

# Masteropgave

## Samskabelse på tværs af sektorer

- set ud fra typologi og styringsparadigmer



## MPG, forår 2019

Navn: Jette Christensen

Fødselsdag: 230560

Fag: Masteropgaver MPG

Vejleder: Hanne Dorthe Sørensen

Anslag: 123.906

Afleveringsdato: 21.05.2019

## Indhold

Abstract .....	4
Indledning.....	5
Baggrund og problemfelt.....	6
Problemformulering .....	7
Metode og afgrænsning .....	7
Dataindsamlingsmetode.....	8
Udvælgelse af deltagere.....	9
Forforståelse og egen rolle.....	10
Datamaterialet.....	10
Teori.....	10
Samskabelse .....	10
Samskabelse – tre motiver, fire tilgange .....	11
Tre motiver for samskabelse .....	12
Fire tilgange til samskabelse.....	13
Styringsparadigmer .....	14
Lerborgs seks styringsparadigmer .....	17
Anvendelse af teorierne i projektet .....	19
Analyse .....	19
Muligheder -Faglighed.....	20
Fagprofessionel.....	21
Muligheder: Relationer .....	24
Barrierer: To verdener .....	25
Barrierer: rammebetingelser .....	26
Del konklusion 1- Muligheder og barrierer: .....	29
Værdier i samskabelse.....	36
Magtforhold.....	39

Del konklusion 2 - Samskabelse.....	40
Styringsparadigmer .....	41
Professionelle paradigme .....	41
Relationelle paradigme.....	42
NPM-Marked – .....	43
NPM-kontraktstyring .....	43
Bureaukratiske paradigme .....	43
Delkonklusion 3 - Styringsparadigmer.....	45
Diskussion af metode og Teori .....	46
Konklusion .....	47
Perspektivering.....	48
Ledelsesmæssig udvikling.....	49
Litteratur.....	51
Bilag52	

## Abstract

This Thesis investigates the collaboration and the co-creation in the cross-sectional healthcare. The focus is to investigate which possibilities and boundaries central actors experience in the cross-sectional rehabilitation areas.

In Denmark rehabilitation takes place both at the hospital and in the local municipalities. Citizens should be center stage in the public-sector, both at the hospital and in the local communities. The patient/citizen perspective is central to the task performance, meaning interaction with the patient/citizen and the relatives are essential to get good value of the rehabilitation.

The research question was:

- Which barriers and possibilities for collaboration and co-creation are seen in the field of cross-sectional rehabilitation.
- How do the physiotherapists, occupational therapists and managers perceive and understand co-creation, and how does it appear in the cross-sectional rehabilitation area?
- How do the barriers and possibilities seen in the interview connect to Lerborg's paradigm theory?

In this thesis co-creation is seen from a model created by Ulrich (2016). In this model co-creation is illustrated as four different areas depending on involvement of the citizens as active participants or more as passively receiving public services. This paper uses Ulrich's model and definitions of co-creation to examine which of the four areas the therapists and leaders were able to identify in rehabilitation.

Collection of data took place through, focus group interviews with physio- and occupational therapists from both the hospital and the rehabilitation centers at the municipalities. Furthermore, the presidency of the cross-sector committee was interviewed as representatives of the management level. These interviews provided a good basis for the analyses as they were asked to focus on the possibilities and barriers they saw in the cross-sectional rehabilitation area. Finally, data has been analyzed using Lerborg's paradigm theory of management in the public sector to see how the possibilities and barriers seen by the physiotherapist and leaders related to Lerborg's paradigms.

The findings show that both the therapists and the presidency see co-creation as new or unknown in the healthcare and rehabilitation area where the focus usually is on patient involvement and patient satisfaction. Only two of the four areas are seen in the data, controlled co-creation and the accountable co-creation. As facilitators in the cross-sectional collaboration, relationship is seen as very important by both therapists and leaders. Additionally, the therapists find professionalism also very important. As barriers are concerned, they all agree that there are some structural circumstances – which must be handled in the local context.

## Indledning

Sammenhæng og samskabelse i den offentlige sektor er mere og mere på dagsordenen, når der tales om velfærd og offentlig værdi. Samtidig ønskes høj effektivitet, specialisering og udvikling af den offentlige sektor. Kan det spille sammen? New Public Management (NPM), der har fokus på nøgletal, resultater, kontraktstyring, ventetidsgarantier og markedsmekanismer med udbud af offentlige ydelser til private leverandører, har i høj grad præget den offentlige sektor. Dette gælder i særdeleshed for sundhedssektoren, hvor centralisering og digitalisering desuden har tegnet billedet. Presset på den offentlige sektor er stort, og borgerne forventer generelt mere af sektoren. New Public Governance (NPG) er nu i fokus, for at få den offentlige sektor til at fungere bedre og ses som en modreaktion til megen kontrol og styring. Samskabelse, netværk, partnerskab, frivillighed, borgerinddragelse og tværsektorielle projekter kommer i disse år i stigende grad på dagsordenen i den offentlige sektor.

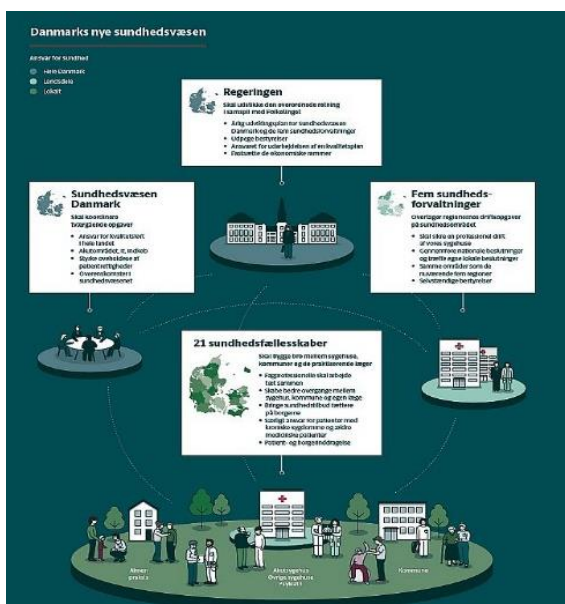
Udviklingen af den offentlige sektor sker både indefra og udefra. Forskellige reformer påvirker i større eller mindre grad den offentlige sektor, de sættes i værk som politiske greb på løsninger af svære og til tider modsatrettede problemstillinger. De er et politisk bevidst forsøg på at ændre strukturer og processer i den offentlige sektor med henblik på at få dem til at fungere bedre. Ofte afløser en reform en tidligere reform (Greve & Pedersen 2017; Pollitt & Bouckaert 2017). Strukturreformen i 2007 havde stor indvirkning på sundhedssektoren, med dannelse af supersygehuse, nedlæggelse af mindre sygehuse og specielt genoptræningsområdet, hvor kommunerne fik myndighedsfunktionen for genoptræning. Nu er der fra regeringens side et udspil til en ny sundhedsreform om øget nærhed, "*Patienten først-nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientsikkerhed*" (regeringen, 2019) – er titlen på reformudspillet. Udspillet er et forslag til ændring af strukturer samtidig med fokus på nærhed, sammenhæng og fællesskab.

*Patienten i centrum* har været et slogan i mange år, Socialdemokratiet lancerede det i 1994. I 2016 kom otte overordnede nationale mål for sundhedsvæsenet, med fokus på det, som gør en positiv forskel for patienterne i det danske sundhedsvæsen, "*Vi løfter kvaliteten med patienten i Centrum*" (sundhedsministeriet, 2016). Man opstillede konkrete nationale mål med en tydelig retning for kvaliteten af hele det danske sundhedsvæsen, stadig med patienten i centrum, men et skift væk fra akkreditering, organisatoriske proces- og registreringskrav til i højere grad at fokusere på resultater til gavn for den enkelte patient. Pendulet svinger nu væk fra NPM mod NPG, borgeren er i fokus. Hvor og hvordan sætter vi, der arbejder i sundhedssektoren, så borgeren er i spil? En mulighed kunne være gennem øget samskabelse, dette er et begreb, der i de seneste år har været meget på tale specielt i den kommunale sektor ift. det sociale område, miljø, byfornyelse mm. (Tortzen, 2016; Hygum,

Andersen, Petersen & Olsen, 2018). Men har begrebet samskabelse en plads i sundhedsvæsenet, hvor der skal tages hånd om akut syge mennesker, mange svage ældre borgere, kirurgi og syge børn. Bliver fagligheden udfordret ved samskabelse og hvad er samskabelse overhovedet? Samskabelse er vanskeligt at definere, der er mange bud på, hvad samskabelse indeholder. Et udgangspunkt kan være at anvende Jens Ulrichs typologi for samskabelse, da den ikke er normativ og har en differentieret tilgang, hvor der inddrages flere facetter af samskabelse. Ulrich angiver, at samskabelse er *”den proces hvor forskellige aktører udvikler ny velfærd sammen”* (Ulrich 2016). Modellen anvendes i denne opgave til at se nærmere på samskabelse i tværsektorielle forløb.

## Baggrund og problemfelt

Et stærkt offentligt sundhedsvæsen er en grundsten i vores velfærdssamfund og væsentligt for alle borgere. Mens regeringens reformudspil behandles, fortsætter de nuværende strukturer med



sundhedsaftaler og lovgivning som rammerne for det tværsektorielle samarbejde. Uanset udfaldet af reformen er det interessant at se på konkrete muligheder og hindringer for sammenhæng, samarbejde og samskabelse i det tværsektorielle samarbejdsfelt. Den nye regionale sundhedsaftale 2019-23 (sundhedsaftale, 2019) har tydeliggjort borgerens inddragelse, og det at borgeren skal være en aktiv medspiller, i væsentlig højere grad end tidligere. Så både nationalt og lokalt tales om betydningen af det tværsektorielle samarbejde, og da strukturerne inden for sundhedssektoren løbende

ændres og nye løsninger på de voksende sundhedsproblemer skal findes, må der ses efter nye muligheder. Samskabelse er italesat af såvel Kommunernes Landsforening som Danske Regioner som en parameter til at finde løsninger på de voksende udfordringer i sundhedsvæsenet.

Dette tværsektorielle genoptræningsområde vil være omdrejningspunktet for denne opgave.

Genoptræningsområdet undergik store omlægnings ved Strukturreformen i 2007. Genoptræning kom tættere på borgerne. Myndigheden for ambulans genoptræning blev kommunerne, nu foregår den almene genoptræning efter indlæggelse på hospital i kommunerne. Genoptræning er underlagt forskellige lovgivninger i såvel sundheds- som servicelov og udøves regionalt og kommunalt. Genoptræningsforløb skal fungere på tværs af sektorer, da patienten starter genoptræning på

hospitalet, ja nogle gange før selve indlæggelsen og efterfølgende fortsætter i kommunalt regi. Som leder af fysio-ergoterapeutisk afdeling på Hvidovre hospital, er jeg i kontakt med kommunerne, hvis de oplever problemer med genoptræningsforløbene. En kommune angav via sundhedschefen, at de i mere end halvdelen af genoptræningsplanerne oplevede problemer. Når jeg ser på antallet af henvendelser fra patienter eller kommuner, er min oplevelse, at der ikke er tale om store problemer. Ikke desto mindre gjorde henvendelsen mig nysgerrig; er der blinde pletter, er der noget, der ikke tales om, noget der ikke formidles og er der er noget, der bør ændres? Disse spørgsmål er afsættet for min opgave, og giver anledning til at betragte problemstillingerne ud fra et teoretiske perspektiv for at beskrive se på det tværsektorielt samarbejde omkring genoptræningen, analysere hvordan et nyt begreb som samskabelse passer ind, og diskutere samskabelse i forhold til de styringsparadigmer, der præger sundhedsvæsenet. Således vil jeg i denne opgave se nærmere på samarbejde og samskabelse samt styringsparadigmer. Jeg vil se efter de forskellige typer af samskabelse, deres muligheder og begrænsninger i forhold til det tværsektorielle samarbejde på genoptræningsområdet.

## Problemformulering

**Hvilke muligheder og barrierer for samarbejde og samskabelse opleves af centrale aktører, der er involveret i genoptræningsforløb på tværs af sektorer i sundhedsvæsenet?**

- a. Hvordan forstås begrebet samskabelse i det tværsektorielle felt og hvilke typer af samskabelse træder frem blandt de centrale aktører?
- b. Hvordan relaterer de oplevede muligheder og barrierer i det tværsektorielle samarbejde sig til styringsparadigmer?

De centrale aktører er her fysio-ergoterapeuter i henholdsvis hospital og kommune, samt ledere på overordnet niveau for hospital og kommune. Det er ikke opgavens formål at svare endegyldigt på, hvorvidt samskabelse har en plads i sundhedsvæsenet. Men opgaven skal bidrage til at afdække erfaringer og oplevelser i forhold til aspekter, der fremmer og hæmmer samarbejde og samskabelse i det tværsektorielle genoptræningsfelt blandt såvel udøvende terapeuter samt ledere, endelig er det ønsket at indkredse begrebet samskabelse.

## Metode og afgrænsning

Spørgsmålene i problemformuleringen lægger op til brug af en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ forskning karakteriseres ved at forskeren forholder sig åbent til undersøgelsesfeltet således, at deltagerne får mulighed for at give deres nuancerede beskrivelse af emnet. Kvalitativ forskning bygger på en subjektiv oplevelse af verden, hvor der udledes meninger, holdninger og værdier ud fra den

enkeltes perspektiv. Ved kvalitativ forskning interesserer man sig for, hvordan noget opleves, siges, gøres, erfares eller udvikles af de interviewede, det er således deres perspektiv, der er i fokus (Launsø, Olsen & Rieper, 2015). Det er den forstående forskningstype, jeg anvender, hvor der er fokus på forståelsen af deltagernes meninger, holdninger og vurderinger, og med dialog og sprog som udgangspunkt for den videre bearbejdning og fortolkning,

Det videnskabelige paradigme, der er i spil i denne opgave, er det hermeneutiske, forstående, proces- og subjektorienterede paradigme. Hermeneutik tager udgangspunkt i den virkelighed, som deltagerne befinder og agerer i. Her er det ikke det naturvidenskabelige mekaniske vidensideal, som ellers i stor grad præger den sundhedsfaglige verden, med medicinske RCT-studier og evidens hierarki. I sundhedsvæsenet er der imidlertid et paradigmeskift undervejs. Det er ikke længere alene den forklarende, positivistiske, deduktive tankegang, hvor det er forskerens perspektiv og forudsigeligheden der er i fokus. (Launsø et al. 2015). Nu går bevægelsen mod også at inddrage et mere forstående perspektiv, med patientinddragelse og brugerpaneler mod en mere involverende, dynamisk, uforudsigelig, handlende og kreativ tilgang til at fremskaffe ny viden.

Jeg har valgt en fænomenologisk tilgang, da jeg er interesseret i deltagernes kendskab og erfaring med begrebet samskabelse i deres professionelle livsverden, arbejdslivet. Fænomenologi bidrager til en forståelse af deltagernes oplevelser og erfaringer med begreber, sætter ord på begrebers tavse og implicite essens og herved søges bagved de opfattelser og ideer, man normalt tillægger fænomener og begreber i vores livsverden (Martinsen & Norlyk, 2011). Jeg gør det i forsøget på at finde mønstre og mangfoldighed i deltagernes oplevelser og erfaring med begrebet samskabelse. Jeg tillægger også den socialkonstruktivistiske tilgang en betydning, da ord og de sproglige udtryk, deltagerne anvender, har en betydning for, hvordan de forstår og erkender deres verden.

## Dataindsamlingsmetode

Metoden til dataindsamling er fokusgruppeinterview, som foretages med forskellige grupper af terapeuter, denne dataindsamlingsmetode er en relativ overskuelig metode til at få indhentet information fra flere personer på (Halkier 2002; Launsø et al. 2015). Ved fokusgruppeinterview produceres data via gruppen omkring emner som forskeren har bestemt- i denne opgave samarbejde og samskabelse. Desuden sker der ofte interaktion i gruppen, som stimulerer til yderligere refleksion, og deltagerne bliver herigennem beriget med andres perspektiv og syn på emnet. De får herved selv adgang til handling, ved at kunne kommenter på det de andre siger og ikke blot berette om egne handling. Da der er interaktion mellem deltagerne, kan de indbyrdes berige hinanden og ikke blot forskeren. I Fokusgruppeinterview udveksler deltagerne beretninger om handlinger, opfattelser og



forståelser i en social, genkendelig hverdagskontekst rundt om forskeren og ift. det emne forskeren har annonceret. (Halkier 2002). Gennem fokusgruppeinterview, anvendes en udforskende og spørgende tilgang, der afdækker de forskelliges syn og holdninger til samarbejde og samskabelse i genoptræningsfeltet (*forstående tilgang*).

Temaerne i interviewene omkring samarbejde og samskabelse i genoptræningsforløb blev:

- Muligheder og barrierer
- Roller og positioner
- Inddragelse og involvering
- Samskabelse i genoptræningsforløb
- Konkrete forhold ved genoptræningsplaner

Interviewguide blev lavet ud fra temaer (Bilag 0). Alle fem fokusgruppeinterview blev af praktiske grunde udført på mit kontor. Deltagerne blev informeret skriftligt om formålet (Bilag 1); Genoptræningsplaner er afgørende som et digital samarbejdsværktøj i de tværsektorielle genoptræningsforløb, og derfor berøres de i alle interview med klinikere. Optagelserne blev optaget og udskrevet umiddelbart efter interviewseancen, deltagerne fik tilbud om at få det til gennemsyn, men ingen tog imod det.

## Udvælgelse af deltagere

De centrale aktører er fysio-og ergoterapeuter fra såvel kommunal som hospitalsområdet samt ledelsesrepræsentanter fra det tværsektorielle felt; formandskabet for samordningsudvalget (vicedirektør AHH og direktør for Børn og Velfærd i Hvidovre Kommune). Deltagerne fra hospitalet kommer fra to forskellige områder af genoptræningsfeltet, det ene karakteriseret af kompleksitet og forskellighed, det andet kendetegnes som et mere enkelt, strømlinet og accelereret tilbud. Det komplekse er børneområdet, hvor både diagnoser og aldersspredning er stor, flere lovgivninger om genoptræning er i spil, og her er forældre stort set altid involverede. Det, jeg karakteriserer som enkelt, er området med planlagte operationer som fx udskiftning af knæ eller hofte. På kommunalt niveau var det ikke muligt at opdele efter specialeområder, men lederne i kommunerne fandt frem til i alt ti deltagere. Formandskabet for samordningsudvalget blev spurgt om deltagelse, som repræsentant for det mere overordnede administrative niveau. Det politiske niveau og patient/borger er ikke repræsenteret i opgaven. Til gennemførsels af interviewene overvejede jeg om fokusgrupperne skulle blandes med både kommunale og hospitalsansatte terapeuter. Dette for at kunne berige hinanden med erfaringer og holdninger fra de to sektorer, hvilket netop ses som en af fordelene med

fokusgruppeinterview, men da jeg ikke er så erfaren med gennemførelse af forskningsinterview og af tidsmæssige og praktiske årsager foregik det adskilt.

## Forforståelse og egen rolle

Jeg er selv daglig leder i feltet og har en overordnet forståelse af det tværsektorielle samarbejde med specielt fokus på genoptræning. Dette giver mig en generel både teoretisk, praktisk og administrativ erfaring med feltet. Jeg er med på et overordnet og koordinerende niveau, i samordningsudvalg og i lederforum på hospitalet. Jeg er ikke udøvende ved genoptræning eller i udfærdigelse af Genoptræningsplaner (GOP), men nysgerrig på, hvordan terapeuter tværsektorielt oplever samarbejdet og samskabelse i genoptræningsforløbene. Min rolle i interviewene har været undersøgende og nysgerrig, men jeg er samtidig klar over min position i hierarkiet, eftersom både medarbejdere og direktører har deltaget i interviews.

## Datamaterialet

De fem fokusgruppeinterviews er transskriberet (Bilag 2). I første omgang tematiseres udsagn, der henholdsvis opleves som muligheder og barrierer. Der fremkommer 13 forskellige temaer, som jeg ender med at kategorisere i to overordnede emner om muligheder og to om barriere ift. det tværsektorielt samarbejde og samskabelse (Bilag 3). Efterfølgende analyseres data fra fokusgruppeinterviews ud fra de fire felter i Ulrichs typologi: Styret Samskabelse, Ansvarliggørende Samskabelse, Ligeværdig Samskabelse og Faciliterende Samskabelse. Et overordnet analyseskema hvor citater kategoriseres ud fra typologien (Launsø, Olesen & Rieper 2015).

Interview Citater	Overordnede kategorier Samskabelse	Underordnede begreber	Relevant kontekst	Teorier og modeller
....	Styret Samskabelse	Lave øvelser	Træning	Typologi
....	Ansvarliggørende Samskabelse	Klædes på, Empowerment	Information undervisning genoptræning	Do
....	Ligeværdig Samskabelse	Samme niveau Intet hierarki	Genoptræning udveksler	Do
....	Faciliterende Samskabelse	Borger henvendelse	Spørger nysgerrig	Do

## Teori

### Samskabelse

Samskabelse set med danske øjne var i 2015 et relativt nyt begreb på den offentlige velfærdsdagsorden, forskere fra University College Lillebælt udgav da et Review om samskabelse (Agger & Tortzen 2015). I det følgende gøres et forsøg på at indkredse begrebet samskabelse, da der ikke

findes en entydig definition. Begrebet både beskrives og anvendes forskelligt afhængig af kontekst. Begrebet bruges direkte eller indirekte i politikker, strategier specielt i den kommunale verden. I sundhedssektoren ses begrebet samskabelse i mindre grad, her anvendes i stedet patientinddragelse og samarbejde med patienten. Samskabelse indeholder samspil med aktørerne uden for det offentlige, men i denne opgave ser jeg kun på de professionelle syn på inddragelse af og samskabelse med patienten/borgerne. Jeg har således ikke undersøgt, hvordan patient/borgerne oplever sig inddraget. Teoretisk er der ifølge Ulrich (2018) og Sørensen & Torfing (2018) ikke tale om samskabelse, hvis den offentlige organisation ikke samarbejder med aktører uden for den offentlige sektor. I genoptræningsforløb er patient/borger aktive som deltagende i udredningen, målsætning for genoptræningen, udarbejdelsen af genoptræningsplanen, i selve udførelsen af øvelser og aktiviteter i genoptræningen i begge sektorer, så jeg mener, at det er relevant at se på begrebet samskabelse i relation til genoptræningsforløb.

### Samskabelse – tre motiver, fire tilgange

”Samskabelse er, når noget nyt bliver til gennem samarbejde”, ”Samskabelse er det nye sort”, ”Samskabelse handler om det, vi kan sammen, hvor vi ofte når meget længere, end hvis soloindsatser skal bære værket” (Tanggard 2018) Disse udsagn lyder både inspirerende og tillokkende. Når det drejer sig om samskabelse er der mange betegnelser og begreber i spil. Samskabelse angives at dække over en syntetisering af en række begreber. Men hvad er forskellen mellem samarbejde og samskabelse? Samskabelse er den proces, hvor deltagere i og uden for det offentlige sammen udvikler ny velfærd. Hvis udvikling og/eller produktion af velfærd alene foregår på tværs af afdelinger, forvaltninger eller sektorer uden aktører udenfor den offentlige sektor, tales der om samarbejde. Forstavelen co- indgår i stort set alle de engelske termer, fx co-creation, co-production, men de har alle lidt forskellige drejning og ved oversættelse til dansk forvirres begreberne nogle gange. Jeg vil se på forskellige definitioner af samskabelse, dels Ulrichs typologi (2016) af samskabelse og dels Tortzens (2016) og Sørensen & Torfings (2018) definition af begrebet samskabelse. Samskabelse er også kendt fra den private sektor, hvor man involverer kunder og brugere i udviklingen af produktet, hvilket jeg ikke vil gå yderligere ind i. Der er ifølge Ulrich (2016) ikke én tilgang til samskabelse og ej heller én, der er bedre end andre. Det afhænger af formålet med samskabelse og hvor arbejdet med aktører uden for den offentlige sektor, kan ses som en mulighed for at forbedre den offentlige sektor. Motivet til samskabelse kan være forskelligt. Ulrich (2018) taler om inddragelse og involvering. Han ser det som afgørende, hvorledes og i hvad borgerne og medarbejder har relationer. Han skelner mellem om borgeren er inddraget eller involveret. Ulrich beskriver forskellen på inddragelse og involvering således: ved inddragelse lyttes der

til borgernes input på et givet emne og efterfølgende agerer de offentlige aktører, det offentlige får herved input fra borgerne eller hører borgernes holdning til et bestemt tiltag, det kan være et eksisterende tiltag eller et nyt. Inddragelse hører hjemme i typologien styret samskabelse. Ved involvering er borgerne med 'inde i maskinrummet' til løsning af en opgave, borgerne er med til at udforme løsninger. Eksperten er både borger og medarbejder, men på hvert deres område, fx borger er ekspert grundet lokalkendskab, erfaring eller ekspert i eget liv, hvor medarbejderne ofte har en faglig ekspertise og viden. Involvering vil i typologien hænge sammen med ansvarliggørende, ligeværdig og faciliterende samskabelse.

Tortzen (2016) har også fokus på at inddragelse og involvering af borgere. Hun ser det som væsentlige parametre, når vi taler om samskabende processer og samskabelse. Samskabelse definerer hun ud fra niveauet af borgerinvolvering. *Co-governance*, hvor borgerne er involveret i udvikling af politikker og prioritering af ressourcer. *Co-management*, hvor borgerne og det offentlige producerer ydelser i samarbejde og *Co-production*, hvor borgerne er medskabere af egen offentlig service.

Et eksempel fra hospitalsverdenen: *Involverende stuegang*, (Danske regioner, 2019). Her blev en stuegang vendt på hovedet for at sikre bedst mulig inddragelse af patienter og pårørende. Her er det involvering, hvor der ellers typisk tales om patientinddragelse, men spørgsmålet er, om der i virkeligheden ikke stræbes efter patientinvolvering i mange tilfælde, mhp at gøre borgeren aktiv.

### Tre motiver for samskabelse

Der kan være forskellige grunde til samskabelse. Et motiv kan være effektivisering; så man bedre kan styre i en bestemt retning. Man håber at få fat i ressourcer fra borgerne, frivillige mm, ressourcer som vi ikke har i dag. Det kan være ud fra et økonomisk motiv- mere for mindre, ofte italesættes denne grund ikke direkte. Et andet motiv kan være innovation, et kvalitativt motiv hvor der via innovation opstår nye løsninger- bedre eller nye måder, man vil gerne skabe noget nyt, prøve med nye måder at løse opgaver på. Nyt, nyttigt og nyttiggjort. Man er villig til at afprøve endda fejle, "fail faster" og derefter justere tingene. Et tredje motiv kan være demokratiskabelse; forskellige aktører inddrages for at skabe øget deltagelse, social interaktion, ofte refereres der til borgerinddragelse- medborgerskab. Motivet kan være at styrke demokratiet ved at tildele borgerne en mere direkte plads i prioritering og udformning af velfærdsløsninger- medskabe opgaven og løsningen. Man laver ikke noget for borgerne, men sammen med, Digital medbetjening i Københavns borgerservice er et eksempel (Pors, 2015).

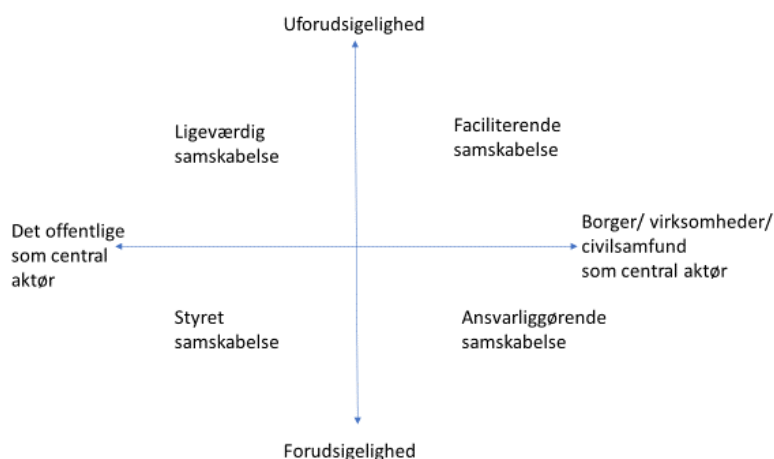
Effektivitet- få en økonomisk gevinst, styre bedre, få fat i ressourcer, som vi ikke har adgang til i dag

Innovation- Kvalitetsforbedrende, vil gerne noget nyt, få øje på noget som man ikke har set tidligere

Demokrati- Demokratiskabende, øge deltagelse, medborgerskab, social interaktion, borgernes ressourcer i spil

### Fire tilgange til samskabelse

Fire forskellige tilgange til samskabelse beskrives af Ulrich (2016, 2018). Der tages afsæt i, at samskabelse ses som en proces, hvor forskellige aktører udvikler velfærd og velfærdsopgaver sammen, og processen foregår på tværs af sektorer og sammen med ikke offentlige aktører, primært borgerne. Udgangspunktet for typologien er to akser. Y-aksen udgør graden af forudsigelighed og det offentlige behov for at definere indholdet i samskabelsen, yderpunkterne er: uforudsigelighed som det ene yderpunkt og forudsigelighed i karakteren af opgaven som det andet. X-aksen viser primæraktøren: det offentlige som det ene yderpunkt og borgerne/civilsamfundet som det andet. Hvis fx udviklingen af velfærd alene foregår på tværs af afdelinger, forvaltninger, departementer mm. definerer han det som samarbejde om velfærdsproduktion, ikke samskabelse.



Kilde: Jens Ulrich

De fire tilgange beskrives her:

- **Styret samskabelse:** opgaven er defineret af det offentlige, som også bestemmer, hvordan opgaven skal løses, ligesom resultatet er rimeligt forudsigeligt. Medarbejderne ser sig selv som myndighedsudøvende og fagprofessionelle; de har viden, der gør dem til eksperter, borgerne er modtagere af offentlig service, som klienter eller patienter. Borgerne er her involveret i en mindre del af velfærdsopgaven, fx diabetes behandling, her kontrollerer borgeren sit blodsukker og har kontakt til hospital eller egen læge (samt modtager andre offentlige ydelser).

- **Ansvarliggørende samskabelse:** rammerne og mål for opgaven er sat af det offentlige og det offentlige vil gerne styre processen og til dels resultatet. Borgerne inddrages i samskabelsesprocessen. Borgerne klædes på til at blive selvklarende og selvhjulpne, så de bedre kan klare sig selv, det vil sige selvansvarliggøres i modsætning til at blive serviceret. Medarbejderne definerer ofte, hvad borgerne skal involveres i og hvordan. Medarbejderne hjælper, motiverer og udvikler kompetencer hos borgeren. En form for empowerment-strategi kan man betegne ansvarliggørende samskabelse som, hvor borgerne er med i en involverende proces. Genoptræning og rehabilitering falder inden for dette felt.
- **Ligeværdig samskabelse:** her er resultatet ikke givet på forhånd, det er stadig det offentlige der definerer det område, der skal være fokus på. Borgene inviteres ind i samskabelsesprocessen, i første omgang til at være medskabere på løsninger og senere måske også på implementering af disse løsninger. Medarbejderne er ofte her fagpersoner eller det offentliges stemme i diskussionerne. Men det foregår på ligeværdig vis, hvor det omhandler, hvad man i fællesskab kan gøre. Et eksempel er involverende stuegang.
- **Faciliterende samskabelse:** her er hverken resultatet eller rammerne givet på forhånd. Det er ofte borgerne, der henvender sig til det offentlige. Medarbejderne er ikke længere med grundet deres faglighed eller professionsidentitet, de agerer nærmere proceskonsulenter i disse situationer. Samskabelse foregår ofte uden for det offentliges opgaver, det offentlige kan fx stille lokaler til rådighed for aktivitet. Et eksempel er Sct. Hans Have, hvor der dyrkes yoga og en cafe er opstået i et gammelt gartneri på det tidligere hospital Sct. Hans.

## Styringsparadigmer

Samtidig med udvikling i og af den enkelte offentlige organisation i forhold til samskabelse, er der også forskellige udefrakommende styringsmæssige paradigmer. Styringsparadigmerne skaber således forskellige betingelser og muligheder for dels styrings- og ledelsesmæssige forandringer, dels for de enkelte aktørers konkrete tiltag for at forbedre indsatsen i dagligdagspraksis i mødet med borgeren. Styringsparadigmerne formuleres af forskere ud fra empiriske observationer, som er idealiseret og generaliseret, de beskrives i forskning og kommer til at være en gængs forståelsesramme. (Andersen, Greve, Klausen & Torfing 2017). Styringsparadigmer danner herved grundlag for konkrete anvisninger i den offentlige sektors indretning og funktion. Styringsparadigmerne ses som sociale konstruktioner, hvor aktørerne handler og former deres verden ud fra bestemte forestillinger og efterfølgende legitimerer deres handlinger ud fra det enkelte styringsparadigme. Der er en dialektik mellem teori og praksis, der udgør udviklingen og til dels afviklingen af de enkelte styringsparadigmer. Dialektikken opstår i mødet mellem virkeligheden og idealet, og da virkelighed og styringsparadigmer påvirker

hinanden indbyrdes, udvikles virkeligheden og praksis, specielt når modsætninger mødes, kan nye ting opstå, hvis der gives rum og plads. Styringsparadigmerne kan herved ses som en reaktion på forskellige udfordringer og problemer i den offentlige sektor, og gennem tiden har skiftende styringsparadigmer spillet en stor rolle i udviklingen af den offentlige sektor (Andersen et al. 2017).

I efterkrigstiden, hvor den offentlige sektor voksede, formedes de bureaukratiske strukturer med hierarki, central styring, lovgivning, retssikkerhedskrav. Lighed i behandling og faglig kvalitet blev den offentlige tilgang til løsning af opgaver. Den offentlige sektor voksede, blev svær at styre, der kom en kritik mod de fagprofessionelle, som blev kaldt ledelsesresistente, og borgernes ønsker havde svært ved at få gehør, nogle kaldte det offentlig monopol.

Markedsmekanismer med performancemål kom fra 1980'erne og frem til starten af 00'erne i fokus i den offentlige sektor. Hood formulerede i 1991, NPM som et egentligt styringsparadigme som betegnelse for de udviklingstendenser, han så i styring af den offentlige sektor. Fokus var på resultat, mål, valgfrihed og aktivitetsstyring. Tanken med NPM i Hoods optik var at frisætte nogle af de bureaukratiske bindinger og strukturer, således at der kunne aftales overordnede mål og rammer, hvorefter lederne selv skulle styre i mål med fokus på output ift. til drift, herunder driftsmål, konkurrencemål, benchmarking, valgfrihed, ventetider. Men ofte opstod der behov for endnu mere dokumentation og flere registreringer, for at kunne synliggøre retning og målopfyldelser. Samtidig er brugerorientering på dagsordenen, borgerne er aktive og fremsætter selv ønsker og behov. Borgerne får indflydelse på ydelserne gennem frit-valgs-ordninger, brugerbestyrelser og tilfredshedsmålinger. Det er således en mere markeds- og konkurrence orienteret tilgang, der kommer i fokus. Borgerne bliver nu betragtet som kunder og serviceydelser skal leves, fx hjemmehjælp, genoptræning, efter princippet lavest mulige omkostninger. Borgene stiller krav og ønsker at få mere for pengene, dette sker samtidig med, at ressourcerne er knappe, der skal ydes mere for færre penge og med finanskrisen i 00'erne blev presset endnu større på de offentlige ydelser.

Gennem årene er opgaverne i det offentlige både blevet mere komplicerede og specialiserede, og som følge heraf ofte mere opdelt, dette samtidig med ønsker fra borgene om indflydelse og medbestemmelse. Der er igen behov for at finde nye måder at styre den offentlige sektor på. New Public Governance (NPG) vinder nu frem, med netværksdannelse på tværs og mindre hierarkiske systemer. (Pollitt & Bouckaert 2017; Greve & Pedersen 2017; Grøn, Hansen & Kristiansen 2014). Med tilgangen er man optagede af, om der kan skabes nye organisationsformer og fora, hvor borgeren bringes i spil og selv i højere grad bidrager med løsning af offentlige opgaver. Samskabelse nævnes ofte i sammenhæng med styringsparadigmet NPG, hvor netværk og samarbejde med eksterne aktører uden

for det offentlige system og borgernes ressourcer i et langt større omfang skal bidrage til løsninger

Styringsparadigme	Traditional Public Administration	New Public Management	New Public Governance
Offentlig sektor	Myndighed	Serviceproducent	Arena for samskabelse
Bærende princip	Hierarki	Marked	Netværk
Politikernes rolle	Suveræn beslutningstager	Rammesættende 'bestyrelse'	Metagovernor, interaktiv politikskaber
Forvalternes rolle	Faglige eksperter, arbejder efter regler	Effektive producenter af offentlig service	Medierer og faciliterer samarbejde
Borgernes rolle	Klient, modtager af offentlige ydelser	Kunde, forbruger af serviceydelser	Aktiv medproducent af politik og velfærd
Civilsamfundets rolle	Fortaler for svage grupper	'Sociale virksomheder' i konkurrence	Samarbejdspartnere i løsning af velfærdsopgaver
Samskabelse i styringen	Ikke ønsket	Benyttes til effektivisering	Central styringsmekanisme

(Fogsgaard, M.K. & De Jongh, M. 2018).

Hvis man ser på samskabelse i forhold de tre dominerende styringsparadigmer: bureaukrati, NPM og NPG er både formålet og aktørernes roller forskellige.

Skematisk er styringsparadigmer, roller og samskabelse illustreret således af Tortzen 2016:

Ved det traditionelle bureaukrati ses

samskabelse ikke som en option. De fagprofessionelle ved bedst og vare-tager såvel serviceproduktion som servicelevering, borgerne er modtagere af offentlig service. Medarbejderne, de fagprofessionelle er de faglige eksperter, der leverer deres ydelser ud fra myndigheder, lovgivning, standarder, viden og evidens. Borgerne har indflydelse via den parlamentariske styringskæde, hvor politikerne vedtager love og regler, embedsværket laver standarder og retningslinjer og medarbejderne udfører service ud fra ovenstående. Borgerne modtager deres ydelser ud fra lovgivning, regler, paragraffer og lighed i sagsbehandling. De svage borgere sikres retten til velfærd via forvaltningernes specialiserede enheder og de professionelles overvejelser. Der forventes ikke yderligere aktiv deltagelse fra borgerne, man ser dem som passive modtagere, klienter. Hierarki, vertikal beslutning og udmøntning foregår indenfor fastsatte rammer.

Ved NPM er formålet med samskabelse at målrette, effektivisere og opnå bedre kvalitet. Borgerne ses som forbrugere af offentlig service med kundeperspektiv, hvor der kan vælges mellem forskellige serviceudbydere. Serviceopgaver udliciteres og private virksomheder byder ind på opgaverne. Borgerne inddrages i beslutninger om, hvad de ønsker at vælge, frit-valgs-ordninger, og minder om aktører i brugerbestyrelser og ved brugertilfredshedsundersøgelser. Forventningerne er, at de offentlige aktører agerer ud fra den respons, der kommer fra fx brugertilfredsheden og ved at gøre sig attraktive på det frie marked. Borgerne betragtes som kunder, der stiller krav og forventninger til de offentlige serviceydelser. Borgeren er i centrum, og medarbejdernes rolle ændres fra at være myndighedsudøver til at være serviceleverandør. Institutioner og medarbejderne konkurrerer i forhold til forskellige incitament og der opstår ofte en større fragmentering og specialisering i ydelserne.

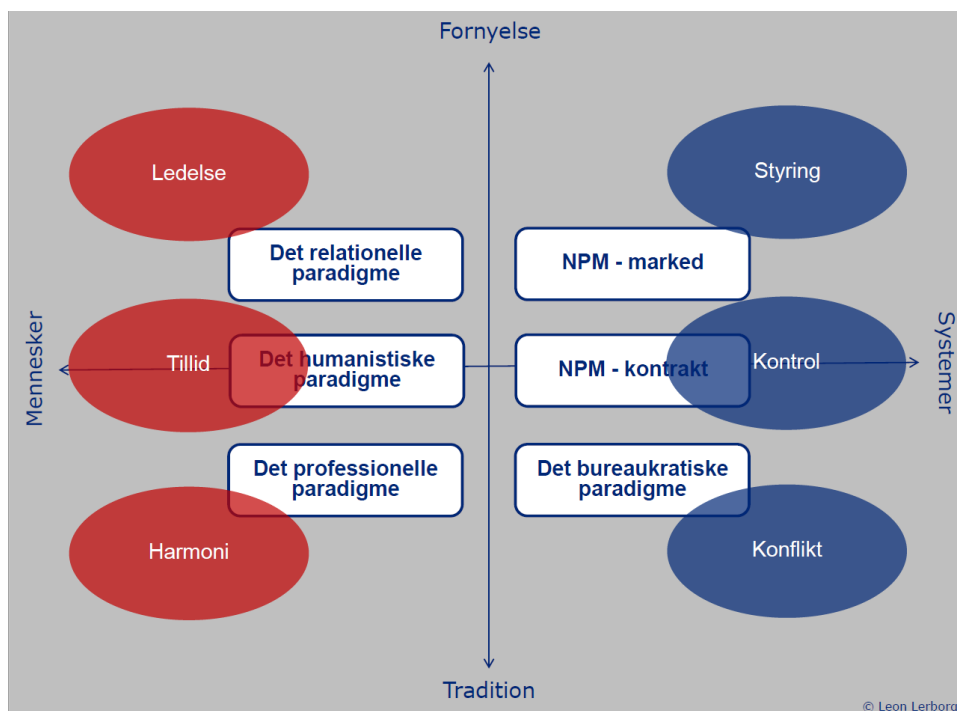


Der peges af flere på, at samskabelse hænger mest oplagt sammen med NPG og netværksdannelse som går på tværs af aktører, borgere og organisationer (Tortzen, 2016; Sørensen & Torfing 2018). Det offentlige ses samarbejdende og skabende med eksterne aktører. Samskabelse handler om et plus-sums-spil og nytænkning, der sker i fællesskaber. Opgaven for de offentlige medarbejdere bliver at stille deres faglighed til rådighed, arbejde mere på kryds og tværs for at lave helhedsorienterede løsninger, at facilitere og deltage i samarbejde med borgere og andre aktører om udvikling af opgaven. Administrative og funktionelle grænser overskrides, der er ikke klare eller permanente løsninger; proces og outcome er vigtigere end output. Ofte er flere styringsparadigmer i spil samtidig, og de har en indbyrdes konkurrence om at levere legitimitet til forskellige tiltag og de kan hver især have en mere eller mindre dominerende rolle i de forskellige dele af den offentlige sektor, afhængigt af hvilke opgaver, der skal løses. I det følgende ser jeg på Leon Lerborgs seks styringsparadigmer og analyserer, hvilke styringsparadigmer træder frem, når der tales om samarbejde og samskabelse i det tværsektorielle genoptræningsfelt.

### Lerborgs seks styringsparadigmer

”Tiden er løbet fra kun at fokusere på ét af de klassiske styringsparadigmer, de er alle i spil mere eller mindre samtidigt” udtaler Leon Lerborg.

De seks forskellige styringsparadigmer er: det relationelle, det humanistiske, det professionelle, det bureaukratiske, NPM-kontrakt og NPM-marked. De seks styringsparadigmer, de er her opstillet i deres historiske og tidmæssige udviklingsrækkefølge.



- **Det professionelle paradigme:** de fagprofessionelle tager afsæt i deres fagfaglighed, standarder og kompetencer, dvs. fysio-ergoterapeuter, sygeplejersker, læger, præster, farmaceuter, psykologer m.v. ønsker fagligt set at styre sig selv! De har den faglige viden. De professionelle tillægges oftest en høj moral, solide værdier, værende ildsjæle og omsorgsfulde for brugere og klienter. Man kan kort sagt nemt have tillid til dem. Der er interne faghierarkier, som er fagligt begrundet. Udviklingsmæssigt sker det inden for egne normer som fagfaglig kompetenceudvikling
- **Det bureaukratiske paradigme:** i dette paradigme lægges vægt på, at tingene styres via regler og hierarkier, embedsmændene og medarbejdere anlægger universelle og strengt objektive argumenter til grund for deres beslutninger og afgørelser. Styringsparadigmet sikrer retsstaten, lighed for loven, ensartethed m.v. Borgene får, hvad de har ret til og der gøres ikke forskel. Det bureaukratiske paradigme sikrer, at den offentlige sektor kan styres af politikere via et neutralt forvaltningsapparat og det repræsentative demokrati.
- **NPM-marked:** i 1980'erne kom en ny styringsfilosofi på banen i den vestlige verden; New Public Management (NPM). NPM-marked baserede sig på ideen om, at det offentlige skulle anvende styringsmekanismer fra den private sektor; konkurrence, resultatorientering, brugerbetaling, frit valg, økonomiske incitamenter, selvejende institutioner, bestyrelser, ny løn, udlicitering og privatisering. Borgerne betragtes som kunder, offentlige institutioner skal være frie som private virksomheder, og derfor var afbureaukratisering (deregulering) en væsentlig del af styringsparadigmet fra bureaukratiet ved at fokusere på de frie markeds kræfter.
- **Det humanistiske paradigme:** samtidig med NPM-marked, indføres som en integreret del af moderniseringsprocessen i 80'erne og 90'erne en lang række HR-værktøjer med fokus på udvikling af de offentlige ansatte og samarbejde. Fokus på personalepolitik, MUS, kompetenceudvikling, ansættelsessamtaler, teambuilding, kultur m.v. Der blev lagt vægt på flade organisationer, der var åbne, kommunikerende indadtil som udadtil. Udvikling og forandring foregår gennem forskellige former for inddragelse (bottom-up) af medarbejdere, med vægt på værdier og inddragelse.
- **NPM-kontrakt:** nærmest samtidig med de to ovennævnte styringsparadigmer udviklede NPM-kontrakt sig. Det havde som NPM-marked fokus på resultater. Disse skulle dog ikke skabes gennem konkurrence, men gennem kontraktstyring. Med kontrakterne kom der for alvor fokus på resultaterne, og i forlængelse heraf er der skabt dokumentationsrutiner, kvalitetsindikatorer og nøgletal. Der benchmarkes der udpeges best practice og laves ranglister. En meget hierarkisk styring med resultatfokus. Lederne skulle have frie tøjler til at nå målene som var aftalt i kontrakterne og ikke lade sig begrænse af de bureaukratiske regler men styringsparadigmet medfører i sig selv megen dokumentation, akkreditering og målinger.

- **Det relationelle styringsparadigme:** i det nye årtusinde opstår et radikalt anderledes styringsparadigme. Det er bygget op omkring systemisk tænkning, Appreciative Inquiry og socialkonstruktivisme. Hovedtemaer er relationer, anerkendelse, inklusion, nysgerrighed, cirkularitet og selvstyring. Det baserer sig på et unikt menneskesyn, er stærkt egalitært og det bæres af værdier om det gode menneske, om at give de svageste en stemme og baserer sig i det hele taget på en positiv tilgang til udvikling af organisationer. Dette paradigme er grundlæggende mere kontroversielt end det humanistiske.

## Anvendelse af teorierne i projektet

Den gennemgåede teori viser, at begrebet samskabelse har forskellige definitioner og betydninger. Den praktiske anvendelse og aktørernes bevidsthed om begrebet vil sandsynligvis være forskellig afhængigt af kontekst. I opgaven undersøges kendskabet til begrebet blandt klinikerne og ledere, der lyttes til hvor og hvordan de sætter begrebet i anvendelse. Forskningen viser, at det primært har været i den kommunale verden, der har været fokus på samskabelse (Tortzen, 2016, 2017), og kun i begrænset omfang genoptræning og rehabilitering. I kommunerne har samskabelse været skrevet ind i forskellige strategiplaner og afprøvet som konkrete projekter. I sundheds- og hospitalssektoren ses begrebet samskabelse ikke direkte beskrevet i officielle dokumenter, her kommer begreberne samarbejde og inddragelse oftere i spil.

Da samskabelse sker mellem det offentlige og borgerne, ses det tværsektorielle genoptræningsfelt, som en oplagt arena at undersøge begrebets anvendelse i, da fagprofessionelle og borgere her arbejder sammen. Hvis begrebet samskabelse ses eller ikke ses, hvad kan årsagerne hertil så være? Deltagerne bliver spurgt, hvor de ser muligheder og barrierer for samarbejde og samskabelse. Da der som sagt er mange definitioner på samskabelse i spil, vælges i projektet at anvende teorien fra Ulrichs typologi for samskabelse.

Genoptræningsområdet er en del af det offentlige sundhedsvæsen, både regionalt og kommunalt, og er styringsmæssigt præget af lag på lag fra forskellige styringsparadigmer, derfor vælges til slut som teoretisk tilgang til offentlige styring at anvende Lerborgs styringsparadigmer. De ses som et fælles baggrundstæppe for løsning af opgaver i det offentlige. Der ses således på muligheder og barrierer for samarbejde og samskabelse i det tværsektorielle felt i lyset af forskellige styringsparadigmer.

## Analyse

I første del af analysen ses på de muligheder og barrierer for samarbejde og samskabelse, der træder frem i interviewene. Før analysen beskrives deltagerens kommentarer og feedback på begreberne

samarbejde og samskabelse. Selve begrebet samarbejde er velkendt og er noget, alle deltagere har erfaringer med både tværfagligt, tværsektorielt og sammen med patient og pårørende. Samarbejdet beskrives af kommunal terapeut som essentielt for at kunne skabe sammenhæng i forløbene.

*”De vigtigste **samarbejdspartnere** i genoptræningsforløbet, det er borgerne eller patienten, og så kommer kollegaer, hospital og alle de andre, egen læge etc. Men det er primært for mig **at få et ordentligt samarbejde** med patienten/borgeren.”*

Samarbejde er en grundsten for terapeuterne alle taler om samarbejde, de vægter det højt og ser det som afgørende i det at være terapeut. At kunne samarbejde med andre mennesker i de forskellige sammenhænge, hvor genoptræningen foregår, er en kernekompetence som fysio- eller ergoterapeut. Alle anerkender de tværsektorielle forløb, som rammen for genoptræning, og de ønsker at samarbejde på tværs af sektorer. Samskabelse er derimod ikke et kendt begreb hos terapeuterne, hvilket der vendes tilbage til senere. Samarbejde på organisatorisk niveau er ligeledes en del af det tværsektorielle felt, det offentlige er ikke én organisation, men en fragmentering i mange dele, sundhedsvæsenet, undervisningsområdet, politiet mm. og yderligere opsplintning i flere forskellige organisationer, regioner, kommuner, forvaltninger og afdelinger. I sundhedsvæsenet opleves stadig udfordringer ved det tværsektorielle samarbejde, men i mindre grad end ved Strukturreformens implementering i 2007. Opdelingen af genoptræningen, som skete ved Strukturreformen, er nu en accepteret og integreret del af begge sektors hverdag. Rammerne og strukturerne er faldet på plads, der er kendte handleveje og anerkendelse af hinanden. Men sådan var det ikke i begyndelsen efter reformen, da var der magtkampe om snitflader, delingsaftaler, tab af faglige områder og en tydelig ”dem og vi” oplevelse blandt terapeuterne, nu er det vendt til respekt og samarbejde her fra terapeuter fra begge sektorer

*”Jeg har været med i et **tværsektorielt projekt** ”Sikker sammenhæng”. Det var noget af en øjenåbner, jeg har **kæmpestor respekt** for det arbejde, der bliver lavet **af hospitalet og de ting de laver**”*

*”Jeg oplever, at der er rigtig god kontakt til vores **samarbejdspartnere i kommunen**”*

*”Det som er rigtig vigtigt, det er **en høj faglig kvalitet**, at det starter **rettidigt**, at der er **kontinuitet** i det fra de forskellige sektorer, altså fra hospital til kommune”*

Ved analysen af besvarelserne i fokusgruppeinterviews blandt terapeuter og ledere to som muligheder: faglighed og relationer og to som barrierer: oplevelsen af to verdener og rammebetingelser.

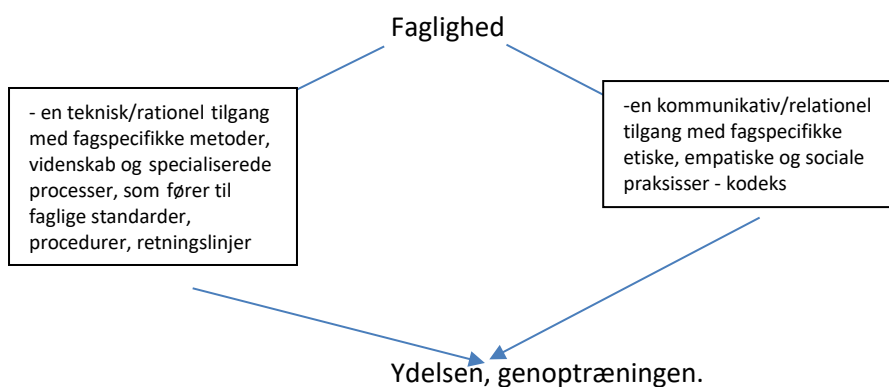
## Muligheder -Faglighed

Da faglighed vægtes meget høj af alle terapeuter, ses i det følgende nærmere på, hvad faglighed indeholder. Lederne berører ikke begrebet faglighed, men taler i høj grad om relationer.

## Fagprofessionel

Fysio- og ergoterapeuterne er fagprofessionelle, de har deres identitet i deres fagområde, nogle har desuden administrative opgaver, her anvendes deres faglige viden, sammen med lovgivning.

Faglighed er ud over samarbejdsevne en af de fagprofessionelles grundsten. Man er uddannet inden for en bestemt profession, i sundhedsvæsenet med autorisation til et givet område, hvor den faglige opgave løses. Faglighed kan beskrives todelt med gensidig afhængighed mellem en teknisk rationel tilgang og en relationel tilgang



Det som borgerne oplever i mødet med den fagprofessionelle.

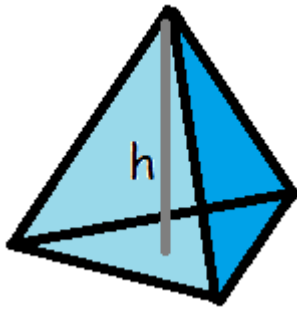
Borgerne har forventninger til de fagprofessionelle, forventninger til deres viden, kunnen og vilje til at løse de opgaver, som stilles. Desuden forventes det, at opgaven løses af de fagprofessionelle ud fra samfundets bedste, en altruistisk tilgang og ikke ud fra den enkelte terapeuts egne økonomiske interesser. Borgerens involvering og inddragelse i opgaveløsningen kan variere men terapeuterne siger

*”Ekspert, det har borgerne en forventning om at vi er, professionelle”*

Som fagprofessionel sætter terapeuterne deres teoretiske viden og praktiske erfaringer i spil i samarbejdet med patient-borger, det foregår som situeret professionalism, hvor analytiske evner med vurdering, faglige skøn, refleksion, handling, justering og teoretisk viden anvendes i den konkrete patientsituation. Terapeuterne har behov for oplysninger og viden om forløbet, kommunal terapeut:

*” Hvis jeg ikke får den viden, som jeg skal have, så virker jeg uprofessionel. Når der kommer en ind og de så siger, jamen ved du ikke, hvad der er sket med mig?”*

Den faglige viden kombineret med viljen og evnen til at indgå i relationelle samspil med både patient-borger og øvrige samarbejdspartnere er grundstenen i de fagprofessionelles virke omkring velfærdsydelser. Dette ser vi tydeligt i interviewene blandt terapeuterne. Fagprofessionelle er drevet af en motivation til at gøre noget for andre og for samfundet. Den fagprofessionelle substans kan karakteriseres som siderne i en pyramide, der tilsammen danner fagligheden. (Dalsgaard, 2013)



Uddannelse: viden, kompetencer, oplæring

Autorisation: medlemskab, inklusion/eksklusion, autonomi

Faglig kultur: etisk koder, serviceidealer, standarder

*Fagfaglige kompetencer:* Kompetencer fra den faglige værktøjskasse, fx kendskab til hjælpemidler, test, træningsmængde, belastning og dosering, er aktiviteter, som sættes i spil i det enkelte forløb. Alle fagpersonerne taler om test og formidling af test, her tales om specifikke fagfaglige test, test der anvendes til belysning af progression i genoptræningsforløb regimer/restriktioner for behandling, fagprofessionelt fagfagligt fokus, her hospitals og kommunal terapeut

*”Jeg forestiller mig at terapeuterne ude i kommunen vil være glade for at have resultatet af en test, man skal skrive resultatet af test, så kan de re-teste hvis de vil. Man skal beskrive det så godt man kan, man får det vigtigste trukket med og tallene. For det kan forældrene ikke huske og viderebringe”*

*”Nogle gange med test, er det rigtig rart at få en lidt mere dybdegående beskrivelse af test”*

Dette viser, at terapeuterne i begge sektorer har fagprofessionelt fokus, de ser her, at test kan bruges som fagfagligt redskab til samarbejde. Det nævnes, at forældre ikke kan huske det, så derfor må fagfolk kommunikere det til hinanden, men det viser således, at fokus holdes mellem de professionelle-patienter, og at pårørende er uden for dette fagfællesskab. Her peges på et dilemma; fagfaglige kompetencer bruges til samarbejde mellem sektorer, det fagfaglige fællesskab styrkes samtidig kan det blive en barriere for samskabelse med patienten, hvis fagsproget ikke oversættes til hverdagsprog. Patienten risikerer at opleve eksklusion i stedet for inklusion og involvering, som ellers er samskabelses elementer. Første skridt kan være transparens og en dansk tekst.

#### *Autorisation, hierarki, viden, evidens*

Til faglighed knytter sig formel og tilegnet viden. Uddannelse, autorisation har en formel karakter, og giver retten til at handle selvstændigt inden for de givne rammer og hermed følger ofte hierarki, da alle ikke må det samme. I vejledningen om genoptræning er der indskrevet fire forskellige faglige niveauer i forhold til opgaver med angivelse af autorisation og hvilke kompetencer, disse niveauer kræver på hospital og i kommunalt regi. Alle terapeuterne taler om et fagligt hierarki: forskere, udviklingsterapeuter, faglige vejledere, klinikere, gulvterapeuter og et personale, et hierarki som er specielt på et hospital: overlæger, læger, sygeplejersker, sekretærer, dog uden at terapeuterne selv indplaceres, kommunal terapeut beskriver det således:

*” Nogle fra gulvet kommer ind og så søger vi efter evidens, så prøver man at finde ud af noget, men jeg vil gerne have at det var tværsektorielt, med hospitalerne. Det er jo dem der laver operationerne, der er **mere forskning** i regionerne end der er i kommunerne. Så de er **mere opdateret** på det nyeste, tænker jeg, på det evidensbaserede”*

Hierarkiet fremhæver terapeuterne som videns hierarki med forskning og evidens. Niveauerne, der er eksplicit beskrevet i vejledningen for genoptræning; almen, basalt, avanceret, og specialiseret genoptræning, anvendes af terapeuterne uden kommentering eller værdiladning, blot konstaterende.

Faglige standarder og faglige retningslinjer hænger sammen, fagligheden sættes i spil ved udvikling og involvering i tilblivelse af kliniske vejledninger, snitfladekatalog mm. Nogle af interviewpersonerne har meget fokus på det evidensbaserede med kliniske retningslinjer og forløbsbeskrivelser, og holder sig fagligt opdateret, her en kommunal og hospitals terapeut:

*”Inde på RegionH-VIP ligger retningslinjer og regimer, og så er det er min forbandede pligt at **holde mig opdateret**, så hvis jeg rent faktisk ved, hvad de fejler, så kan jeg selv finde ud af regimer og restriktioner.”*

*”Jeg synes, vi var mere **involveret i udvikling** af det sidste snitfladekatalog, hvor der var en del cases, som vi var med til at skrive. Men nu diskuterer vi jo snitfladekataloget både som fys og ergo, vi skal gøre det sammen ift. hvordan det skal udmøntes... ledelsen er ind over og jeg synes også **vi bliver hørt som praktiker**”.*

Udsagnene viser, at terapeuterne fra begge sektorer anser fagligt udviklingsarbejde, som væsentligt og givende samt en motivation og kilde til et øget tværsektorielt fagligt samarbejde. Medskabelse- eller faglig samskabelse kunne det beskrives som.

### *Faglig kommunikation*

Fagprofessionelle har gennem deres uddannelse lært at kommunikere i et fagligt sprog, de enkelte faggrupper varetager hver deres del af den sundhedsfaglige kommunikation, her er der forventninger til, at ting skrives på bestemte måder og i bestemte dokumenter, fx operationsbeskrivelser, epikriser eller her genoptræningsplaner (GOP).

*”Med al respekt for borgerne, hvor meget de får ud af at læse GOP. De er jo heldigvis skrevet **på fagsprog, til os terapeuter, der modtager den**”.*

*”Jeg kan da godt se at der er stor forskel på den GOP, som lægen skriver og den som jeg skriver. Jeg **skriver meget mere**, de skriver se ovenstående så de henviser til et notat, jeg skriver meget mere, altså prosa om hvad er der faktisk sket”.*

Citaterne demonstrerer fra både kommunal og hospitals terapeut, at der holdes et fagfagligt fokus. Terapeuterne ser GOP som deres redskab, som de lægger energi og engagement i at udfylde, borgerne kan læse med, selv om de ikke altid inddrages aktivt. Terapeuterne er godt klar over, at der er forskel på GOP skrevet af læger/sekretærer eller af fysio/ergoterapeuter, de ser mere kvalitet i egne GOP.

## Muligheder: Relationer

Såvel ledere som terapeuter har fokus på det relationelle som vigtigt for at skabe et godt forløb på tværs. Der tales både om relationelle kompetencer og relationel koordinering. Relationel koordinering kan forstås som koordinering af arbejdsrelationer gennem fælles mål, delt viden og gensidig respekt (Gittel, J 2011). Relationel koordinering og kommunikation hænger sammen, idet tilpas hyppig og præcis kommunikation på de rigtige tidspunkter understøtter den relationelle koordinering.

*”Vi kunne godt have brug for noget **tværsektoriel relationel koordinering**, man kunne ønske sig, at man kendte hinandens fagområder noget bedre”.*

Citat fra kommunal terapeut men alle terapeuterne tilkendegiver, at opbygning af en fælles faglighed og løsning af problemer er lettere, når man kender hinanden og hinandens hverdag. De vil gerne have ansigt på og skabe mulighed for kontakt. I de tværsektorielle genoptræningsforløb er kommunikationen primært digital, dog af og til telefonisk. Terapeuterne udtrykker behov for at mødes, og se hinanden i øjnene. Det er den fagfaglige relation på tværs af sektorer, der her er i fokus.

De fagprofessionelle taler om relationer i mødet med patienten/borgeren, hvor det gælder om at skabe en professionel relation mellem terapeut og patient/borger. At kunne se det fra patientens side og have en altruistisk tilgang til at yde noget for andre uden egeninteresse. Her udsagn fra hospitals terapeuter:

*”Samarbejde der lykkes, her tænker jeg stadig **patient- empowerment**. Hvad er det **patienten gerne vil**? Jeg som terapeut, er et redskab til **at hjælpe patienten afsted**. Tage udgangspunkt i, hvad patienten gerne vil. Så kan jeg godt indordne mig under de øvelser, vi har som standard, og regulere lidt på dem”.*

*”Altså keyword i al behandling for mig, det er, at det er **den præcis rigtig udfordring** der skal til og bringes på banen og i spil, hver eneste gang. Hvis man **ikke har så mange ressourcer**, hvis man er svag på nogle punkter, så skal man **støttes og have lidt flere krykker** med på mange måder, og så får man det, og de **andre får så lidt færre**”. ”Det er jo det, der er interessant, ved at være terapeut, at være i der **spændingsfelt** og **give dem det de har brug for**, og heller ikke mere”.*

Det som omtales her, karakteriseres som professionelle empatiske kompetencer, der tager sigte på at patienter, borgere og pårørende hver især oplever sig unik og får en positiv opmærksomhed. Hver enkelt skal opleve sig set og hørt som individ, terapeuterne tager patient/borgerens ønsker og holdninger alvorligt samtidig med, at terapeuterne kan vejlede og guide patienten ud fra patientens verden og forudsætninger. Lederne har ligeledes fokus på relationer både for de fagprofessionelle, og for ledere på de forskellige niveauer. Ledernes fokus på relationer knytter sig til det organisatoriske.

*”Det handler i virkeligheden meget om hele feltet **relationel kompetence**. Det der sker, ved at **have kendskab hinanden**, er at man kommer ud over det der, hvor man tænker, åh det er da også **de der** på hospitalet, som ikke kan finde ud af det, eller **de der** ude i kommunen heller ikke kan, fordi man **bliver bedre til at sætte sig ind i de andres sted**- Ok, der er nok en*



*mening med, at det er sådan - og samtidig kan man også **udfordre hinanden på det**, som også er vanetænkning på forskellige måde. Det har betydning, fordi det der er vigtigt, at vi er **agile**, så vi **hurtigt kan fange tingene**”.*

Lederne giver udtryk for, at relationelle kompetencer og kendskab til hinanden er grundlaget for godt samarbejde tværsektorielt, en agilitet og hurtig tilpasning til situationen, som opgaverne fordrer, man skal kende hinandens vilkår og kunne sætte sig i deres sted. Her tænkes i en organisatorisk og styringsmæssig kontekst.

## Barrierer: To verdener

Alle deltagerne taler om to forskellige verdener, arenaer, siloer, ”dem og vi”, samtidig beskrives genoptræningsopgaven som en fælles tværsektoriel opgave, så her gemme sig en indbygget udfordring.

*”Nogle gange kan man godt fornemme, at det **er to forskellige verdener**. Hospitalsverden og kommunalverden. Det er nogle gange **svært for os at forstå jeres arbejdsgange** herinde, forstå hvilke problemstillinger I har.”*

Det terapeuten peger på her er, at der er forskelligt fokus i de to sektorer, og et resultat heraf er, at de ikke har kendskab til, hvad der sker i den del af forløbet, der ligger i den anden sektor. De har derfor svært ved at bygge bro, informere og videregive det til patienter/borgere. En hospitalsterapeut:

*”Hvor kommer genoptræningen til at foregå, det aner man ikke, måske man sender **små børn ud til et plejehjem**, det kunne da være **rart at forberede familien på**”*

Logikkerne og organiseringen er forskellig, det er svært at få overblik over opdelingen og organisationerne, det der virker logisk i en verden, er ikke nødvendigvis logisk i den anden, hvilket gør det svært for både terapeut og patient/borger at navigere i og agiliteten, som lederne efterlyser, har svære kår. Hospitalet rummer det akutte, det præ- og postoperative, de korte forløb. Mens kommunen står for kontinuitet, livsverdenen, relation til de hjemlige omgivelser, forebyggelse og længere rehabiliteringsforløb. Silotankegang, specialafdelinger, sektorovergange og opsplnitning i forvaltninger er en del af virkeligheden for terapeuterne med fagbureaukratier og hierarkiske strukturerer, hvilket også beskrives i projekt fra FTF omkring den offentlige sektor og samarbejdsdrevet innovation (Sehested 2010). Denne adskillelse mellem sektorerne beskrives som hæmmende for samarbejde og innovation.

*”Jeg kunne da godt **tænke mig at vide lidt mere om hvad det er**, hvad de egentligt laver der ude i kommunen. Fordi **patienten har mange spørgsmål** til det, når vi nærmer os udskrivelsen”*

Terapeuterne har et stort ønske om videndeling både ift. til at mødes og se hinandens verden og om at lave faglige udvikling, fælles faglige standarder og fagfaglig udvikling. Samtidig har de alle en bevidsthed om de rammer og ressourcer, der skal til for at kunne gøre dette. Det kræver tid og ressourcer, opmærksomhed og vilje fra begge sider. Kommunal terapeut:

*"Besøgte hospitalet i 2 dage. For **at se** hvad kommer borgere fra, hvordan kan vi gøre det genkendeligt for dem, når de kommer til os. Det betød 2 ting: vi har nu **en forståelse for arbejdsgangen**, vi har en **forståelse for hvad har borgene været igennem** derinde. Det hjalp enormt meget. Hvis de har lavet test, så ved jeg hvor testen er lavet. Vi var med i involverende stuegang, og **kan snakke med** borgerne om det, det betyder bare så meget for borgerne, bare de to dage. Det var guld værd. Det betyder **at vi forstår**, hvad er det borgeren kommer fra, det var en stor aha ting som vi har taget med os".*

Med ordvalget "besøg" lægger terapeuterne op til en 'hjemme og ude' tankegang, hjemme er typisk der, hvor man har sine egne og ude er de andre, ude i kommunen i modsætning til inde på hospitalet. Hjemmet, bruges også som ordvalg i argumentation hos hospitals terapeuter til forældre, når de står for et sektorskifte fra hospital til kommune.

*"Forventning om at vi herinde **klæder dem på** til at klare sig, indtil de kommer ud til deres sædvanlige terapeuter i **virkeligheden**"*

*"Det er jo der, det levede liv er, det er tættere på **hjemmet** og ikke hos os."*

Her knytter terapeuten an til Hvidovre hospitals slogan- "Det handler om liv"- hvor målet er "hurtig diagnostik/behandling og sikkert hjem til hverdagen". Terapeuten taler om, at det levede liv for patienten, ikke er her på hospitalet, men hjemme, og der hvor genoptræningen kan fortsætte i kommunalt regi tættere på hjemmet. Denne opfattelse af to verdener viser, at der er en udfordring med at skabe sammenhæng mellem de to sektorer.

## Barrierer: rammebetingelser

### *Lovgivning, IT, serviceniveau,*

Fælles for både lederne og terapeuterne er, at de ser lovgivningen som en barriere for et let og smidigt samarbejde. Genoptræningen er underlagt forskellige lovgivninger, sundhedsloven og serviceloven samt for børn folkeskoleloven. Bekendtgørelsen og vejledningen om genoptræning omsætter disse love til mere håndterlige emner. Efter megen politisk bevågenhed om patienter, der ventede alt for længe på genoptræning, kom der i 2018 en lovændring med en kommunal ventetidsgaranti på genoptræningsområdet med tilhørende fritvalgsordning. For Hvidovre Hospitals samarbejdskommuner var ventetiden på genoptræning efter udskrivelse fra hospital i 2017 mellem 10-18 dage (esundhed, 2019). Efter lovens ændring er den nye syv-dagsregel, sådan kalder terapeuterne den, implementeret i alle kommunerne. Status for nuværende ventetid kan ikke ses på sundhed.dk, men indtrykket fra de kommunale terapeuter er, at der er stort fokus på at overholde tiden for indkaldelse og start af genoptræningen, omend det giver visse udfordringer for de kommunale terapeuter.

*"Jeg synes den her syv-dages regel vi har fået, det er **svært**. Det kommer en GOP og så er borgeren stadig indlagt i 3 dage mere, og så begynder man at sidde og tælle, det er svært, nu*

rammer vi weekenden og UPS. Vi kan jo **ikke kalde borgerne ind, mens de er indlagt på hospital, men det kan vi jo i bund og grund være nødsaget til.** Kommunal terapeut

**”Vigtigt med kendskabet til både servicelov og sundhedslovgivningen. Der er jo ingen tvivl om, at hvis vi virkelig dykkede ned i dem, så er der nogle krydsfelter, som ikke er særlig hensigtsmæssige ifht. Hvis man vil borgeren det bedste. Så det er der jo ingen tvivl om, at det er en hæmning.”** Hospital's chef

Disse udsagn viser, at lovgivningerne giver udfordringer i samarbejdet. Loven opleves som svær at forvalte og til tider tilmed uhensigtsmæssig for borgerne, når fx start af genoptræning skal ske senest syv dage efter udskrivelse. Hvidovre kommunes chef angiver, at de med en politisk beslutning har prioriteret, og ikke ladet sig begrænse, men fandt en anden og bedre løsning for familierne.

**”Et meget godt eksempel er hele børnegenoptræningen. Har man den der krog af en diagnose, så hører man til der og hvis man i sådan nogle eksempler prøver at sætte sig i forældrenes sted, når vi siger, at det og det er lovgivningen og.... det giver sgu ikke mening. Der noget i den måde, vi organiserer det her på. Og lige netop i det der område, så er der noget, der er servicelov og noget der er sundhedslov osv. Vi har jo svært nok ved at finde ud af det selv.”**

**”Nu har vi samlet området og vi har opprioriteret meget på området. Der er i virkeligheden kommet en bedre situation, da der er truffet beslutning om, at vi sådan set er lidt ligeglade med om det er servicelov eller hvad det er. Men hvor vi i høj grad kigger på, hvad er det de her børn har brug for. Men det er jo beslutning, en politisk beslutning, vi har taget.**

Lovgivningen ses her som en barriere, men samtidig som et vilkår, der håndteres lokalt. Borgernes rolle kan ses ud fra rettigheder eller behovsbestemt, og det er de professionelle, der skal forvalte loven ud fra en bureaukratisk tankegang, tilgodese den enkelte borger og samtidig indtænke helheden, hvor man måske prioriterer ud fra en mere behovsstyret tankegang. De politiske prioriteringer nævner både terapeuter og lederne.

**”Det kommer jo også an på pengene, hvor mange penge kommer der med i det. Det er jo klart, at vi har jo det her nu, fordi vi tror på forebyggelse, at der er en forebyggende effekt af det. Fx ved at gå ind og give et tilbud i skolerne for barnet, så tror vi på at det har en betydning: Men det er et trosspørgsmål, og det er klart, at hvis vi kom mere på røven økonomisk, så vil det nok være sådan noget vi ville kigge på. Den eneste grund til at vi ikke kigger på det, det er fordi vi ikke taler om det. Opbuddet er jo politisk, det er jo ikke, fordi vi bare gør de her ting”.**

Kommunal chef

**” Det er jo en politisk beslutning, hvordan lang ventetiden skal være. Det er central forvaltningen som sætter rammerne for genoptræningen, formentlig i samarbejde med KL , sådan noget med timer, borgertid og serviceniveau”**

Kommunal terapeut

Terapeuter og ledere tager disse rammer til efterretning, terapeuterne kan godt være uenige i hvorvidt syv dages ventetidsgaranti eller forskelligt serviceniveau er hensigtsmæssigt, de giver tydeligt udtryk for at de administrative udfordringer, det er at efterleve ventetidsgaranti, men de efterlever loyalt de politiske beslutninger. Ovenstående viser kompleksiteten i rammerne, og at det er en politisk prioritering, som terapeuterne og andre skal navigere i. De professionelle står i et krydspres med et myndighedsansvar, som skal forvaltes samtidig med, at de skal udøve deres faglighed.

### *IT som barriere men også som mulighed*

IT og digitalisering er en del af det tværsektorielle genoptrænings samarbejde, både som kommunikation via genoptræningsplanen mellem sektorer og som en mulighed for understøttelse af træning til patienter, men det opleves ikke altid sådan. Genoptræningsplaner udfyldes elektronisk, men de opleves ikke altid fyldestgørende, ønsket er at kommunens terapeuter kan se de samme oplysninger som terapeuterne på hospitalet og kommunikere elektronisk med læge og terapeut på hospitalet. Det er ikke muligt, da der anvendes forskellige it-systemer. Det nævnes som en stor hæmsko, at man ikke tilgå oplysninger og kommunikere gensidigt. Både lederne og medarbejderne efterlyser dette.

*”Tænk at vi i et lille land som Danmark, **ikke har det samme IT-system**; som praktiserende læger, hospital, og som vi har. Så kunne det godt være, at man kun skulle se en del af det, der hentede de der oplysninger, men så ville vi jo **med det samme kunne se, hvis det var vigtigt for os, når en af vores borger blev indlagt**”.*

*”Det er jo **jura**. Men hvad med persondataforordningen, jeg er ikke sikker på, at vi **fik lov til at sætte den op**. Det der ligger i persondataforordningen er, at **borgerne har jo stadig ret til at synes, at det er der ikke nogen, der skal vide**”.*

Ved digitalisering tales der om ønsker og effektivitetsforbedringer, men lederne ser samtidig barrierer, forvaltningslovmæssigt, GDPR og ift. ikke-digitaliserede borgere (ældre og hjemløse uden e-boks). Muligheden for at inddrage borgerne som aktiv formidler af oplysninger drøftes, fx ved at terapeuten læser sammen med borger i MinSundhedsplatform (MinSP) om det, der er relevant for genoptræning. Herved kan et dobbelt mål opnås, terapeuterne kan forklare borgeren lidt om fx operationen, røntgen mm. og terapeuterne får samtidig indblik i sygehusforløbet og patientens evt. komplikationer. Borger kunne sammen med terapeut skrive en besked til hospitalet ifm. status for genoptræningen. Aktuelt kan kommunale terapeuter kun skrive retur til egen læge ikke til hospital. Kommunikation på tværs er en forudsætning for, at det tværsektorielle samarbejde kan fungere. Dette foregår i dag primært gennem digital kommunikation.

*”Jeg ser helt klart **muligheder med IT**, jeg har lige haft en, som tog et screenshot hvor hun var inde på sundhed.dk – og så sendte det til mig i en mail. Det er jo også **nemmere end bruge en overlæges tid på at skrive en supplerende oplysning**. Der står jo de samme ting, som I*

*klipper ind. Det synes jeg er fint, hvis det kan blive mere gængs, hvis oplysninger følger patienten i stedet for at der kører alt muligt rundt. Det ville være smart.” Kommunal Terapeut*

*”Jeg tænker, at GOP i deres DNA jo er samskabelse, i alt fald en ramme for samskabelse, her har vi fået en teknisk ramme for at lave noget samskabelse”. Hospitals terapeut*

*”Jeg tænker at det er vigtigt med de der platforme, at det bliver nævnt, at der er sundhed.dk, MinSundhedsplatform osv. både til patienter og pårørende, - vi kan også efterspørge det og læse med, når de samtykker til det”. Kommunal Terapeut*

Disse udtalelser viser, at terapeuterne ser muligheder i at anvende digitale løsninger, måske kan borgerne være bindeleddet som aktiv aktør der sammen med terapeut bruger selve GOP, Sundhed.dk og MinSP som muligheder for samarbejde og samskabelse. Så med kendskab til hinandens sektorer, rammer og vilkår, må man formode at kunne skabe en accept af, at virkeligheden ikke altid matcher ens faglige idealstandarder.

### Del konklusion 1- Muligheder og barrierer:

Ved generelt at se på de emner, deltagerne kommer ind på som muligheder og barrierer i forhold til det tværfaglige samarbejde og samskabelse, tegner der sig et stort set enslydende billede fra kommunal og regional side. Faglighed og relationer træder frem som muligheder, en todelt verden og rammebetingelser opleves som barrierer for det tværsektorielle samarbejde og samskabelse.

Faglighed kan ses som både en mulighed og en barriere for den tværsektorielle samskabelse. Faglighed herunder faglig kommunikation kan fx inkludere de fagprofessionelle i et fagfagligt fællesskab, men faglig kommunikation kan også ekskludere patient/borger/pårørende ved, hvis de ikke forstår hinanden. Det er nødvendigt, at man gør sig bevidst om i hvilken kontekst, man agerer og hvad formålet er; foregår mødet mellem fagfæller eller med patient/borger? Faglighed og fælles fagfaglig udvikling kan berige og støtte samarbejdet på tværs af sektorer. Ved erkendelse og rigtig brug af faglighed kan faglighed styrke samskabelsen med patient/borger. Den fagprofessionelle skal ved samskabelse da sætte sin viden og kompetencer i spil fra en anden vinkel, mere som konsulent og herved stille sin viden til rådighed for patient/borger/pårørende.

Det relationelle ser deltagerne som en mulighed for samarbejde og samskabelse. Det relationelle er en del af de sundhedsprofessionelles grundlæggende egenskaber, og ledelsesmæssigt tillægges relationer ligeledes en stor betydning både ift. koordinering og kvalitet (Gittel, 2012).

IT er et andet eksempel, der ses som både mulighed og barriere. Forskellige systemer i de to sektorer er en barriere for fagfolk, men patient/borger kan være brobygger i samarbejdet. De har adgang til data fra hospitalet, og hvis vi her lader patient/borger være styrende og terapeuterne sammen med

patienten læser med på platformen, så får patienten magten over data, og de fagprofessionelle stiller sig til rådighed, som formidler og oversættere af viden fra de to verdener.

Oplevelsen af to verdener ser terapeuterne som en barriere for sammenhæng i de enkelte patientforløb. Men terapeuterne vil gerne mødes og se, hvad der forgår ”ude som inde”, spørgsmålet er om ikke denne interesse, fagligheden og opgaven om/med borgerne er den fælles arena, der kan gøre det muligt at opnå bedre samarbejde og sammenhæng på tværs? Logikken kunne være, at hvis fagligheden dyrkes sammen, styrkes relationerne og kendskabet til de to verdener. Der bliver skabt noget sammen, måske samskabelse afhængig af, hvorledes samskabelse defineres.

Samlet set er de muligheder og barrierer, der ses i interviewene, ikke overraskende. Fagprofessionelle vil altid vægte fagligheden højt, og udvikling af fagligheden ses som et middel til at opbygge øget samarbejde og samskabelse på tværs af sektorer. Dette harmonerer med erfaringer fra FTF-projekt CLIPS, hvor der blev arbejdet med en innovationstankegang blandt offentlige ansatte. (FTF, 2011)

I anden del af analysen ses på samskabelse. Hvordan forstås samskabelse, og hvilke typer af samskabelse ses i det tværsektorielle felt? Selve begrebet samskabelse ses ikke som et integreret begreb i genoptræningsfeltet. Umiddelbart er der ingen af deltagerne, der har det store kendskab med begrebet samskabelse. Her ses terapeuternes svar:

*”Det er svært med definitionen, hvad er samarbejde og hvad er samskabelse. Hvornår er hvad hvad, **samskabelse er ikke et ord jeg bruger, eller er stødt på.** Så jeg ved ikke rigtig”*  
*”Potatoes, potaetoes? siger en ”Boss word!” siger en anden.*

Disse udsagn viser tydeligt, at det ikke er et begreb, der anvendes blandt de udøvende terapeuter. Vicedirektøren fra hospitalet kender til begrebet samskabelse, hun sætter det ind i rammen; partnerskab med patienten. Begrebet samskabelse træder tydeligst frem hos den kommunale chef; det vides ikke, om hun har konkrete erfaringer med samskabelsesprojekter, men som kommunal direktør for Børn & Velfærd er det sandsynligt, at hun har stiftet bekendtskab med samskabelsesbegrebet. Nogle af hospitalsterapeuterne bruger dog begrebet samskabelse i mindre omfang, hvor de knytter an til samskabelse i organisationen eller mellem fagfolk tværsektorielt og bruger det således:

*”**Samskabelse** ift. tværsektorielt samarbejde - ja, det er at få en synergieffekt til at udfolde sig **mellem forskellige sektorer**, så det bliver optimalt **for patienten**. Fx operation og derefter genoptræning. Vores opgave er at knytte bånd”.*

*”Snitfladekataloget, det er jo en lov, uden at være en lov... det er jo meget det, vi forholder os til, og til en vis grad **har vi været hørt** i udarbejdelsen af det. Det er jo **samskabelse**”*

De faktorer, terapeuterne særligt fremhæver, er samarbejde og udvikling af strukturelle ting, som forbedrer forløbet FOR patienten og FOR de fagprofessionelle, fx samarbejdet og udviklingen af snitfladekataloget, rammen for tværsektorielle forløb. Eksemplerne, som terapeuterne nævner, ses

som samskabt styring (Bentzen, 2018). Fokus er samskabelse på indersiden af organisationen, vertikalt mellem ledelse og medarbejdere eller horisontalt mellem forskellige strukturer og siloer, her mellem kommune og hospital eller faggrupper. Inden for organisationen beskriver hospitalsterapeuterne udviklingen af før-forløbet, som innovation, nytænkning og samskabelse. Før-forløbet er der, hvor der tværfagligt og sammen med forældrene skabes et forløb, fx inden barnet skal have foretaget en stor operation.

*”Der **har vi skabt et redskab, som er godt i den her samskabelse, det er et før-forløb hvor man kan komme ind, hvor man ser dem sammen fysioterapeut, socialrådgiver og så afklarer man hvad er der behov for af hjælpemiddel, hvad er der behov for på lovgivningssiden, og så får man bestilt og arrangeret alle de der ting og så er alle forberedt på det”.***

Forløbet kan ses som hverdagsinnovation; medarbejderdrevet innovation (Pedersen, A.R. 2015) eller ud fra Ulrichs typologi delvist som involverende samskabelse. Involverende samskabelse, da jeg som del af afdelingen her kender konteksten og ved at henvendelse kom fra forældrene. Forældrene havde en ide om, at disse indlæggelser kunne forgå på en bedre og mere hensigtsmæssig måde. Selve processen med at få det omorganiseret forgik således mellem forældre og personale. Terapeuterne, der i interviewet tog fat i før-forløb, omtaler det som noget, de og andre faglige samarbejdspartner har skabt FOR patient og pårørende og ikke MED dem. Det viser, at der forgår udvikling og samskabelse, men i terapeuternes bevidsthed på indersiden af organisationen. Et andet fokus, terapeuterne berører, er det organisatoriske udbytte:

*”Man kan jo sige, at **outcome af de her før-forløb er en optimering af patientforløbet under indlæggelsen. Så der er jo en ressourcebesparelse på den lange bane”.***

Terapeuten taler her ind i effektivitet og økonomi. Økonomi i form af besparelser kan være et fokus i samskabelse. Ifølge Tortzen (2016) er økonomi som regel ikke det, der direkte italesættes, og hvis det nævnes, er besparelse/ effektivisering som regel et fokus fra det offentliges side. I eksemplet var det ikke den økonomiske gevinst for hospitalet, der oprindeligt var italesat, men ønsket fra forældre om at deres tid var kostbar, og derfor ønskede de sammenhæng samt en effektiv udnyttelse af tiden på hospitalet. At terapeuterne nu italesætter før-forløbet som en positiv ting også for dem, er et eksempel på, at samskabelse er lykket. Dette foregår både på yder- og indersiden af organisationen. Samskabelse i det små peges og som vejen til succes peges der på fra flere steder. Det er en måde, der giver mening for de implicerede, på en konkret og håndgribelig måde (Tortzen, A 2015)

Ved konkret at se på interviewene ud fra Ulrichs typologi berører deltagerne alle fire typer af samskabelse, uden de anvender ordet samskabelse, som Ulrich ser på begrebet samskabelse. Det er alt overvejende styret samskabelse og ansvarliggørende samskabelse, der tales ind i fra deltagerens side.

### STYRET samskabelse

Her er det de professionelle, der planlægger, beslutter og styrer forløbet. Borgerne følger det, der anvises eller er med i høringer om opgaver, som det offentlige har besluttet.

*"Borgerne **bliver hørt**, når vi har haft fokusgruppe interview **om deres oplevelser** af hvordan de bliver taget imod på træningscenteret"*

*Kommunal Terapeut*

*"Godt forløb- det er en patient, **der har forstået** hvad det hele går ud på, der **har lyttet til de informationer** der er kommet"*

*Kommunal Terapeut*

*"Jeg synes, at patienten eller pårørende har den rolle, at **de skal nikke til at få en genoptræningsplan, selvfølgelig også til den beskrivelse man har lavet af personens funktionsniveau**".*

*Hospitals Terapeut*

Eksemplerne viser, at det er de professionelle, der formulerer, hvad der spørges efter, hvordan træningsforløbet eller GOP ser ud. Det kan hænge sammen med den viden- og magtposition, terapeuterne har. De er på det træningsmæssige-fagfaglige felt dem, der ved mest. I sundhedsverden er viden og evidens en parameter, der tillægges stor værdi. Mange patienter/borgere forventer, at terapeuterne er eksperterne inden for genoptræning og dem, der ved, hvad der skal gøres. Men selv om terapeuterne er dem, der har viden og erfaring, viser eksemplerne, at terapeuterne forsøger at tage patient/borger med; de høres, de lytter og de nikker, de involveres og kan give deres stemme til kende. Tilliden mellem patient/borger og det offentlige, her terapeuterne, styrkes som led i en demokratiseringsproces ved at involvere og inddrage patient/ borger i genoptræningen.

### ANSVARLIGGØRENDE samskabelse

Denne type af samskabelse er den, der oftest omtales i forbindelse med rehabilitering. Der er som sådan tale om en forudsigelig proces. Patient/borger inddrages her i den opgave, som de professionelle har defineret rammer og indhold af. Fx hverdagsrehabilitering, hvor man styrker borgerne til selv at kunne klare forskellige opgaver og herved mindske presset på det offentlige. Et andet eksempel er hjælp-til-selvhelp, også selvom det ikke umiddelbart er den ældres eget ønske, men en kommunal målsætning, der er udgangspunktet. I interviewene ses mange eksempler af denne type af samskabelse her fra hospitalsterapeuter.

*"I forhold til genoptræning og progression, så skal **borger være rigtig meget** med som central aktør". "Man **klæder patienter og pårørende på** til ligesom **at klare** denne her situation på bedst mulig måde. Jeg tror faktisk **at outcome bliver bedre** og aflevering til kommunen bliver bedre fordi alle ved præcis, hvad der skal til".*

*"Man når rigtig langt ved at give dem en **masse information** og **gøre forældrene trygge, klæde dem på** ud fra **empowerment** tilgang, at forældre **faktisk godt kan varetage en masse opgaver** for deres børn (handicappede og syge børn). Det handler om at sætte dem i centrum og **gøre dem stærke og give dem ressourcerne**."*



*”Vi bruger megen energi på at pointere, at det er **deres ansvar at træne**, både før, under indlæggelsen og efter. Vi prøver at **klæde dem på** til også at **tage ansvaret**, når de går hjem”.*

Eksemplerne viser, hvordan patienterne klædes på til selv at kunne klare opgaven. Empowerment tankegangen er i fokus hos terapeuterne, således at patienterne bliver så aktive og selvstændige som muligt. De professionelle sætter rammen. Patienter/Borgere er aktive udøvere, superviseret af terapeuterne. Indholdet i øvelserne er defineret af terapeuterne, og patient/borgerne fremsætter selv, hvad de gerne vil opnå via formålet med genoptræningen. Målet kan fx være selv at klare indkøb eller komme retur til elitesport. Der ligger ofte et økonomisk sigte her; selvhjulpne og aktive borgere trækker mindre på de offentlige velfærdsydelser, fx gennem mindre hjemmehjælp og færre lægebesøg. Her ses et eksempel fra hospitalsterapeut

*”Patientens rolle i genoptræningen, er **at de skal tage vare, tage ansvar for det selv**. De får noget **vejledning** undervejs. Det er rigtig vigtigt, at de **selv er motiveret** for at gøre det vi og sygeplejerskerne og lægerne siger”.*

Terapeutens opgave bliver at motivere og udvikle de kompetencer og ressourcer, som patient/borger besidder. Jo mere involveret patienten er i behandling og i målsætningen, jo mere motiveret er de i selv at arbejde med indsatsen. Men her ses, at det er de professionelle, der styrer, patient/ borger skal gøre det, de professionelle siger. Det bliver udtrykt fra en terapeut *”Patienterne de skal blot makke ret”*. Selv om det bliver sagt med et smil på læben, så viser det hvem der styrer forløbet.

*”Der skal jo ikke være frit valg, men hvis vi **klæder dem lidt på**, det plejer at se sådan og sådan ud, så kan de godt **være med til at tage nogle valg** og fx lave en målsætning”*

*Hospitals Terapeut*

Netop målsætningen formuleres i GOP i samarbejdet mellem patient/borger og terapeut. Som beskrevet i den officielle beskrivelse om udarbejdelse af genoptræningsplan: I henhold til bekendtgørelsens § 1, stk. 2 skal genoptræningsplanen udarbejdes i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende. Inddragelse af patienter og pårørende har bl.a. betydning for en realistisk beskrivelse af patientens genoptræningsbehov under hensyn til patientens ressourcer, motivation og ønsker, ligesom inddragelsen har betydning for afstemningen af forventninger til det fortsatte genoptræningsforløb. Men der gives fra de kommunale terapeuter udtryk for, at de ikke altid ser, at patienten har været inddraget

*” Der står ofte i en linje til sidst, **udarbejdet i samarbejde med patienterne og de samtykker**”  
”Men det gør de **ikke altid**, når vi ringer borgene op, så siger de **”jeg skal ikke have noget genoptræning**”, hvor man tænker, der står jo i GOP, at du er informeret om genoptræning, men jeg tænker, at de måske har **takket nej**, eller **ikke er blevet spurgt** om de ønsker genoptræningsforløb efterfølgende”*

*Kommunal Terapeut*

*"Jeg tænker at Genoptræningsplanen er en ramme for samskabelse" "Patient og pårørende, de er ikke så godt klædt på til at tage stilling til, hvad der skal stå i genoptræningsplanen, for de har som regel ikke prøvet det før. Så de er ret afhængige af, at vi siger lidt om hvordan vi plejer at gøre, og sætte rammen for dem, sådan lidt empowerment"*

Hospitals Terapeut

Citaterne viser, at det ofte er den fagprofessionelle, der styrer forløbet ud fra en forudsigelighed og en ramme, som terapeuterne eller lovgivningen har sat. I den ramme tilbydes patient/borger så ydelsen; genoptræning. Synergien, der opstår mellem patient/borger og de fagprofessionelle, er med til at skabe det reelle udbytte, samt skabe sammenhæng mellem sektorerne og samarbejdspartnere.

#### *LIGEVÆRDIG samskabelse:*

I ligeværdig samskabelse indgår de professionelle med deres faglighed, uden at den vægter højere end andre deltageres ideer og input. Det er ved identificering af indsatsområdet, at de professionelle har en særlig rolle, ofte sætter det offentlige rammer for fx økonomi, tidshorisont for proces, men resultatet er ikke givet på forhånd, og ej heller er det givet hvem, der skal indgå i gennemførelse af den løsning, der kommer frem. Her drejer det sig om, hvad borgere og professionelle kan gøre sammen ift.

indsatsområdet. De skal sammen finde fokusområde, beslutte hvem deltager og sammen finde løsninger. Derefter findes ud af, hvem så skal udføre løsningen. Det vil sige, at både deltagere og professionelle kommer i en dobbelt rolle, udvikler løsninger og spiller en rolle i udførelsen af den samskabte løsning. Denne samskabelsestype tillægges stor værdi, da der opnås større forståelse for hinandens syn på sagen og, hvis løsningen giver mening, bliver den med større sandsynlighed gennemført. I interviews ses relativt få emner indenfor typen ligeværdig samskabelse.

I ligeværdig samskabelse er der ofte fokus på processen; at gøre den så ligeværdig og høre alles stemmer som muligt. Vejen til ligeværdig samskabelse kan være lang og snørklet og ikke så lige til, da den er uforudsigelig. I ligeværdig samskabelse er borgerinvolvering i højsæde frem for borgerdeltagelse.

*"Jeg synes at intentionen om samarbejde, er der hver gang, men hvordan det udmønter sig, er da forskelligt afhængig af hvilken familie, man møder og hvordan det udvikler sig".*

Hospitals Terapeut

*" Samskabelse det er et begreb, som i virkeligheden kan være svært lige at håndtere. Samarbejde, det er der, hvor vi har en fælles problemstilling, den arbejder vi sammen om den, for vi kan ikke løse den alene. Samskabelse er i virkeligheden der, hvor der i samarbejdet opstår en situation, hvor man siger, OK, det her er egentligt også noget, hvor det vil være rigtig godt for os, at vi får gjort det anderledes. I stedet for at man her har et problem, som man skal have løst. For at kunne lave en fælles samskabelse, så skal man i virkeligheden have rigtig mange fælles arenaer, tænker jeg.*

Kommunal Chef

Her ses, at resultatet ikke er kendt fra begyndelsen, der arbejdes sammen om en problemstilling; noget viser sig og det forfølges. Dette samarbejde kan være ved udarbejdelse af GOP med inddragelse af borger og i et samarbejde om det fortsatte forløb. Her har terapeuten identificeret et problem, men ikke løsningen af problemet, her inddrages borgeren.

*”Det kan jo være **at patienten ikke har lyst** til at gå ud og træne i kommunen, men at **vi synes der er et behov**, det skal man have afklaret sammen med patienten, **noget man skal være enige om**”.*

*Hospitals Terapeut*

Hvis patienten ikke er interesseret i kommunal genoptræning, men vil måske selv forestå genoptræningen, tilkøbe den hos en privat aktør eller slet ikke gøre noget. Her ses patient/borger som ligeværdig og som den, der beslutter, hvad der skal ske med genoptræningsforløbet. Et andet eksempel er de ressourcestærke og motiverede patienter.

*”Den unge skulderlux, de skal tilbage til håndbold, **de vil sige det** som det første, når de kommer ind til mig, måske ikke det I herude, skal bruge lang tid på at sætte nogle mål for, fordi han ved, han skal til genoptræning, **han ved hvad han vil**”.*

*Kommunal Terapeut*

De kan selv, patienten/borgeren ses som en ligeværdig samarbejdspartner, der er involveret og selv styrende af forløbet, herved opnås ikke blot en lyttende patient/borger, men en aktiv patient/borger, der arbejder med på forpligtende vis. Men terapeuterne taler også om de svage borgere, dem som ikke har overblik eller ressourcer til selv at styre forløbet, her ser terapeuterne det som deres opgaver at sikre et tilbud. Og de bliver herved mere styrende.

### *FACILITERENDE samskabelse*

Den faciliterende samskabelse er ikke det, der træder frem i interviewene. Ved faciliterende kendes resultatet ikke på forhånd, og de offentlige aktører har en tilbagetrukket rolle. Hovedansvaret for samskabelsens indhold er de eksterne aktører. Typisk er det borgere, civilsamfundsorganisationer eller virksomheder, der tager initiativ eller peger på hvilke velfærdsområder, de gerne vil have det offentlige til at engagere sig i. Spørgsmålet er, om rammen i sundhedsvæsenet, både hospital og kommune, overhovedet lægger op til denne form for samskabelse. Det skulle i givet fald dreje sig om henvendelser fra patientforeninger som Kræftens Bekæmpelse, Ældre Sagen eller Danske Patienter, der på det overordnede niveau tager kontakt.

Det er således ikke i de enkelte patientforløb, der er mulighed for at udøve faciliterende samskabelse. Rammerne gør det desuden vanskeligt, da man på hospitalet, stræber efter kontrol, gennemprøvede behandlinger, undersøgelser og forsøger at forudsige selv det uforudsigelige. Strukturerne er faglighed

og lovgivning, hvortil der er stor politisk bevågenhed med fokus på ventetider og garantiordninger. Hierarkiske strukturer med ordinationsret og behandlingsansvar gør, at fagpersonalet ikke har de samme rettigheder til at løse forskellige opgaver. Forholdet mellem behandler og patient er heller ikke ligeværdigt og neutralt. Mange patienter og pårørende er utrygge og har ingen erfaring med at navigere rundt i den akutte og alvorlige situation, de uønsket befinder sig i. Der er sjældent en jævnbyrdighed i patient/behandler rollen, så en ulighed i magtbalancen præger systemet, men ved bevidst at være i den ulighed og her forsøge at skabe en ligeværdighed gennem gensidig respekt og anerkendelse af forskellighed er man på vej. Der, hvor ligeværdig og faciliterende samskabelse kan tænkes ind, er i patientforløb hos patienter/borger med kroniske lidelser. De lever med deres sygdom, og vil gerne selv være dem, der styrer deres eget liv og ikke lade sygdommen styre det. Her ses muligheder for at udvikle samskabelse, måske sammen med patientorganisationerne; antagelsen er, at det kunne være det, der er tænkt ind i både sundhedsaftaler og regeringens udspil til sundhedsreform. Dog ses i interview, at kommunalchefen italesætter udfordringerne med at have frivillige organisationer involveret i sundhedsaftalen:

*”Det er **ikke i feltet sundhedsaftaler**, at vi kommer til at snakke samskabelse. Fordi så længe vi inviterer nogle frivillige organisationer ind, som er **institutionaliseret på fuldstændig samme måde som et hospital og en kommune** så er vi ude i nogle andre rammer. Det er for mig **ikke samskabelse**, når vi inviterer, en eller anden fra en organisation ind som repræsenterer en hel organisation. Det er fint, men det gør vi jo også i **alle mulige sammenhænge i vores demokrati**.*

*Kommunal Chef*

Dette viser nogle af de udfordringer, der er i samarbejdet med patientorganisationer. De er ofte stærke med betydningsfulde sager, der berører mange mennesker og kan derved få stor indflydelse. De deltager i høringer, og påvirker således ift. styret samskabelse, men patientorganisationerne kan også selv fremsætte ideer og forslag, og herved træde ind på arenaen og kan være med til at indbyde til faciliterende samskabelse.

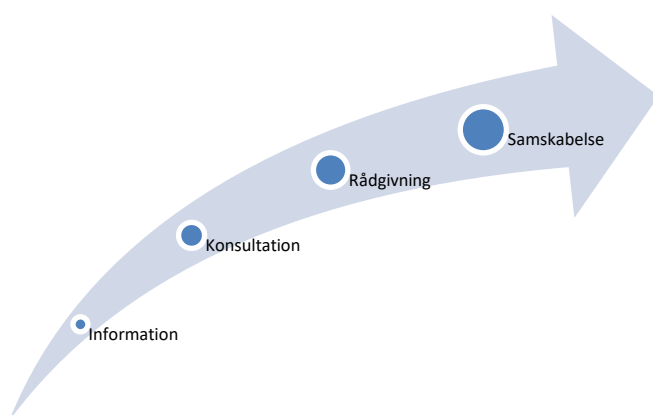
Eksemplet, som tidligere beskrevet med førforløb, er det tætteste, der i interviewene ses på faciliterende samskabelse. Nok et sted mellem ligeværdig og faciliterende samskabelse. Her var det netop forældre, der henvendte sig til børneafdelingen, da de oplevede megen tumult, når barnet var indlagt til store operationer, og når mange ting skulle falde i hak. Disse forældre ønskede sig noget bedre, ingen vidste helt præcist, hvad det endte med, da de påbegyndte forløbet, men forældre og fagfolk gik i dialog og fik det koordineret og tilrettelagt til et velfungerende før-forløb.

## Værdier i samskabelse

I og med at terapeuterne ikke taler direkte om samskabelse, er det svært at se, hvad de konkret ser som værdiskabende i forhold til samskabelse. Terapeuterne har meget fokus på inddragelse af

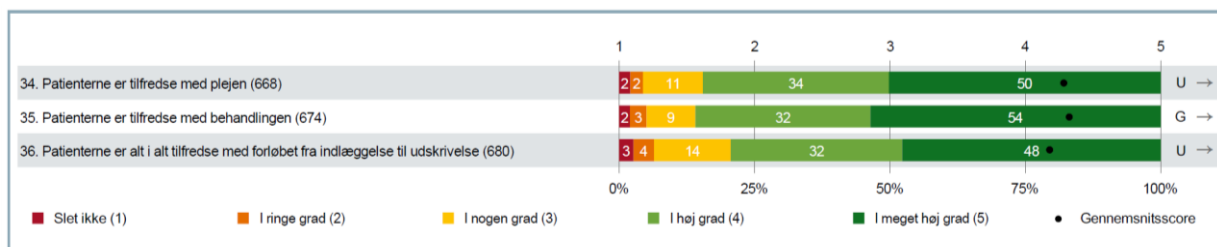
borgerne, på at få patient/borger til at italesætte, hvad de gerne vil opnå med genoptræning og medvirke til udførelse af den. Dette kan ses som et samfundsmæssigt økonomisk incitament med patient/borgerinddragelse som en direkte løsning af opgaver, for herigennem bedre selv at kunne klare sig, uden ydelser fra det offentlige og som øget demokratisering ved at patient/borger er involveret, og herved får indflydelse på opgaven. Innovation ses også blandt terapeuter. Lysten til at skabe noget nyt, som angivet ved før-forløbene, er der hvor der samtidig af terapeuterne nævnes effektivisering. Emnet IT og digitale løsninger tales ligeledes ind i dagsordenen om innovation. Digitale løsninger ses som et middel til at få løst uhensigtsmæssige kommunikationsveje, samtidig med effektivisering for øje.

Samlet set ved de to første typer af samskabelse *styret- og ansvarliggørende samskabelse*, hvor det er forudsigelighed og offentlig styring, der præger billedet. Her bliver det primært inddragelse i opgaven med fokus på demokratiproces ved høring. Ved direkte involvering i implementering af offentlige ydelser -er det effektivisering/økonomi, der berøres. Den tredje og fjerde type af samskabelse, *ligeværdig og faciliterende samskabelse* er mere uforudsigelig, da målet og dermed resultatet ikke er defineret på forhånd. Her er patient/borger involveret og der er fokus på innovationsprocesser, der kan føre nye løsninger med sig, hvilket hænger fint sammen med terapeuternes tilkendegivelser.

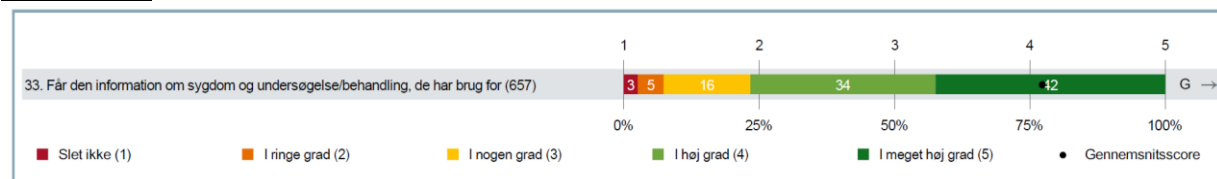


Samskabelse kan ses som et niveau på samarbejdet med patienter/pårørende/ borgerne. Om det er samskabelse, der er målet i sundhedssektoren, er ikke sikket. I alt fald skal der defineres hvilken form for samskabelse man taler om, men information, konsultation og rådgivning er faste dele i sundsektorens tilbud. Inddragelse og involvering af patient/borger er vigtig og er noget, der tillægges stor værdi i interviewene. Patient og pårørende inddrages i beslutninger omkring deres egen behandling gennem information, konsultation og rådgivning. Tiden er ofte knap og ikke alle patienter føler sig tilstrækkeligt involveret, hvilket ses i resultatet fra Landsdækkende undersøgelse (LUP) 2018 om patient tilfredshed.

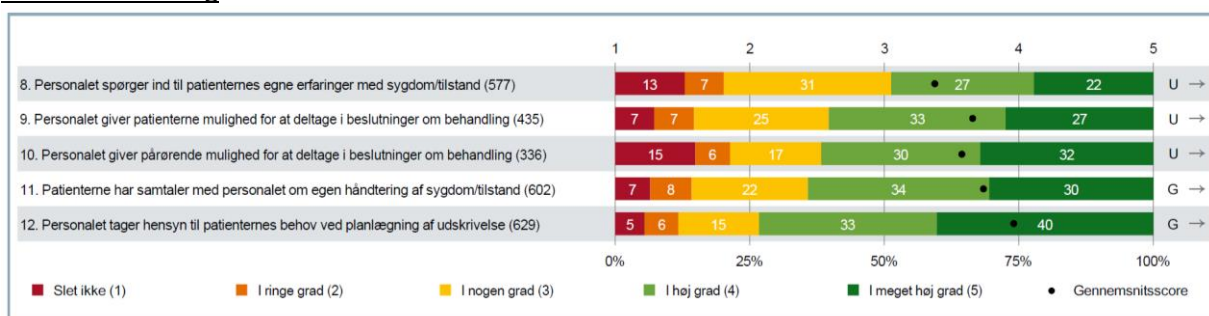
## Den overordnede tilfredshed på AmagerHvidovreHospital:



## Information:



## Patientinvolvering



Det ses, at patienternes oplevelse af information generelt ligger højere end deres oplevelser af at være involveret i behandlingen. Det viser, at der er potentiale for at arbejde mere i den retning, det kunne være gennem forskellige former for patientinvolvering, samarbejde og inddragelse af borger og patient.

Arbejdes der videre med samskabelse i det tværsektorielle genoptræningsforløb, vil konsultationen med den enkelte patient/borger være oplagt. Herved skabes relationer og involvering, hvilket for mange patienter/borgere vil være et langt stykke ad vejen henimod at gøre noget sammen MED og ikke FOR.

*”Hvis man kunne arbejde med **samskabelse i det direkte møde**, så kunne man sige, at det begreb samskabelse, det er lidt som **Partnerskab med patienten**. Hvordan får vi sikret, at vi får arbejdet hen mod **lighed i sundhed**, der er måske nogle der skal have meget mindre end det vi tror, de skal have i dag, hvis vi ligesom **lod dem selv komme lidt på banen**”. Hosp chef*

Her tales om at lade patienterne komme på banen, hvilket taler ind i magtforhold, hvor patienten måske ikke altid ses som en ligeværdig partner.

## Magtforhold

Information og involvering er to forskellige niveauer i samskabelse, der taler ind i magtforhold.

Information gives fra den, der har viden og eftersom viden er magt, bliver magtforholdet ulig, hvis der ikke gensidigt udveksles information. Involvering er mere åben, måske ikke ligeværdig, men man lukker den anden ind på banen.

*”Patient og pårørende skal **informer**es om indholdet i den, men de er **ikke så godt klædt på til at tage stilling til hvad der skal stå i genoptræningsplanen fordi det har de som regel ikke prøvet det før. Så de er **ret afhængige** af, at vi siger lidt om hvordan vi plejer at gøre det, og sætter rammen for dem”.***

Magtforholdet er ofte skævt ift. til viden om behandling og prognose mellem patient og behandler, men qua internet og medier får flere borgere indsigt i sundhedsvæsenet. Der kan også være en usynlig magt, som de professionelle udøver ubevidst gennem viden og fagsprog eller ved at definere regler som besøgstid og åbningstid, hvilket gør, at forholdet ikke er ligeværdigt.

Ulrichs typologi har en indbygget magtfordeling, som ikke er ligeværdig i alle fire felter; hvem definerer opgaven, hvem beslutter hvilke løsninger, der skal arbejdes videre med? Det Ulrich ser under stegen som det forudsigelige, det mener Tortzen (2016) ikke er samskabelse, men snarere samproduktion eller borgerinddragelse. Hun mener, at samskabelsesbegrebet skal reserveres til det samarbejde, hvor medarbejder/politikere deler magt og indflydelse, hvor borgere er med i reelt ligeværdigt samarbejde, faciliterende samskabelse. I sundhedssektoren er der ikke altid en ligelig magtfordeling grundet faglige hierarkier, styringsparadigmer og politiske prioriteringer. Det kan også være viden som magt?

Tid kan også være magt. Mange ting i sundhedssektoren forgår akut, hvor patient og pårørende står i en helt ny og kritisk situation, patienten er usikker, de har ikke prøvet det før og nogle gange skal der træffes hurtige beslutninger. Handleveje går gennem et fagbureaukratisk hierarki, hvor den mindst rutinerede hvis usikker, kalder bagvagten, der hersker en stor grad af 0-fejlskultur, da de forkerte beslutninger kan have fatale konsekvenser; liv eller død. Der er lovgivning om ventetidsgarantier, kræftpakker mm. som selvfølgelig skal overholdes, det er det offentlige sundhedsvæsnetts logik og rationale, som styrer. Patient og pårørende ser som oftest personalet som eksperter, og har generelt stor tillid til sundhedsvæsenet. Akutte og hurtige beslutninger harmonerer ikke godt med samskabelse, al forskning viser, at samskabelse tager tid, foregår ofte ad snørklede veje, hvor ting prøves og justeres.

## Del konklusion 2 - Samskabelse

Kendskabet til begrebet samskabelse er lille, der tales ikke konkret om "ren" samskabelse, men elementer som empowerment, patientens mål, borgeren som samarbejdspartner nævnes i interviewene, som en integreret del af det tværsektorielle genoptræningsforløb. Når terapeuterne taler om samskabelse, taler de ikke ind i Ulrichs eller Tortzens definition af samskabelse, de taler om samskabelse som samskabt styring eller samarbejdsdrevet innovation, hvor samarbejde mellem forskellige aktører er drivkraft for innovation og udvikling i den offentlige sektor. Terapeuterne taler mest om indersiden af organisationen og ikke om det, der foregår mellem de fagprofessionelle og patienten/borgeren. Gennem analysen ses, at terapeuterne taler om elementer, der indgår i Ulrichs typologi som ansvarliggørende eller styret samskabelse, der forekommer få eksempler på ligeværdig samskabelse og reelt ingen på faciliterende samskabelse.

Tortzens forskningsprojekt (2016) viser, at samskabelse kun kan lykkes, når der er plads til et ligeværdigt samarbejde, og til at alle parter ressourcer og viden kan komme i spil. Her skal man være opmærksom på, at Tortzen har en anden definition på samskabelse end Ulrich. Tortzen mener, at begrebet 'samskabelse' er, når medarbejdere og politikere deler magt og indflydelse med borgere og civilsamfund i et reelt ligeværdigt samarbejde for at skabe synergi og dermed merværdi, hvilket svarer til Ulrichs sidste form for samskabelse; faciliterende samskabelse.

Har samskabelse da overhovedet en plads i sundhedsvæsenet? Ud fra interviews ses, at to typer fra Ulrichs typologi er i spil; styret og ansvarliggørende samskabelse. Det er primært i de enkelte patientforløb fremfor mere overordnet, at samskabelsen finder sted. Fremadrettet kunne der i visse patientforløb udvikles mere samskabelse i sundhedssektor. Ligeværdig og faciliterende samskabelse er måske en mulighed i patientforløb med kroniske sygdomme. Her er det kendetegnende, at det er langvarige eller permanente forløb, og patienterne/borgerne har egne erfaringer med sygdom, problemstillinger og oplevelser af behov. Det er forskellig viden som fagprofessionelle og patient/borgere har, men hvis man er villig til på ligeværdig vis at bringe alles viden i spil, også selv om partnerne har forskellig viden, da kan det måske lykkes at skabe nye løsninger; innovation. Ved ligeværdig og faciliterende samskabelse skal man gøre sig klart, hvad man samarbejder om, hvad er succeskriterierne? Skal vi opbygge relationer eller skal der skabes noget nyt? Til disse former for samskabelse er der behov for en særlig form for styring og ledelse for at understøtte. Det betyder, at bestræbelser på at samskabe nemt bliver fanget i et krydspres mellem forskellige styringslogikker, der gør det vanskeligt at opnå reel samskabelse. Derfor ses i sidste del af analysen på styringsparadigmer.



## Styringsparadigmer

Til besvarelse af spørgsmålet om, hvordan de oplevede, relaterer muligheder og barrierer i det tværsektorielle samarbejde til styringsparadigmer, anvendes Leon Lerborgs styringsparadigmer som et underliggende baggrundstæppe. Lerborgs styringsparadigmer sammenholdes med de muligheder og barrierer, der kom frem i interviewene. 'Faglighed' og 'relationer' var de to temaer, som deltagerne så som muligheder og 'oplevelsen af to verdener' samt 'rammebetingelser' blev set som barrierer. Sammenkobling til Leon Lerborgs styringsparadigmer ses således; faglighed kobles sammen med det **professionelle paradigme** og relationer sammen med det **relationelle paradigme**, hvilket der nok ikke er noget overraskende i. Rammebetingelserne kan kobles dels til **NPM- marked paradigme** og dels til det **bureaukratiske paradigme**. Oplevelsen af to verdener kæder jeg sammen med **det bureaukratisk, NPM-marked** og ligeledes med det **relationelle**.

## Professionelle paradigme

Faglighed knytter sig til det professionelle paradigme, og det italesættes som vigtigt af terapeuterne fra begge sektorer. De professionelle **handler** ud fra at gøre det rigtige, det bedste og det klogeste.

*"Der er nogle retningslinjer, der er tværsektorielle forløbsbeskrivelser som **ligger over**, og så er der nationale kliniske retningslinjer. Jeg tænker faktisk, at det er en god måde vi gør det på i KBH. så der er nogle **fra gulvet** der kommer ind, og så søger vi efter evidens, retningslinjer"*

*Kommunal terapeut*

Elementer fra det professionelle paradigme, hvor fokus er på høj faglighed, evidens, vidensdeling og videreuddannelse, ser terapeuterne som fremmede for samarbejde og udvikling. De ser udvikling inden for egen profession som essentiel, de taler om et fagligt hierarki, niveauer; nogle på gulvet som kommer ind og fremfinder evidensen for en given behandling, udarbejder standarder og retningslinjer.

*"Vi som terapeuter ligger noget i, at det er **os, der er de centrale**. Vi vil rigtig **gerne være eksperter**, og fortælle dem alt, **at sætte rammerne**"*

*Kommunal terapeut*

*"Der hvor jeg var før, havde vi ikke visitator på. Da var det mig der var den første, jeg læste GOP, og da var det **mig, der tog den beslutningen** og ringede til patienten og sagde" Ved du hvad, sådan og sådan"*

*Kommunal terapeut*

De ser sig selv som ildsjæle og eksperter, de vil gerne selv visitere og styre forløbene, de vil være dem, der sætter dagsordenen i genoptræningsforløbene. Autonome og selvledende uden for megen indblanding fra andre. Hierarki og niveaudeling er også en del af det professionelle paradigme hos hospitalsterapeuterne:

*"For mig betyder det **ikke**, at vi **alle sammen skal være på samme faglige niveau**, for mig er det noget med, at man **har forskellige faglige kompetencer**, at man kan være god til nogle ting og nogen kan være gode på noget andet"*

*”Jeg ser, det er vigtigt, at man arbejder **ud fra en lægeordination**” ”jo mere klart budskabet er **fra lægen til os**, jo lettere er det at komme i gang”*

Her ses et fagligt hierarki mellem læge og terapeut samt en intern niveaudeling mellem terapeuter. Terapeuterne nævner, at der er et hierarki mellem hospital og kommune, de taler om op-ned, hvilket ikke er befordrende, når ønsket er samarbejde, samskabelse og ligeværdighed på tværs af sektorer.

### Relationelle paradigme

Deltagerne ser relationer som muligheder og som vigtige for at kunne skabe de rette forhold, såvel fagfagligt som tværprofessionelt, men også relationer sammen med patient/borger og de pårørende. De peger på relationer, relationel kompetence, relationel koordinering, ingen polarisering, men også fællesskab og sammenhæng både i det store fællesskab på tværsektorielt niveau, i det fagfaglige fællesskab og i fællesskabet med patienten.

*”Det der sker, ved at **have kendskab hinanden**, er at kommer ud over det der, hvor man tænker, åh det er da også de der på hospitalet, som ikke kan finde ud af det, eller de der ude i kommunen heller ikke kan. Fordi man bliver **bedre til at sætte sig ind i de andres sted**, ok der er nok en mening med at det er sådan - og samtidig kan man også **udfordre hinanden** på det, som også er vanetænkning på forskellige måde”*

*Kommunal Chef*

*”Kendskab til hinanden, **få skabt relationer, få sat ansigt** på hinanden. Vide hvad det er for udfordringer vi har, i hver vores sektor”*

*Hospitals terapeut*

Det ”lille fællesskab” med patient/pårørende og terapeuterne.

*”Alle som en, der får en GOP til kommunal genoptræning, siger, kan jeg ikke bare blive hos jer? Fordi **de jo kender os**, og ved hvad man får her, **der er en relation**. Så jeg synes vi har en stor opgave og jeg synes også, at vi formår at løfte den, i at **være loyale overfor vores kommunale kollegaer** og sælge dem godt ind”*

*Hospitals terapeut*

*”Hvis man kunne arbejde med samskabelse i det direkte møde, hvis vi ligesom lod dem selv komme lidt på banen. Det er lidt som **Partnerskab med patienten**, vi får arbejdet hen mod **lighed i sundhed**, der er nogle der skal have mere og nogle måske meget mindre end det vi tror, de skal have i dag”*

*Chef Hospital*

Her tales ind i forskellige relationer, den relation som patient/pårørende får til den professionelle og som på samme tid skal slippes og videregives til næste del i forløbet. Der skal både skabes tryghed og tiltro til dem i den ”anden verden” sideløbende med, at patient/ pårørende skal gøre sig fri af hospitalet og komme ”hjem igen”. Den anden relation er partnerskabet, et mere ligeværdigt forhold mellem behandler og patient, dette er også beskrevet under samskabelse. Som partner skal begge parter gerne få udbytte af samarbejdet. Patienten får muligheder og mere empowerment til at håndtere sin situation, og de professionelle får en faglig tilfredsstillelse i at behandle, hjælpe patienten; public service-motivation og faglige udvikling

## NPM-Marked –

Her er det markedsmekanismer, der er i spil, patienten som kunde, privatisering, OPI, incitamenter:

*”Jeg tænkte, det er måske noget, man kan klare andre steder, end i kommunen- fx hos en privatpraktiserende”.*

*Kommunal terapeut*

Det er meget få kommentarer, der kommer omkring privatisering i forhold til genoptræningsområdet, det tolkes som om, det i denne kontekst ikke har den store betydning, selv om patienter via ventetidsgaranti og sundhedsforsikringer får behandling i privat regi. Selve frit-valgs-delen og situationen, hvor kommunen ikke kan tilbyde genoptræning inden for syv dage, italesættes ikke, der er udelukkende fokus på overholdelse af reglen ikke på konsekvenserne, hvis det ikke sker.

## NPM-kontraktstyring

NPM har fokus på overholdelse af indgåede mål, resultatkrav, kvalitetsmål og benchmarking. Flere af disse elementer genfindes i større omfang i interviewene, her taler lederne om kvalitetsmål, aftaler og forpligtende samarbejde på tværs af sektorer. Terapeuterne taler om effektiviseringer, optimering af forløb, test, målinger, kvalitetsstandarder og tilfredshedsundersøgelser.

*”Hvis der i den nye sundhedsreform, kommer nogle **kvalitetsmål** til kommunerne også, så **binder det** jo også jeres politikere op til, ikke at køre lidt et ned på sundhedsområdet, for der er jo også så mange andre ting man også gerne vil prioritere”*

*Chef Hospital*

*”Man kan jo sige at outcome af de her førforløb er en **optimering af patientforløbet** under indlæggelsen. Så der er jo en **ressourcebesparelse** på den lange bane”*

*Hospitals terapeut*

*”**Tilfredshedsundersøgelse** hos indlagte, vedrørende alle os faggrupper- så kunne man, når de er færdige i kommunen høre om hele forløbet. En **samlet vurdering** på forløbet”*

*Hosp TP*

*”Vi laver **SMART mål og aktivitetsmål**, PFSF-mål - Patient Specific Functional Scale, vi laver det **på alle** i kommunen”*

*Kommunal terapeut*

Dette tolkes som, at NPM er en kendt faktor, der har sat sine spor i sundhedsvæsenet med sammenligninger og megen dokumentation til følge; dokumentation i hver sektor og dokumentation på tværs, dette er et krav, der ses som vigtigere end det selv at tale med patienten.

## Bureaukratiske paradigme

Lovgivning, regler og orden præger dette paradigme. Retsstats principper, lighed, rettidighed præger dette paradigme. Hos både terapeuter og cheferne ses det bureaukratiske paradigme i spil:

*”Jeg tænker at **lovgivninger er jo ligesom givet på forhånd**, altså når det handler om genoptræningsplaner. Så er de nogle af de børn, som går i skole eller i **servicelovstilbud** som også får en genoptræningsplan, der bliver det lidt mudret”*

*Hospitals terapeut*

*"7 dages regel- jeg sidder og skal kalde ind og **det er svært**. Det kommer en GGOP og SÅ er borger stadig indlagt i 3 dage mere, og så begynder man at sidde og tælle, nu rammer vi weekenden og UPS. Det er svært. Vi kan jo ikke kalde borgerne ind, mens de er indlagt på hospital, men det kan vi jo i bund og grund **være nødsaget til**"* Kommunal terapeut

*"**Persondataforordningen**, jeg er ikke sikker på, at vi fik lov til at have fælles IT-system. **Borgerne har jo stadig ret** til at synes, at det er, der ikke nogen der skal vide* Chef Hospital

Hospitalsterapeuterne på børneområdet har meget fokus på love, regler og retfærdighed de giver udtryk for udfordringer, når servicetilbuddet er forskelligt, med uens tilbud i de forskellige kommuner:

*"Den der problematik, at det er **så** svært at **kommunerne giver forskelligt tilbud**. Det er jo ikke, det er **uretfærdigt**, der er ikke **noget lighed**" Det er smadder ærgerligt, og det er den samme lovgivning"*

*"Forskelle er noget med sværhedsgrad, om kommunen **er gearet til at tage opgaven**. Hvis man har en sjælden sygdom, som der ikke er så mange af, så er det ligesom sværere – de har måske **aldrig haft** sådan en "slags" patient før- det er et problem, med rigtig mange små diagnoser, det er **jo svært for kommunerne at navigere i**"*

*"Når forældre spørger, hvordan tror du det er i kommunen? Så må vi sige, at det ved vi ikke- det er **kommunen der bestemmer**. Og **det gør de jo**. Det er jo ikke fordi, **de ikke må bestemme**, men det ville være trygt for de pårørende at vide hvad de skal ud og agere i"*

Lederne er inde på det samme; der er ikke kvalitetsmål, fælles serviceniveau eller en forpligtigelse til at arbejde tværkommunalt. Nogle områder er små, og ekspertisen kan ikke være så høj alle steder, hvis man ikke centraliserer:

*"En barriere også kan være, ved noget af det meget specialiserede, der hvor kommuner **ikke** slå sig sammen, her kunne tilbyde noget mere rehabilitering, træning, **i større samarbejds-løsninger**. Der er jo nogle kommuner der jo stadig er lidt små"* Hospitals chef

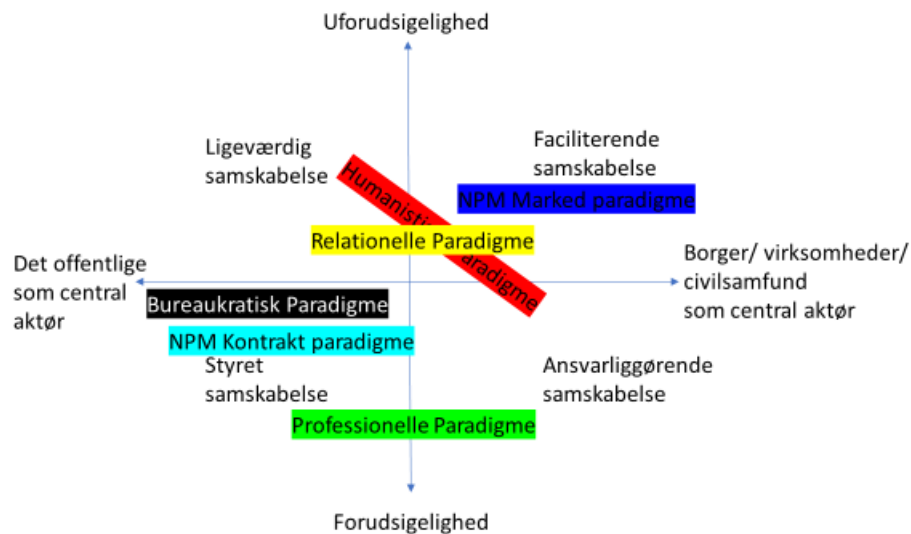
*"Området er i høj grad præget af at være et **kan** område. Nogle kommuner faktisk har et vældig **højt** serviceniveau på det her område og andre et **meget lavt** serviceområde. Men det er jo beslutning, en **politisk beslutning**"* Kommunal chef

*"Det er jo **ikke sådan fuldstændig fri samskabelse**, hvor man tænker en helt masse nytænkning og hvad kunne vi allerbedst tænke os af fede visioner, **der ligger jo en ramme**"*

Hospitals Terapeut

Rammen sættes ud fra lovgivningen, og den enkelte kommunes prioritering af opgaverne omkring genoptræning sættes ud fra de forskellige lovgivninger Det er det bureaukratiske paradigme der ses her

Skal man kæde Lerborgs styringsparadigmer sammen med Ulrichs typologi for samskabelse kunne det se således ud:



### Delkonklusion 3 - Styringsparadigmer

Ved at tage afsæt i styringsparadigmer ses mulighederne for øget tværsektorielt samarbejde i genoptræningsområdet i såvel det relationelle som det professionelle styringsparadigme. Aktørerne-, terapeuterne identificer sig så stærkt med deres faglighed og vægter faglighed så højt, at det er det, der skal bane vejen for øget samarbejde. Terapeuterne ønsker faglig dialog og vidensdeling mellem de to sektorer. Det relationelle kan understøtte både samarbejde og samskabelse, da det har et ben til både kolleger og til patient/borger. Men man skal ikke være blind for, at det professionelle paradigme også kan lukke sig om sig selv, have nok i sig selv eller blot udvikle sig for sig selv og med sig selv uden at have tilstrækkeligt fokus på patienterne, og hvad de ønsker. Patienterne spiller i dag en mere aktiv rolle i selve den individuelle behandling dels gennem øget viden, engagement og forskellige rettigheder. Patienterne har generelt set en stærkere stemme via patientforeninger og via medier, specielt når enkeltsager kører i dagspressen. Her sker der modtræk fra politikere og forvaltning med redegørelser og øget kvalitetskontrol. Så det er nødvendigt at inddrage patient/borgere i de enkelte forløb, og her kommer fokus på tankegangen om involvering og fællesskab fra det relationelle paradigme.

Det bureaukratiske og NPM-paradigmet er ligeledes i spil som både mulighed og barriere for samarbejde. Lovgivning for genoptræning har direkte beskrevet forløbstankegang og inddragelse af patient/borger. Det sætter rammen og giver mulighed for at udvikle det tværsektorielle inden for

denne ramme. En af terapeuterne taler sågar om samskabelse via den lovpligtige GOP- *"Jeg tænkte også at GOP i deres DNA jo er samskabelse, i alt fald en rammer for samskabelse"*. Så det gælder om at udnytte og udfylde rammen. Omvendt er de grundlæggende værdier i det bureaukratiske paradigme om orden og styring fra de centrale forvaltninger en hæmsko, der gør det tværsektorielle samarbejde tungt og rigidt. Det kan hindre agilitet og fleksibilitet, hvis fx hele regionen og alle 29 kommuner skal være enige. Her nævner en af lederne de store teksttunge forløbsprogrammer som en barriere for reelt at arbejde sammen på det mere lokale niveau. Men samlet set må man sige at flere af de officielle dokumenter, der har betydning for området, kommer fra det bureaukratiske paradigme; Sundhedsaftalen 2019-2023, bekendtgørelsen og vejledningen om genoptræning.

NPM med fokus på udlicitering, dokumentation, kvalitetsindikatorer, BUM model, frit-valgs-ordninger og privatisering har ikke meget fokus hos hverken terapeuter eller lederne. Der, hvor det primært kommer frem som en barriere for samarbejdet, er omkring dokumentation og fælles kvalitetsindikatorer, her er ikke enighed om, hvad der skal til. Området omkring frit valg og privatisering nævnes kun perifert, på trods af at private sundhedsordninger og de privatpraktiserende fysioterapeuter er en del af sundhedsvæsenet. Formodningen er, at det ikke er de to adspurgte grupper, de kliniske terapeuter og formandskabet i Samordningsudvalget, der har fokus på dette, men lederne i kommunen, der som nu har skullet implementere frit-valgs-ordningen på genoptræningsområdet.

## Diskussion af metode og Teori

Fokusgruppeinterview er måske ikke den mest oplagte metode, når tilgangen er en fænomenologisk afdækning af deltagerens livsverden. Her ville man teoretisk set vælge eksplorative enkeltpersoners interviews, men jeg valgte alligevel at holde fokusgruppeinterview, da emnerne og fænomenerne, jeg ville afdække, ikke var af personlig karakter men arbejdsrelaterede hvor jeg så arbejdslivet som livsverden ift opgavens fokus. Gennem fokusgruppeinterview håbede jeg på interaktion og samspil mellem deltagerne. Hvis man ønsker at øge samskabelse i det tværsektorielle genoptræningsfelt, er det i to af de fire typer af samskabelse, man umiddelbart kan tage fat. Styret samskabelse og ansvarliggørende samskabelse. Her sætter terapeuterne rammen, de har særlig viden på området. Ofte kommer patienten ind på hospital eller til genoptræning uden erfaringer i det at være patient; de kender deres behov i den "raske" persons situation, men ikke i den syges. Derfor kan der i hospitalssektoren ikke skabes et ligeværdigt forhold, men der samskabes inden for rammen af det

enkelte møde/ behandlingsforløb, hvor fokus er på involvering ud fra den enkeltes ressourcer og muligheder for at bidrage. Samskabelse i det offentlige sigter ofte på at skabe "bløde resultater", det vil sige kvaliteter som livskvalitet, netværk, fællesskab, understøtte nye relationer. Derfor er samskabelse nok bedre egnet til andre kontekster inden for det offentlige. Eksempler kunne være følgende: det sociale område: handicap, kulturområdet:/medborgerhus- lokalområde:/byfornyelse end akuthospital.

Samskabelse er det nye saliggørende, som alle skal være med på bølgen af, man hvad er det? Det viser sig, at det er der mange holdninger og definitioner på. Efter at have set lidt på emnet valgte jeg at bruge Ulrichs model, selv om andre bl.a. Tortzen og Hygum mener, at flere af hans beskrevne typer af samskabelse, vil de ikke definere som samskabelse- De taler i stedet om ren samskabelse- som jeg ser svaret til Ulrichs faciliterende samskabelse. Jeg fravalgte ligeledes samskabelse i en kommerciel, innovativ og udviklende udgave, da jeg ville have fokus på det offentlige, som Ulrich fokuserer på.

Styringsparadigmer anvendes ud fra Lerborgs beskrivelse, dette på trods af, at Lerborg ikke har NPG med og NPG er ofte det man taler om ifm samskabelse. Men spørgsmålet er, om det skyldes at NPG først rigtig kom på banen lige efter eller samtidig med at Lerborgs 6 styringsparadigmer var publiceret.

## Konklusion

Mine interview viser, at samskabelse ikke er et integreret begreb hos hverken terapeuter eller ledere. Der er specielt to ting, som de centrale aktører i de to sektorer fremhæver som muligheder for samarbejde og samskabelse: Relationer og faglighed – som mulighed og to ting ses som barrierer for samarbejde og samskabelse i det tværfaglige genoptræningsfelt: Rammebetingelse og oplevelsen af to forskellige verdener.

Styringsparadigmer sammenholdt med disse muligheder og barrierer relaterer sig til det professionelle og det relationelle paradigme som fremmede for samarbejde og samskabelse. NPM og det bureaukratisk paradigme ses som begrænsende for samskabelse og samarbejde, men disse to paradigmer kan også vise sig som en hjælp til rammesættende ift. udvikling af styret og ansvarliggørende samskabelse.

Der er som nævnt mange definitioner på samskabelse, og for at samskabelse skal kunne lykkes, er der brug for at se på, hvilken definition af samskabelse man taler om. Der er i det senest årti sket et paradigmeskift i sundhedsvæsenet fra patienten som passiv modtager af behandlingstilbud mod et mere patientcentreret forhold. Patient- og borgerinddragelse, hvor patient/borger er en aktiv part i beslutning om behandling og specielt i genoptræning, er kendetegnet ved, at patient/borger er aktive og udøvende. Empowerment tankegang og inddragelse af pårørende er i højsæde. I genoptræning er

forløbstankegangen førende, da genoptræning strækker sig over tid og over sektorgrænser for at dette samarbejde kan forløbe bedst muligt.

Min påstand er, at hvis vi skal videre med samskabelse, skal medarbejderne involveres i hvilke former for samskabelse, der kan komme i spil i det tværsektorielle genoptræningsfelt. For mig at se, skal samskabelse ikke kun foregå med slutbrugere/borgere, men også ved at involvere medarbejdere, før de kan involvere patient og borger. Medarbejderne er ofte dem, der bedst ved hvordan organisationen fungerer ude i dagligdagen. Medarbejderne er ofte bindeleddet i mødet mellem det ydre og det indre., Denne opgave kan ses som første led i kæden af samarbejde og samskabelse inden for den tværsektoriel genoptræning og undersøger den regionale og den kommunale side af genoptræning.

Det som igangsatte denne opgave, fejl i over halvdelen af genoptræningsplanerne, har jeg fået afkræftet, det genfindes ikke i interview. Generelt var der positive indmeldinger omkring genoptræningsplanerne på spørgsmålet: Hvad der kendetegner et godt forløb, svares der, "ja dem der er overvejende flest af", "Vi har netop snakket om, at GOP på det sidste er blevet bedre".

## Perspektivering

I Sundhedsaftalen 2019-23 tales der om at nedbryde barrierer i det tværsektorielle samarbejde. I denne opgave er der kortlagt nogle barrierer og muligheder. De kan herved danne grundlag for videre diskussioner om, hvad der fungerer godt og mindre godt i det tværsektorielle samarbejde. Hvordan oplever fysio- og ergoterapeuterne samarbejdet i de to sektorer og hvordan inddrages borgerne mere. Optræder styringsparadigmer og strukturer som muligheder eller barrierer for samarbejde, samskabelse for terapeuterne i de to sektorer? Hænger organisationerne og strukturerne godt nok sammen for at understøtte det tværsektorielle samarbejde? Foregår arbejdet hver for sig med egne målsætninger i den kliniske hverdag, hvor de professionelle sætter dagsordenen for en hierarkisk tilgang, eller er der ligestilling, sammenhæng og synergi? Hvordan foregår det daglige tværsektorielle samarbejde i forhold til de overordnede udmeldinger, sundhedsaftaler, lovgivning mm? Hvor lever samarbejde og samskabelse, i dokumenter, hos medarbejderne eller hos lederne?

Strukturreform ændrede genoptræningsområdet i væsentlig grad i 2007 og spørgsmålet er om det øvrige sundhedsvæsen nu står over for lignende store strukturelle ændringer i den en ny national sundhedsreform. I Det nære sundhedsvæsen hvor samspil med borgerne ligeledes er i fokus i både nationalt og tværsektorielt i sundhedsaftalen; der skal skabes det nødvendige rum for aktivt samspil mellem borger og pårørende. En af opgaverne bliver- Hvorledes kan der ledelsesmæssigt arbejdes med samskabelse på tværs af sektorer?



## Ledelsesmæssig udvikling

Min ledelseskariere startede for mange år siden, godt et års tid efter jeg var blevet uddannet som fysioterapeut. Jeg blev "valgt" af mine kollegaer, de syntes at jeg skulle være afdelingsfysioterapeut for på den måde fik jeg det samme i løn, som de andre, der havde arbejdet i 8-10 år. Vi ville jo alligevel deles om opgaverne, sagde de. Men så skulle det være mig, der skulle gå til ugentlige møder med de andre afdelingsfysioterapeuter og overfysioterapeuten. Kollegaerne syntes, at disse møder var spild af tid, de ville hellere arbejde med patienterne, deres egen faglighed, supervision og undervisning. Demokratisk beslutning, smiger eller bondefangeri, det ved jeg ikke, men jeg sagde ja og gik til de ugentlige møder. Der skete ikke meget for mig på disse møder, vagt- og ferieplanerne blev lagt, fordeling af medarbejdere i jobrotation hver fjerde måned, men dette gjaldt kun for de andre, ikke for os. For vi var dem, ingen ville lege med, vi passede os selv, så lod de os være i fred, for ingen ønskede jobrotation til vores afdelinger. Vores afdelinger var alle de psykiatriske afdelinger på Nordvang, fra børnepsykiatri til de lukkede afdelinger, og de andre varetog det somatiske område. Men da ingen ønskede at være i psykiatrien, var vi friholdt for røking og fordelte selv vores feriedage, fik bevilget masser af faglige kurser; for så længe, vi var glade og udviklede os, ville vi nok blive der. Sådan gik der fem-seks år, jeg udviklede mig, men ikke ledelsesmæssigt. Så jeg sagde stop som leder og søgte selv over i det somatiske område, jeg ville gerne være rigtig fysioterapeut, ikke psykoterapeut.

Det gik godt, på et tidspunkt blev jeg spurgt, om jeg ville træde til som vikar for en afd.fysioterapeut, min nye leder kunne se i mit cv, at jeg jo allerede havde været leder i flere år. Jeg sagde igen ja, og det har jeg ikke fortrudt, nu var der gang i udviklingen af lederområdet i den offentlige sektor, der kom specifikke stillingsbeskrivelser, der kom MUS, der kom SWOT-analyser og ledelsescoaching. Opgaverne og ansvaret var et helt andet nu end det, jeg havde prøvet i mit første lederjob. Da vikariatet udløb søgte jeg en anden mellemliderstilling og blev sidenhen stedfortræder for overfysioterapeuten. Efteruddannelse i forskellige af regionens lederkurser primært i hands-on kategorien fra Lerborgs HMR's værktøjskasse. Jeg slog dog lige et smut til Lunds universitet, hvor jeg tog en M.Sc. PT, og jeg blev souschef i Københavns Amts Børne og Unge Specialskoleområdet vedr. genoptræning, men så kom strukturreformen og amterne blev nedlagt. Jeg blev tilbudt job i en kommune, men takkede nej tak. Jeg kom retur til hospitalet, ikke som leder men som udviklingsterapeut, dette var spændende, jeg overvejede at påbegynde en Ph.d., men finansieringen skulle på plads, samtidig fik jeg en opfordring til at søge jobbet som ledende fysioterapeut på Hvidovre Hospital, atter overvejede jeg Ph.d. eller ledelse igen. Min mand sagde; du skal da være leder igen. Du er super til alt det der; og ja, jeg har nu i godt 10

år været ledende terapeut. Fik ikke en Ph.d, men har fået flere Ph.d'er uddannet fra afdelingen. Ledelse er at opnå resultater sammen med og gennem andre, så jeg ved, jeg gjorde det rigtige.

Det spændende ved MPG har været at få teori på empirien, komme op på den store klinge, læse, diskutere med andre ledere i andre sektorer og skrive opgaverne. Jeg startede med et specialmodul, som Region Hovedstaden fik lavet som brobygger fra deres eget forløb Ledelse af ledere til MPGén, der skabte Sverri Hammer mening i de forskellige teorier, vi blev præsenteret for. Flere gange i de efterfølgende fag er meningskabelse dukket op sammen med teorier om strategi, styring, reformer, datadrevet ledelse, paradokser og meget mere.

At tage et emne fra hverdagens ledelsesproblematik op i en opgave har været en god ting for mig at kunne dykke ned under overfladen, læse teorierne til et givet emne, om det er Developmental Evaluation eller det er Digital Era Governace, Polyfoni eller aktantmodellen, har haft mindre betydning. Det svære har været at finde tiden, det er tidskrævende at skrive opgaver, det er givende, men et stort slidsomt arbejde for en tidsoptimist som jeg. Men det gode er også det pres, man sætter sig selv i med læsning, skrivning, retur til teorien osv. Ting tager tid, jeg har været lang tid om MPGén, det var den måde, det kunne forenes med de daglige ledelsesmæssige opgaver og mit privatliv. Ulempen er, at man starter hvert fag med nye, nogle gange én gang, men gruppedynamikken, fælles udvikling og spejling hos medstuderende mister man. Masteropgaven er et kapitel for sig selv, en lang sej tour de force, hvor jeg håber snart at krydse målstregen, men jeg er sikker på, at når jeg har restitueret, vender jeg tilbage til emner og temaer fra MPG.

Studiet har beriget mig til i dag at se mig selv et andet sted som offentlig leder, end da jeg startede på studiet. Ved at se tilbage på min start som leder for mere end 30 år siden, kan jeg se, hvordan jeg har været med hele vejen fra professionsparadigmet over NPM (både marked og kontrakt), Human Relation Management, DRG nu mod NPG eller noget andet.

Som leder skal du skabe mening og oversætte de forskellige ændringer og styringsparadigmer, der er i den offentlige sektor. Det synes jeg MPG har givet mig gode refleksioner og værktøjer til. Jeg er i dag en mere velovervejet, reflekterende og samlende leder. Om jeg samskaber kommer nok an på, hvilken definition af samskabelse, vi anvender, men jeg vil gerne skabe noget sammen med andre og med patienter, borgere, personale og mine samarbejdspartner. Fremtiden kender vi først i morgen, og hvad den bringer, ved ingen. Jeg har taget nogle sving og udflugter i mit lederliv, er blevet overrasket, men positivt overrasket. Så fra at være valgt leder, er jeg nu selvvalgt leder.

## Litteratur

- Agger, A & Tortzen, A. (2015), *Forskningsreview om samskabelse*. UC Lillebælt
- Bentzen, T.Ø (2018) Tillidsbaseret styring som springbræt for samskabelse I Fogsgaard, M.K. & De Jongh, M. *Ledelse og samskabelse i den offentlige sektor*. (s132-155) Dansk Psykologisk Forlag
- Dalsgaard, L. (2013); *Fagprofessionelle i nyere forvaltningslitteratur*. Nordisk Administrativt tidsskrift 90(1), 40-57.
- Fogsgaard, M.K. & De Jongh, M. (2018). *Ledelse og samskabelse i den offentlige sektor*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Gittell, J.H. (2012). *Effektivitet i sundhedsvæsenet, samarbejde, effektivitet og kvalitet*. Munksgaards forlag
- Greve (2012):16. *Reformanalyse*. Kbh. DJØF's forlag
- Greve, C. & Pedersen, A.R. (2017) *Reform og forandring*. Gyldendal Public
- Grøn, C.H., Hansen H.F.& Kristiansen M.B. (2014) *Offentlig styring* Hans Reitzels Forlag
- Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper*. Samfundslitteratur& Roskilde Universitetsforlag
- Hygum, H., Andersen, L.L., Petersen, A., & Olsen, L. (2018) *Inklusion og deltagelse af sårbare borgergrupper i samskabende arenaer*. VIVE
- Launsø, L., Olsen, L., & Rieper, O. (2015). *Forskning om og med mennesker*. (6.udg.)Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Lerborg, L (2013), *Styringsparadigmer i den offentlige sektor*. (3.udg.) Jurist-og Økonomforbundets forlag.
- Martinsen, B., Norlyk, A. (2011); *Tre kvalitative forskningstilgange*. Sygeplejersken (12) 64-68.
- Pedersen-Ulrich, Jens. (2016) *Samskabelse – en typologi*. CLOU Skriftsserie (1-15)
- Pollit og Bouckaert \*(s2, I 1.2)
- Sehested, K., Sørensen, E., Larsen, T.S.& Lund, D.H(2010). *Barrierer og drivkræfter for samarbejdsdrevet innovation*. RUC
- Sørensen, E. og Torfing, J. *Den offentlige sektor som arena for samskabelse*. I Fogsgaard, M.K. & De Jongh, M. (2018), *Ledelse og samskabelse i den offentlige sektor*. (s 30-61) Dansk Psykologisk Forlag, 1. udgave, 1
- Tortzen, A. (2016), *Samskabelse i kommunale rammer*, Ph.d afhandling, RUC.
- Ulrich J. (2018, 19.december). *Inddragelse eller Involvering*. Den offentlige.dk. Tilgået d.27.janar 2019:[http://denoffentlige.dk/inddragelse eller involvering](http://denoffentlige.dk/inddragelse-eller-involvering)

- Ulrich, J. (2018) Samskabelse hvilke værdier kan der høstes. I Fogsgaard, M.K. & De Jongh, M. *Ledelse og samskabelse i den offentlige sektor*. (s.62-91). Dansk Psykologisk Forlag, 1. udgave
- Bekendtgørelsen om genoptræning, lokaliseret d.20.5.2019 på <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202249>
- CLIPS projekt, *Samarbejdsdreven Innovation* lokaliseret d.20.5.2019 på [https://www.ftf.dk/fileadmin/Bruger\\_filbibliotek/Uddannelse\\_og\\_ledelse/Ledelse/clips\\_marts2011.pdf](https://www.ftf.dk/fileadmin/Bruger_filbibliotek/Uddannelse_og_ledelse/Ledelse/clips_marts2011.pdf)
- Danske Regioner 2019) *Involverende Stuegang fra Region Hovedstaden*, lokaliseret d. 20.5.2019 hentet fra <https://www.regioner.dk/services/nyheder/2019/april/den-involverende-stuegang-vinder-prisen-for-aarets-borgerinddragende-initiativ-2019>
- Regeringen 2019- *Patienten først-nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientsikkerhed*, lokaliseret d. 20.5.2019 på <https://www.regeringen.dk/nyheder/sundhedsreform/>
- Sundhedsaftale 2019-23 for Regionhovedstaden " *Vores sundhedsaftale*", lokaliseret d.20.5.2019 [https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/sundhedsaftale\\_2019-2023/Sider/Sundhedsaftale\\_2019-2023.aspx](https://www.regionh.dk/Sundhedsaftale/sundhedsaftale_2019-2023/Sider/Sundhedsaftale_2019-2023.aspx)
- Sundhedsministeriet- *Nationale mål for sundhed* 2016 , lokaliseret d. 20.maj 2019 på [https://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.pdf](https://sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.pdf)
- [Vejledning nr. 9538 af 2. juli 2018 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner](#)
- Ventetid på genoptræning, lokaliseret d.19.maj 2019 på <https://www.esundhed.dk/home/emner/patienter%20og%20sygehuse/monitorering%20af%20sundhedsaftaler>

## Bilag

Bilag 0 <H:\CBS\Masterprojekt\interview\Bilag0-Interviewguide.pdf>

Bilag 1 <CBS\Masterprojekt\interview\Bilag 1-Info til respondenter fokusgruppeinterview.pdf>

Bilag 2 <CBS\Masterprojekt\interview\Bilag 2 -Transskriberede interviews.pdf>

Bilag 3 <CBS\Masterprojekt\interview\Bilag 3- kodning samlet.pdf>