til samordningsudvalget som dels består af overordnede ledere fra kommuner og regioner og dels af lokalpolitikere. Så må vi sammen tilrette rammerne, så de understøtter den praksis vi ønsker.

## 8.0 Refleksioner over egen ledelsesmæssige udvikling

Når jeg ser tilbage på den leder jeg var inden jeg startede på MPG til nu, så er der sket en stor udvikling med mig både på det personlige og på det faglige plan. Overordnet set har jeg udviklet mig fra at være en leder som fulgte med strømmen, til at være en leder som skaber mit eget ledelsesrum. Jeg er nu meget mere bevidst om hvad rollen som leder indebærer, og hvordan mine personlige værdier influerer på min ledelsesstil. Jeg har udviklet mine analytiske og refleksive sider og ser nu problematikker og løsninger ud fra flere perspektiver. Det giver mig en bedre forståelse for andres prioriteringer og mange flere muligheder for at samarbejde med, udvikle og motivere både medarbejdere, kollegaer, ledere og politikere. Det har givet mig en langt større evne og lyst til at arbejde i en politisk styret organisation. Eksempelvis var jeg tidligere god til bare at parere ordre, uden at stille spørgsmål. Det var uheldigt på mange måder. Dels spurgte jeg ikke ind til hvad der gjorde, at det var disse emne der blev prioriteret fra politisk eller fra direktionens side. Det betød, at jeg ikke kunne argumentere for eller skabe mening i forhold til prioriteringerne ned ad til i organisationen og dels betød det, at jeg ikke var i stand til at lede op ad og kvalificere prioriteringerne.

Jeg har fået en større forståelse for mine egne reaktioner. Hvad det er som inspirerer mig i lederrollen, hvad der er mine stærke sider, og hvad jeg fortsat skal arbejde med at udvikle. Jeg er ikke en autoritær leder. Jeg arbejder bedst med at vi sammen sætter retninger og mål. Vi definerer og aftaler hvilke opgaver vi hver især har for at nå målene, vi stopper op og reflekterer over om vi når delmålene og træffer afgørelser i forhold til om vi skal ændre ved vores praksis. Jeg er en leder der giver vide rammer for mine ledere og medarbejdere. Til gengæld rammer det mine personlige værdier hårdt, når jeg oplever, at lederne ikke gør som vi har aftalt. Det er en side af min ledelsespraksis som jeg arbejder intenst med at ændre hos mig selv. Jeg arbejder med ikke at tage sådanne "svigt" personligt. Jeg arbejder med mig selv i forhold til hvordan jeg kan være styrende og fortsat venlig i min ledelse, i forståelsen af at ikke alle ledere og medarbejdere trives og motiveres af samme vide rammer som jeg selv gør.

Jeg indser nu, at det vigtigste for mange mennesker ikke er at få ret, men at se mening i forhold til de beslutninger og valg der bliver truffet i organisationerne. Jeg forstår vigtigheden af mit oversættelsesarbejde både i forhold til medarbejderne og i forhold til ledere og politikere. Jeg har fået en langt mere nuanceret forståelse af de rammer og vilkår som vi arbejder i, i de offentlige organisationer. Jeg har fået forståelse for de dilemmaer som ofte er vilkår, og det giver mig en større mulighed for at agere i de ofte svært styrbare farvande. Disse indsigter har givet mig viden om, at jeg skal være langt mere inddragende i det strategiske og taktiske arbejde, end jeg har været tidligere. Det gælder både på det politiske niveau og i forhold til ledere og medarbejdere. Når jeg er inddragende oplever jeg for det første, at beslutningerne bliver kvalificerede på et højere niveau, da mange flere vinkler er tænkt ind, og jeg oplever også at det er langt lettere at få følgeskab til de beslutninger som vi træffer. På den anden side oplever jeg også et langt højere kompleksitetsniveau. Jeg oplever, at det blandt andet er her hvor jeg bliver udviklet og motiveret som leder ved at inddrage mange perspektiver og så mærke efter, hvornår der er informationer og viden nok til at træffe beslutning velvidende om at beslutninger altid er kontingente og ikke alles inputs kan ses i resultatet.

Udarbejdelse af dette projekt har blandt andet givet mig et større indblik i hvad de forskellige styringsparadigmer opstiller af rammer, muligheder og begrænsninger. Jeg har fået blik for at styringsparadigmerne optræder med forskellige intensitet forskellige steder i den offentlige sektor. De sameksisterer og det er nødvendigt at integrere og håndtere dem samtidigt, når der er et ønske om at indbygge netværk i hierarkier og hierarkier i netværk. Nødvendigheden af at genopfinde og nyudvikle den offentlige sektor. Nødvendigheden af sammenhæng i bestræbelserne på at gøre den politiske ledelses vilje til virkelighed ved at vi får kommunale akutfunktioner som sikrer, at de borgere som kan behandles hjemme også bliver behandlet hjemme.

## Litteraturliste:

**Bendix, Henrik W. Digmann, Annemette, Jørgensen, Per, Pedersen, Kjeld Møller: Ledelse i Sundhedsvæsenet.** 1. udgave, 1. oplæg Gyldendal A/S

**Gittell, Jody Hoffer: Effektivitet i Sundhedsvæsenet – i samarbejde, fleksibilitet og kvalitet.** 1. udgave, 1. oplæg 2012 Munksgaard.

**Launsø, Laila, Rieper, Olaf, Olsen, Leif: Forskning om og med mennesker.** 7. udgave, 1. oplæg 2017 Forfatterne og Munksgaard.

**Margit Schreier: Ways of Doing Qualitative Content Analysis: Disentangling Terms and Terminologies.**

**Boolsen, Merete Watt: Kvalitative analyser.** 1. udgave, 2. oplæg 2006. Gyldendals Akademisk.

**Andersen, Lotte Bøgh, Greve, Karsten, Klausen, Kurt Klaudi, Torfing, Jakob: Offentlige styringsparadigmer: Konkurrence og sameksistens.** 1. udgave, 2. oplæg 2017. Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.

**Vallentin, Steen, Thygesen, Niels: Tillid, magt og offentlige ledelsesreformer.** 1. udgave, 1. oplæg. 2017. Akademisk Forlag København.

**Le Grand, Julian: Knights and Knaves return: Public Service Motivation and Delivery og Public Services.** London school of economics. Published online 02 march 2010.

**Pollitt, Christopher, Bouckaert, Geert: Public management reform.** Fourth edition published in 2017 Oxford University.