



LEDELSE I DET NÆRE SUNDHEDSVÆESEN

Master afhandling

Anslag: 115 880
50 normalsider

Jesper Juul Larsen

INDHOLDSFORTEGNELSE

Abstract.....	2
Indledning:.....	3
Problemformulering:.....	4
Teori:.....	4
Funktionssystemer.....	6
Den polyfone organisation og ledelse af paradokser.....	7
Metode:.....	8
Fremgangsmåde i forhold til udvælgelse af empiri.....	8
Hvorfor dokumentanalyse og analyse af semistrukturerede interviews?.....	9
dokumenterne.....	9
Dokumentanalyse.....	10
Hvilke funktionssystemer og koder kigger jeg efter?.....	10
To typer af dokumenter.....	11
Analyse af semistruktureret interview.....	13
Interviewpersonerne.....	15
Semistrukturerede interviews.....	15
Analyse.....	16
Dokumentanalyse.....	16
De 5 dokumenter.....	16
Idealforestillingen om at komme dårlige Udskrivelser til livs.....	16
Idealforestillingen om unødvendige genindlæggelser.....	18
Idealforestillingen om tryghed og service.....	19
Idealforestillingen om det nære sundhedsvæsen.....	21
Idealforestillingen om sammenhæng på tværs.....	24
Delkonklusion efter gennemgang af de 5 dokumenter.....	26
Gennemgående- og udeladte- funktionssystemer.....	27
De Skabte paradokser.....	30
det kalder på fortolkning.....	32
Analyse af semistrukturerede interviews.....	32
Det nære sundhedsvæsen.....	33
Det politiske paradoks.....	35
Flere virkeligheder.....	36
At nedbryde siloer.....	37
Økonomi som showstopper.....	38

Borgerens rolle og forventninger.....	39
Opsamling.....	40
Diskussion.....	40
Konklusion:	43
Det nære sundhedsvæsen.....	43
den sociale konstruktion af de to verdener.....	43
Ledelsesrum.....	44
Økonomi.....	45
Og kom der svar på problemformuleringen?	45
Perspektivering.....	45
Politisk prioritering.....	45
Forudsætninger.....	45
Min ledelsesudvikling i forbindelse med MPG-studiet og min Masterafhandling.....	46
Bilag.....	47
Bibliografi.....	47

ABSTRACT.

I am chief consultant at an emergency department. We have a collaboration with 8 municipalities and a catchment area of 330 000 citizens. In my master's thesis, I have analyzed both official documents and interviews with managers positioned in both the primary and the secondary health care system. My aim is to examine what room for maneuver arises when management is conducted across organizations, including what managerial paradoxes are created, and how they are handled. I find that the space of opportunity is plastic, as it is up for constant negotiation. Management takes place most effectively through relation-based networks. There is an overall paradox embedded in the fact that the organizations are still subject to financial management, which stems from an NPM idea, all the while wanting an organizational view based on the NPG paradigm. This gives rise to the fact, that as a leader you must be able to switch between two worlds - an idealistic world and a realistic world - so as not to undermine your own organization. My personal management development in connection with the MPG study and my master's thesis, has made me understand that my management practice is based on a theory of hacking codes and handling paradoxes, and that the space of opportunity is based on a constructivist reality.

INDLEDNING:

Jeg er leder af en akutafdeling, som har et samarbejde med 8 kommuner og et optageområde på 330 000 borgere. I akutafdelingen modtager vi døgnet rundt patienter til vurdering og eventuelt indlæggelse. Mange af patienterne har en eller anden form for jævnlig kontakt med offentlige sundhedsaktører – enten den kommunale hjemmepleje, praktiserende læge eller 1813/Akutberedskabet.

Fællesnævneren for de fagprofessionelle i det nære sundhedsvæsen er faglighed og fokus på opgaven. Organisationerne er traditionelt adskilt i forskellige forvaltninger og taler som sådan ikke sammen.

Det er mit indtryk samarbejde og netværksdannelse er vigtigt når der ledes i denne kontekst, da de juridiske- og økonomiske- aftaler ikke slår til når der skal samarbejdes i det nære sundhedsvæsen. Jura og økonomi kommer ofte i konflikt med begrebet ”mening” i konteksten af at borgeren eller patienten skal have en ”løsning med udgangspunkt i den enkelte”.

Gennem de seneste år er det offentlige skiftet fra fokuseret økonomistyring til at have fokus på begreber som værdi og mening. Jeg vil undersøge hvordan dette skift kan udnyttes og jeg vil være nysgerrig på, hvordan ledelse bedrives i det nære sundhedsvæsen.

Det overordnede styringsparadigme i sundhedsvæsenet har været præget af New Public Management (NPM) (Andersen Lotte Bøgh, New Public Management som styringsparadigme, 2017), hvor vi på hospitalerne blev honoreret ved hjælp af takststyring (DRG), hvilket betød at der var en incitamentsstruktur der ikke altid tog udgangspunkt i det, for patienten eller situationen, hensigtsmæssige. Der blev honoreret pr kontakt og på den måde var der et incitament til at bryde forløb op i mange etaper. Organisationen blev belønnet for usammenhængende forløb. NPM-tankegangen i det nære sundhedsvæsen resulterede i silodannelse og kassetænkning, hvilket både fagligt, økonomisk og organisatorisk gjorde sammenhængende patientbehandling besværlig.

Inden for de seneste år er der sket et paradigmeskifte, hvilket er drevet af et politisk ønske om forandring. Det har flyttet styringsprincipperne fra NPM til en New Public Governance (NPG) (Andersen Lotte Bøgh, New Public Governance som styringsparadigme, 2017) .

Opgaverne ses stadig løst indenfor den samme økonomisk ramme. Der er ikke en forventning om øget ressourcetilførsel i løbet af de kommende år. Der er måske endda en forventning om at opgavernes omfang vokser (”ældrebyrden”/”nye behandlinger tilbydes”/”flere krav fra borgeren”) uden at ressourcerne

nødvendigvis vokser. Der forventes at organisationerne kan skabe mere sundhed for de samme penge ved at arbejde anderledes.

Der er en tro på at teknologi samt andre samarbejdsformer vil kunne bringe os til nye måder at løse opgaverne på. Dette er et begreb, som med Andersens ord kaldes: Potentialisering (Andersen, 2014). Her ses fremtiden som havende en iboende kompleksitet af mulige løsninger på de problemer vi ser nu. Potentialiseringen åbner med andre ord en fremtidshorisont med nye forskelligheder, som opfattes som potentielle løsninger på de problemer eller begrænsninger vi ser aktuelt.

Regionen og de politiske aktører kommunikerer ofte ved hjælp af policy dokumenter som en art strategisk kommunikation der udstikker en retning. Kommunikationen kan være af generel karakter, hvilket læses på hjemmesider ect. Kommunikationen kan også have karakter af målrettethed, hvor dokumenterne er sendt til den enkelte leder i det nære sundhedsvæsen – her bliver dokumentet styringsredskab, som peger lederen i en retning.

I denne afhandling vil jeg kigge på strategisk kommunikation i form af sendte dokumenter og sammenholde dette med interviews med fire ledere i det nære sundhedsvæsen. Jeg er nysgerrig på lederskab og muligheder i det nære sundhedsvæsen, da jeg gennem min egen ledelsespraksis ofte bliver overrasket over hvad virkeligheden byder på.

PROBLEMFORMULERING:

Jeg vil undersøge, hvilke handlerum der opstår hos lederen i det nære sundhedsvæsen når der bedrives ledelse på tværs af organisationer herunder hvilke ledelsesmæssige paradokser der skabes og hvordan de håndteres.

TEORI:

Jeg finder det dybt interessant, hvordan min ledelsespraksis kan konstrueres og dekonstrueres afhængig af kontekst og den mening som tillægges begreberne. Jeg beskriver min virkelighed gennem to veje:

- 1. Dokumenter som cirkuleres fra embedsværket => ledelseslaget i de forskellige organisationer – herunder min egen. Jeg er undersøgende på hvilke funktionssystemer får plads og hvilke koder kommunikeres.*
- 2. Jeg vil undersøge, hvorledes afkodes koderne i dokumenterne og hvilke refleksioner og handlinger afføder denne afkodning. For at få sat ord på dette laver jeg en kvalitativ undersøgelse, hvor ledelses kollegaer interviewes.*

3. På baggrund af 1+2 ønsker jeg at beskrive den virkelighed jeg som leder arbejder ud i og give bud på hvilke handlerum der opstår og hvilke handlinger der bliver mulige samt hvordan vi udnytter dette.

Jeg arbejder i et socialkonstruktivistisk univers, hvor virkeligheden kan konstrueres og dekonstrueres afhængigt af konteksten (Wenneberg, 2002). Det er derfor interessant hvorledes funktionssystemer gives taleplads i dokumenter, koder kommunikeres og i sidste ende høreres eller ikke høreres af de involverede parter og hvordan disse parter så handler på de hørte koder i netop deres aktuelle kontekst.

Jeg tager udgangspunkt i Niels Åkerstrøm Andersen og Justine Pors' tænkning om organisationer og organisationers måde at agere på, som beskrevet i bogen *Velfærdsledelse – mellem styring og potentialisering* (Andersen, 2014). Det socialkonstruktivistiske univers og forståelse, de begge arbejder ud fra, stammer fra Niklas Luhmann's blik på funktionssystemer og disses kommunikation. Luhmanns systemteoretiske univers antager at samfundet grundlæggende er ustyrligt og at et forsøg på styring afføder nye former for ustyrlighed. Ved at anvende Luhmanns grundlæggende antagelser om funktionssystemers opførsel til at iagttage organisationers interaktion vil jeg forsøge at afdække afhængigheder og de logikker der er i spil. Jeg vil iagttage de koder der anvendes og undersøge, hvilke koder der anvendes i hvilke sammenhænge.

Åkerstrøm Andersen og Pors angiver at organisationer sjældent er enkle størrelser. Organisationen kan have flere former, der ofte er kontekstuel bestemt. De er også bestemt af, hvorfra organisationen anskues og hvad opgaven – for organisationen – går ud på. F.eks. kan en organisation både være hierarkisk i opbygning og bureaukratisk i sin governance struktur samtidig med at den arbejder med netværk, samskabelse og partnerskaber. Det vil sige, de er flere ting på en gang og kommunikerer også om flere ting samtidigt. Åkerstrøm Andersen og Pors opererer med organisationen som en foranderlig størrelse og en størrelse der har flere udtryk afhængigt af hvorfra de beskues. Der kan derfor være indbyrdes modsatrettede logikker i den enkelte organisation. Disse logikker kommer til udtryk i hvad organisationens funktionssystemer kommunikerer i form af koder. Disse koder kan enten komme til udtryk i skriftlige forordninger, mails, referater og tale. De koder som skriftliggøres, vil jeg opfatte som en organisations fodaftryk og anvende dette sammen med de koder der kommunikeres i forbindelse med mine interviews.

Åkerstrøm Andersen og Pors beskriver en evolution, hvor organisationer udvikles over tid på en sådan måde at de enkelte udviklingstrin står på skuldrene af det forrige – organisationen har på den måde flere udtryk. Ifølge Åkerstrøm Andersen og Pors skal det forstås som et kontinuum, hvor organisationen i sin mest avancerede form optræder som kommunikationsafsøgende. Dette opfattes ikke som et udtryk for

manglende svar, men som et udtryk for uudnyttet potentiale. Organisationens andet yderpunkt er, hvorledes den formelt er konstitueret i et hierarki blandt andre organisationer og i et bureaukrati i en offentlig governance struktur.

FUNKTIONSSYSTEMER

En organisation er ifølge Åkerstrøm Andersen og Pors et overordnet funktionssystem der kommunikerer gennem beslutninger og konstituerer sig via medlemskaber, hvor selve medlemskabet er defineret gennem en given rolle i en organisation.

Ifølge Luhmann (Åkerstrøm Andersen, 2018) kan de enkelte funktionssystemer ikke forstå hinanden og er derfor blinde for hinanden. Dette kan eksemplificeres ved at anskue mit eget hospital der indeholder mange forskellige funktionssystemer. HR-afdelingen varetager personalejura og kommunikere i koden ret/ikke ret mens økonomiafdelingen varetager budgethåndteringen og lønadministrationen – her kommunikeres i koden betale/ikke betale. De kliniske afdelinger tager sig af patientbehandling og taler i koderne syg/rask. Koderne ret og penge taler ikke sammen, men kommunikeres desuagtet i den samme organisation og ofte på samme tid. Tilsvarende taler sundhedenskode ikke sammen med de koder der flyder fra HR desuagtet at organisationen både favner det ene og det andet funktionssystem.

Åkerstrøm Andersen og Pors angiver at et hvert funktionssystem har én kode, som funktionssystemet kommunikerer med. En organisation indeholder en lang række funktionssystemer der hver især kommunikerer uafhængigt af hinanden og er blinde for hinandens kommunikation.

Den kodede kommunikation giver en enkelt helhed med en yderside og en inderside der skarpt adskilles af en grænse. Ved at anvende Luhmanns begrebsverden (Åkerstrøm Andersen, 2018), kan organisationers handling beskrives og observeres ved at iagttage, hvordan systemer iagttager.

De enkelte funktionssystemer, som en organisation rummer, udvikles over tid som et svar på omgivelsernes udvikling. Der er en løbende evolution af både funktionssystemer og koder. De enkelte organisationer har en eller flere dominerende koder, som anvendes og således også et eget sprog.

Jeg vil anskue de involverede parter i det nære sundhedsvæsen gennem de briller som Åkerstrøm Andersen og Pors stiller til rådighed.

DEN POLYFONE ORGANISATION OG LEDELSE AF PARADOKSER.

Forskellige koder der kommunikerer mellem organisationer og indenfor samme organisation defineres af Rennison og Åkerstrøm Andersen som polyfoni/heterofoni. Det kan afstedkomme konkurrerende budskaber eller modsatrettede budskaber, hvilket ifølge Rennison giver ophav til paradokser i organisationen og mellem organisationerne. Paradokserne kræver ledelsesmæssig refleksion og reaktion for at sikre retning på organisationen.

Betina Rennisons begreb afparadoksering og reparadoksering (Rennison, 2017) vil jeg anvende til at afdække, hvorledes de polyfone koder håndteres blandt organisationerne i det nære sundhedsvæsen og hvad konsekvensen er når de pågældende strategier anvendes. Afparadoksering er en anvendelig ledelsesstrategi, som ifølge Rennison, forsøger at skjule, afværge eller inddæmme paradokserne. Rennison anfører at der her er tale om overlevelsstrategier mere end ledelsesstrategier når der afparadokseres. En afparadokseringsstrategi kunne være organisatorisk hykleri, hvor der ganske enkelt lades som at organisationen handler i overensstemmelse med en given policy, men reelt gøres noget andet. Man kan også vælge at dekode, hvor en opgave kan bringes til løsning i et udvalg, som reelt ikke har samarbejdskompetence til at lave kompetent sagsbehandling og opgaveløsning.

Reparadoksering er – ifølge Rennison – en måde at øge handlefriheden og ledelsesrummet på og beskrives derfor som en mulighedsskabende strategi. En reparadokseringsstrategi kunne være at skabe en historie omkring et paradoks, hvor vores fortælling rammesætter situationen og skaber muligheden for en bestemt handling.

Rennison angiver at de modsatrettede koder kan opfattes som en kreativ polyfoni der frisætter potentiale ved at åbne op for muligheder, hvis man ledelsesmæssigt i organisationen formår at udnytte dynamikken som der gives grundet både paradokser og polyfoni. Rennison anfører at begrebet afparadoksering/reparadoksering er et velegnet redskab til at frisætte potentialer i denne sammenhæng.

Rennison nævner en række eksempler på afparadoksering: Enten-eller-strategi, både-og-strategi, dekobling (hverken-eller-strategi), spil og hykleri (slet-ikke-strategi). Disse strategier beskrives som umodne i forhold til reparadokseringsstrategierne, da afparadokseringen er kompleksitetsreducerende og dermed indskrænker handlemulighederne i følge Rennison. Afparadoksering er en måde at undgå paradokser, hvilket ikke er formålet ifølge Rennison. Formålet er at bruge de opståede paradokser på, en for organisationen, konstruktiv måde.

Reparadoksering kan opfattes som en mere moden måde at mestre paradokser på. Der nævnes i artiklen (Rennison, 2017) en række reparadokseringsstrategier der hver især kendetegnes ved at mulighedsrummet holdes åbent eller åbnes yderligere op. Rennison nævner følgende måder: Refleksion, hvor situationen beskues i et mentalt helikopterperspektiv, hvor helheden beskues på afstand. Handling fremhæves som en reparadokseringsstrategi, hvor paradokset angribes uden andre omveje. Paradokset slippes løs i en mere legende tilgang og man er undersøgende på effekten af de udførte handlinger. Rennison angiver at sprog og vores fortælling om selve handlingen er en reparadokseringsstrategi, da fortællingen om vores tænkning er med til at skabe vores virkelighed. Slutteligt fremfører Rennison sansning som værende en strategi, hvor afvejning af forskellige hensyn gøres ved hjælp af vores "fornemmelse" i form af følelser for – eller fornemmelse af- en relevant handling/valg i konteksten af paradokset.

For at man kan agere relevant i den givne kontekst anfører Rennison en række processuelle trin der kan anvendes- de berører begrebet "afkodning". Nøglen til at forstå hvad der er på spil mellem organisationer, er at forstå koderne der kommunikerer mellem organisationerne. Det gælder om at afkode det budskab der bringes med koderne. Jeg vil undersøge hvorvidt der sker reparadoksering eller afparadoksering i forbindelse med kommunikationen mellem interessenterne i det nære sundhedsvæsen.

METODE:

Jeg vil beskrive forskellige virkeligheder – her tager jeg afsæt i henholdsvis dokumenterne og interviews. Jeg vil begynde med dokumenterne, da de er udtryk for en ønsket virkelighed mens den virkelighed der kommer til udtryk i de semistrukturerede interviews er udtryk for en oplevet virkelighed i det nære sundhedsvæsen. Ved at sammenholde de to virkeligheder fremstilles forskelle og udfordringer samt de måder hvorpå man som leder agerer i dette potentielle mulighedsrum mellem hvad der ønskes og hvad der udleveres.

FREMGANGSMÅDE I FORHOLD TIL UDVÆLGELSE AF EMPIRI

Empirien til afhandlingen er indsamlet i det nære sundhedsvæsen ved at samle relevante dokumenter og ved at udfører interview med udvalgte nøglepersoner.

Dokumenterne har søgt opgaven qua dokumenterne er blevet tilsendt i en sagskontekst der er vedrørende det nære sundhedsvæsen. Jeg har fundet dokumenterne ved at screene min mailboks for nøgleord/fraser som typisk forekommer i kommunikationen mellem akut hospitalet, regionale arbejdsgrupper og de 8 kommuner som Nordsjællands Hospital arbejder sammen med. Jeg har udvalgt repræsentative dokumenter

der er sendt som enten kommissorie eller politisk policy dokument. Dokumenterne er vedlagt opgaven som bilag. Jeg anlægger en konstruktivistisk analysetilgang og dokumenterne er således valgt, da de indeholder – for opgaven – interessante oplysninger.

Jeg har valgt at interviewe nøglepersoner, som repræsenterer forskellige organisationer i det nære sundhedsvæsen. De er udvalgt således at der er repræsentanter fra det kommunale, regionale og almen praksis, hvilket giver forskellige blikke på det nære sundhedsvæsen. Nøglepersonerne har en ledelsesmæssig position i deres respektive organisationer.

Jeg har bevidst valgt både interviewpersoner og dokumenter som objekter for min undersøgelse af hvordan polyfoni og håndtering af paradokser viser sig i en ledelseskontekst. Valget er truffet bevidst og kan derfor godt være behæftet med selektionsbias. Jeg er ikke på jagt efter en sandhed, men en beskrivelse af den oplevede virkelighed samt en beskrivelse af konsekvenserne af de udførte ledelsesmæssige handlinger. Ud fra min empiri forventer jeg at kunne uddrage data der kan generaliseres.

HVORFOR DOKUMENTANALYSE OG ANALYSE AF SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEWS?

Ved at kombinere interview og dokument analyse ønsker jeg at opnå en triangulering og en belysning af min problemformulering fra flere vinkler. Budskaberne i dokumenterne kan sammenholdes med hvad der kommunikeres i de udførte interviews. Det giver et blik på hvorledes man som leder afkoder dokumenterne og forstår den ledelsesmæssige opgave. Herved kan forskelle og ligheder komme frem på flere niveauer, hvilket belyser problemformuleringen fra flere vinkler – det giver en nuancering og udstiller nogle pointer som jeg er på jagt efter.

DOKUMENTERNE

Dokumenterne er organisationernes eller funktionssystemernes fodaftryk og fremstår således, som fastfrosne stykker af kommunikation. Denne kommunikation opfatter jeg som kommunikation og et styringsredskab, da dokumenterne udsiger en retning som ønskes fulgt af de involverede parter.

Jeg definerer styringsredskab, som en måde/værktøj til at bringe andre organisationer eller egen organisation fra et sted til et andet – der igangsættes en ønsket ændring. Jeg anvender Åkerstrøm Andersens teori vedrørende styringsformer (Niels Åkerstrøm Andersen, Styring og ustyrlighed, 2018), som bygger på Luhmanns tænkning om emnet, hvor styring er et udtrykt ønske om at ændre forskelle på det nuværende og det ønskede. Jeg opfatter samtidig dokumenterne som mere strategisk kommunikation af

koder end ex. vis samtale eller andet, da dokumenterne alle har været udsat for en mere omhyggelig proces før de er blevet sendt afsted.

DOKUMENTANALYSE

Et dokument indeholder et budskab til en modtager og dermed også en hensigt. Der er en forventning fra afsender om at modtager reagerer på dokumentet på en bestemt måde, men denne måde må nødvendigvis afhænge af modtagers afkodning. Afsender kan ikke med sikkerhed vide hvordan de koder dokumentet indeholder afkodes og, hvilken konklusion der drages hos modtageren. Jeg analyserer dokumenterne gennem de systemteoretiske briller Luhmann tilbyder, hvor jeg kigger efter dominerende funktionssystemer og anvendte koder.

Dokumenterne udsættes for en konstruktivistisk analyse. Jeg bruger her mig selv som reference, da jeg qua min stilling i min organisation er udpeget modtager og dermed kodeförtolker. Den konstruktivistiske analyse fordrer ikke objektivitet, men vælger at inddrage illustrative eller eksemplariske blikke på virkeligheden, som den fremstår i dokumentet (Justesen Lise, 2010).

HVILKE FUNKTIONSSYSTEMER OG KODER KIGGER JEG EFTER?

Principielt set findes der en meget bred palette af funktionssystemer og koder der kan kommunikeres. Jeg har i min analyse kigget efter sammenfaldende funktionssystemer og kode sammenfald på tværs af dokumenterne, da dette er udtryk for en generelle pointer. Jeg leder efter funktionssystemernes og kodernes røde tråd på tværs af de valgte dokumenter. Jeg er med udgangspunkt i Åkerstrøm Andersen og Pors (Pors, Samfundets differentiering, 2014) på udkig efter følgende funktionssystemer og koder som anført i nedenstående tabel.

Funktionssystem	Medie	Kode (+/-)	Funktion
Det politiske system	Magt	Styrer/styret	Muliggøre kollektivt bindende beslutninger
Det videnskabelige system	Viden	Sand/falsk	Søge ny viden
Det økonomiske system	Penge	Have/ikke have	Knaphedshåndtering
Det pædagogiske system	Barnet	Bedre/dårlige dannelsesmæssige	CV-sortering
Massemediesystemet	Information	Information/ikke information	Producerer irritation
Restssystemet	Ret	Ret/uret	Tager forbehold for konfliktdannelse
Moralsk kommunikation	Ingen	Agtelse/misagtelse	Skærpe konflikter
Kunstsystemet	Kunstværket	Kunst/ikke kunst	lagtagelse af verden

Sundhedssystemet	Behandling	Sund/syg	Holde døden fra døren
Omsorgssystemet	Omsorg	Hjælp/ikke hjælp	Inklusion
Intim kommunikation	Kærlighed	Elsket/uelsket	Tematisering af det højest personlige
Religionssystemet	Tro	Immanens/transcendens	Kontingent udelukkelse

Tabel 1, Funktionssystemer, medie, koder og funktion.

TO TYPER AF DOKUMENTER

Dokumenterne er sendt til mig som leder af en akutafdeling. Dokumenterne er alle sendt før et møde eller til orientering. Der er således ikke tale om tilfældig kommunikation, da materialet er sendt med en hensigt. Jeg sondrer mellem to typer af kontekst:

1. Møderelateret dokument.
2. Et orienterende dokument.

Dokumenter der er sendt i konteksten "møderelateret" er vedhæftede til mødeindkaldelserne og er med til at rammesætte mødet og sætte retning for mødet. Der sættes en dagsorden og på den vis styres deltagerne frem mod en anden position. Det orienterende dokument er methakommunikativt, hvor der laves en rammesætning fra det politiske niveau til ledelseslaget i det nære sundhedsvæsen. De enkelte organisationers funktionssystemer må efter bedste evne afkode de sendte budskaber og der er ikke mulighed for nuancering i forbindelse med at lederne mødes og er undersøgende på dokumentets indhold og mening sammen med afsenderne.

MØDERELATERET DOKUMENTER:

Dokument 1: "Brev fra Allerød seniorråd". Dokumentet er sendt inden et møde på Nordsjællands Hospital mellem Allerød seniorråd og kommunaldirektøren fra kommunen samt hospitalsdirektøren fra min organisation og undertegnede. Mødet er på foranledning af Allerød seniorråd og der skal drøftes en u hensigtsmæssighed i det nære sundhedsvæsen, hvor sektorovergangen anses som problematisk. Afsender er Allerød seniorråd og modtager kredsen er relativt bred og politisk, da både Allerøds borgmester og kommunal direktør er modtager. Regionsformanden og Hospitals direktøren er også modtager på brevet. Det er dog kun hospitalsdirektøren, den ledende overlæge fra akutafdelingen (mig) samt kommunaldirektøren der deltager i mødet med Allerød seniorråd.

Allerød seniorråd er en kommunalt forankret institution, hvor ældre borgere medinddrages via rådet. Alle kommuner skal have et seniorråd. Rådsmedlemmerne vælges og man kan stille op, hvis man bor i

kommunen og er over 60 år – man har stemmeret hvis man bor i kommunen og er over 60 år. Allerød seniorråd er en interesseorganisation for ældre i Allerød.

Dokumentet er relevant da det giver et blik på en borgergruppes ønsker for det nære sundhedsvæsen.

Dokument 2: "Kommissorium for arbejdsgruppe om model for behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling samt implementering af ordningen"; Behandlingsansvar 72 timer er en kommende regional implementering, hvor en arbejdsgruppe skal afdække ressourcetræk og muligheder samt afhængigheder når det gælder om at hospitalerne har 3 døgnns ansvar for patienterne efter at de er udskrevet til fx kommunal pleje. Arbejdsgruppen har repræsentanter fra aktører i det nære sundhedsvæsen og regionens aktører. Afsender af kommissoriet er *Center for Sundhed*, som er en bureaukratisk enhed forankret i Region Hovedstaden. *Center for Sundhed* varetager den administrative planlægning af regionens sundhedsopgaver (Sundhed, u.d.). Modtager er arbejdsgruppens medlemmer, som er ledere i henholdsvis kommunen, praktiserende lægers organisation (PLO) i regionhovedstaden samt ledende overlæger fra hovedstadens akuthospitaler.

Arbejdsgruppen skal – inden for rammen af kommissoriet – lave et forslag til hvorledes et tværsektorielt samarbejde kan se ud i regionen. Forslaget skal bruges af Sundhedsudvalget i Region Hovedstaden med henblik på en aftale samt en implementeringsmodel for samarbejde i det nære sundhedsvæsen.

Dokumentet er interessant, da det giver indblik i regionens ønske for tværgående arbejde i det nære sundhedsvæsen.

ORIENTERENDE DOKUMENTER:

Dokument 3: "Praksisplan for almen praksis 2021"; Er et orienterende dokument som er fremsendt til alle interessenter i det nære sundhedsvæsen. Dokumentet er fremsendt med henblik på kommentarer i høringsperioden fra de involverede parter. Det er et retningsgivende dokument, som fortæller om de politiske ønsker i region, kommune og hos de praktiserende lægers organisation i det nære sundhedsvæsen. Udspillet er lavet i et samarbejde mellem politiske repræsentanter fra almen praksis (tillidsrepræsentanter), kommunerne (borgmestre) og regionens politikere. Det fremgår af praksisplanen at det er et rammedokument for udviklingen af almen praksis i regionhovedstaden.

Dokument 4 "Strategi dokument: Alle skal med – Region hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen"; En central orientering om hvorledes det regionale samarbejde i det nære sundhedsvæsen er tænkt af det politiske niveau. Dokumentet er sendt til alle aktørerne og indgår

som fundament i diverse arbejdsgrupper blandt andet i relation til dokument 2, 3 og 5. Dokument 1 får øget tyngde i lyset af dokument 4.

Det omfattende strategidokument, hvor regionen kommunikerer sin vision for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Dokumentet er således et politisk nøgledokument i den aktuelle kontekst.

Dokument 5 " Samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner i Region Hovedstaden"; En orientering om hvilke rammer samarbejdet mellem hospital, kommune, 1813 og almen praksis har, hvilket danner grundlag for blandt andet møderækken som er anført i Dokument 2. Dokumentet udstikker rammen for samarbejdet i det nære sundhedsvæsen. " Samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner i Region Hovedstaden". Der er tale om en samarbejdsaftale mellem de forskellige organisationer i det nære sundhedsvæsen. Dokumentet er godkendt af Sundhedskoordinationsudvalget i november 2019 og dokumentet implementeres i regi af sundhedsaftalen og den lokale implementering forankres ifølge dokumentet i de fem planområder der er i regionhovedstaden. Samarbejdsaftalen trådte i kræft 1. februar 2020 og er sammen med dokument 4 et nøgle dokument i det nære sundhedsvæsen.

ANALYSE AF SEMISTRUKTURERET INTERVIEW

Jeg vil forsøge at afdække de funktionssystemer der er toneangivende samt de koder der er i spil i det nære sundhedsvæsen ved at undersøge det nære sundhedsvæsen gennem semistruktureret interview.

Den kommunikation der kommer til udtryk ved de semistrukturerede interviews er mere flygtige, da den fremkommer i en dialog og som sådan forsvinder når dialogen stopper. Der er også mulighed for nuanceringer samt bevidst eller ubevidst valg af andre koder end det der udtrykkes på skrift.

Deltagerne er orienteret om formålet med interviewet samt at interviewet vil blive brugt i anonymiseret form i den aktuelle master opgave.

Interviewene er foretaget virtuelt og optaget - for derefter at blive transskriberet med henblik på afkodning. Deltagerne har ikke været bekendt med spørgsmålene i interviewguiden inden starten på interviewet og er blevet opfordret til at tale frit og med intentionen om at forholde sig umiddelbart og praksisnært til spørgsmålene. Jeg har i samtalen været rammesættende, men som sådan ikke styrende.

Jeg har ønsket at interviewepersonerne, med egne ord, skal forholde sig til det nære sundhedsvæsen som fænomen – både konkret og i overført betydning. Jeg har til opgave at sikre en åben og nysgerrig dialog, hvor jeg som den ene part i dialogen er med til at konstruere interaktionen. Jeg er således en part i

interviewet, hvilket gør at samme interview udført af en anden vil give en anden dynamik og konstruktion – der vil derfor være en interviewvariabilitet (Kvale, 2015).

Jeg har lavet en spørgeguide, som jeg – som interviewer – tager udgangspunkt i for at få afdækket nogle områder, som jeg har givet signifikans. Spørgeguiden anvendes også for at sikre en ensartethed mellem de enkelte interviews. Det semistrukturerede interview er valgt fordi det er subjektivt og jeg er på jagt efter den enkeltes blik på virkeligheden samt sammenhænge mellem organisationerne i det nære sundhedsvæsen og generelle træk der er til stede i interaktionerne mellem parterne i det nære sundhedsvæsen.

INTERVIEWGUIDE:

1. *Hvad er det nære sundhedsvæsen, hvis du skulle beskrive det med dine egne ord?*
2. *Hvordan forstår du det nære sundhedsvæsens opgave?*
3. *Hvilke snitflader synes du er vigtige*
4. *Kan du beskrive din organisation og dennes rolle i det nære sundhedsvæsen?*
5. *Hvilken rolle har borgeren/patienten?*
 - a. *Ser du et potentiale?*
 - b. *Ser du begrænsninger?*
 - c. *Hvilke forudsætninger kræves der?*
6. *Kan du beskrive dine forventninger til de andre aktører i det nære sundhedsvæsen?*
7. *Kan du beskrive den udvikling din organisation har oplevet gennem seneste år og konsekvenserne af udviklingen*
8. *Hvor ser du din organisation om 5 år*
9. *Hvor er det nære sundhedsvæsen om 5 år*
10. *Kan du beskrive hvilke udfordringer du ser for samarbejdet i det nære sundhedsvæsen*
11. *Hvilke krav mødes man af som leder i den aktuelle kontekst?*
12. *Hvilke muligheder har man?*

Spørgsmål 1 og 2 er indledende for at skabe en fælles referenceramme. Spørgsmålene 3-6 omhandler roller og samarbejde. Spørgsmål 7-10 afdækker forventninger til fremtiden. Spørgsmål 11 og 12 har lederskab som tematik.

De transskriberede interviews er ikke gennemset af interviewpersonerne og opgaven er ej heller gennemlæst af interviewpersonerne inden indlevering, men de er orienteret om denne præmis og har accepteret dette. Interviewene transskriberes med henblik på at kunne kodes i forbindelse med analysearbejdet. Talt sprog er således gjort til skriftsprog – de transskriberede interviews er vedlagt som bilag.

Interviewpersonerne

Interviewperson 1 (Bilag 6).

Er ansat i Kommunernes Landsforening (KL) på 10.år. Oprindeligt uddannet sygeplejerske men har arbejdet med ledelse gennem 25 år. Har været leder på flere forskellige hierarkiske niveauer fra driftsledelse til strategisk ledelse. Har bred kommunal leder erfaring med opgaver indenfor hjemmesygepleje, hjemmepleje, akutfunktioner og ældreområdet i bred forstand. Har taget formel lederuddannelse i både offentlig og privat regi.

Interviewperson 2 (Bilag 7).

Viceborgmester i større dansk kommune. Sidder aktuelt i sundheds- og omsorgsudvalget. Har tidligere været ansat i henholdsvis Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Danske Regioner som kommunikationschef.

Interviewperson 3 (Bilag 8).

Praktiserende læge gennem 25 år med egen praksis i praksis med flere læger. Er fagligt aktiv i PLO og centralt placeret i PLO hovedstaden.

Interviewperson 4 (Bilag 9).

Uddannet sygeplejerske med bred ledelseserfaring og lederuddannelse. Har været offentlig leder gennem adskillige år. Er aktuelt sektionschef i akutberedskabet (Har ansvaret for 1813, 112 og kørselsområdet), Region Hovedstaden.

SEMISTRUKTUREREDE INTERVIEWS

Efter interview transskriptionen er mine interviews analyseret deduktivt. Data er indhentet og kodet med udgangspunkt i teori omhandlende funktionssystemer og anvendte koder som beskrevet af Åkerstrøm Andersen og Pors (Åkerstrøm Andersen, 2018). Interviewene analyseres for hvilke funktionssystemer der er i spil, hvilke koder der anvendes. Der kan være flere funktionssystemer i spil igennem samtalen og jeg er på udkig efter paradokser der bliver fremkommer, direkte og indirekte i løbet af samtalen, samt hvorledes disse paradokser håndteres af interviewpersonen jf. Rennison (Rennison, 2017).

Jeg undersøger data deduktivt og vil slutte fra teori til enkeltobservationer samt forsøge at generalisere ud fra enkelte cases (Kvale Steinar, 2015). Kodningen har været datastyret. Jeg har med udgangspunkt i den anvendte teori kigget efter funktionssystemer og koder der er anvendt i de enkelte interviews.

ANALYSE

DOKUMENTANALYSE

Når de fem dokumenter gennemlæses og analyseres, er der en række gennemgående temaer på tværs af dokumenterne og derfor laver jeg en tværgående analyse af de gennemgående træk, da det viser generelle pointer som jeg efterfølgende vil sammenholde med håndteringen af koder og paradokser i mine interviews.

Jeg vil først analysere de fem dokumenter hver for sig. Herefter vil jeg være undersøgende på tværs for flg.:

1. Gennemgående funktionssystemer og koder.
2. Udeladte funktionssystemer og koder.
3. Skabte paradokser.

Jeg leder efter funktionssystemer og koder i dokumenterne ved at læse dem med de analytiske briller, som tilbydes af Luhmann, hvilket er foldet ud i metodeafsnittet.

DE 5 DOKUMENTER.

IDEALFORESTILLINGEN OM AT KOMME DÅRLIGE UDSKRIVELSER TIL LIVS

Dokument 1 (Bilag 1; i alt 1 side): "Brev fra Allerød seniorråd".

Dokumentet fremstår som et partsindlæg, hvor Seniorrådet forsøger at sætte en dagsorden – dokumentet er afsendt i et valgår, hvor det nære sundhedsvæsen er et væsentligt punkt på den politiske dagsorden. Dokumentet er sendt både til regionen, hospitalsdirektionen og til afdelingsledelsen.

Allerød seniorråd påpeger at sektorovergangen fra akuthospitalet til kommunen/borgerens eget hjem er problematisk – navnlig for resourcesvage ældre der er udsatte. Der er en appel om at der laves en indsats på området samt at ansvaret forankres på hospitalet jf. følgende citat: "*Henvendelsen drejer sig om sektorovergange fra hospital til det nære sundhedsvæsen i kommunen og til kommunens hjemmepleje*" –

her defineres det nære sundhedsvæsen som værende placeret i kommunen og akut hospitalet opfattes, ikke som en del af dette nære sundhedsvæsen, men hospitalet har et særligt ansvar i samarbejdet: *"..især hospitalet har et stort ansvar for at sikre.."*

De to dominerende funktionssystemer der er i spil, er hen holdvist: *omsorgens funktionssystem*, hvor der tales i omsorgens koder så som ansvar (se ovenfor), afmagt og hjælp: *"Det drejer sig ganske særligt om ældre, enligtboende borgere, der ikke har familie eller andre til at hjælpe i den akutte situation. Eller hvor pårørende ikke magter opgaven"*. Det andet funktionssystem er det *politiske funktionssystem*, hvor der tales i magtens koden *"Seniorrådet mener, at der konkret og alment ikke er den fornødne sammenhæng i sektorovergangen"* – der anføres et ønske om en kollektivt bindende beslutning om at sektorovergangen bedres, hvilket kræver magt til at ændre status.

Omsorgens kode er en meget blød kode, som ingen har patent på og på den måde kan man som leder uproblematisk købe ind på den værdi, da omsorg f.eks. ikke kan måles og vejes – der åbner sig således et ledelsesrum, hvor man kan gøre sig fri af politikens funktionssystem som taler i magtens kode. Man kan som leder – med omsorg som argument – indfører forbedringer. Denne manøvre kan opfattes som en reparadoksering. Man kan som leder på samme måde sige at man tænker omsorg ind uden at gøre dette reelt – hvilket ville være at hykle og på den måde en afparadoksering.

Dokumentet rummer ikke indbyggede paradokser – der er to funktionssystemer i spil som taler i hver sin kode uden at skabe paradokser, da der er en klar kongruens i budskaberne. Intentionen med dokumentet er at sætte fokus på en enkel problemstilling: oplevet dårlig sektorovergang mellem akut hospitalet og det nære sundhedsvæsen, som ifølge Allerød seniorråd er placeret i kommunen. Der ønskes en ændring med henblik på at skabe en bedre service og dermed velfærd for en afgrænset gruppe af borgere/patienter. Der opstår paradokser når dette dokument møder det nære sundhedsvæsen, hvor en hel række interesseorganisationer abonnerer på omsorg og politisk fokus.

I dokumentet er der fravær af både den økonomiske kode og sundhedssystemets funktionssystem, hvilket er medvirkende til at dokumentet er rensat for paradokser. Der er et entydigt fokus på eget behov hos de + 60-årige, hvis interesser varetages og der er intet krydspres fra konkurrerende dagsordener.

Dokumentet er et politisk værktøj, som anvendes til sætte en specifik dagsorden med henblik på at få fokus på problemstillingen *"dårlig udskrivelse"* fra hospitalet. Det vil sige at man ønsker at hospitalet ændrer praksis, men de paradokser der opstår i den forbindelse kan veksles til frihed i ledelsesrummet ved enten reparadoksering eller afparadoksering, som beskrevet ovenfor. Interesseorganisationen bliver på den måde en hjælpe aktant til evt at løse andre problemer for en organisation – i dette tilfælde akutafdelingen.

Dokument 2 (Bilag 2; i alt 4 sider): "Kommissorium for arbejdsgruppe om model for behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling samt implementering af ordningen"

Regionsrådet har givet opdraget til kommissoriet, som er udsendt via *Center for sundhed* til ledelseslaget i region hovedstaden, kommuner og faglige organisationer der er aktører i det nære sundhedsvæsen. Jeg har med afsæt i Åkerstrøm Andersens definition af funktionssystemer (Pors, Samfundets differentiering, 2014) identificeret 3 dominerende funktionssystemer i dokumentet.

Det *politiske funktionssystem* taler i den overordnede kode: Magt, som skal ændre organisationers praksis således at der skabes sammenhæng, tryghed og service. Dette kan sammenfattes til velfærd.

Velfærds-koden indeholder således underkoderne service, tryghed og mening jf.: "*Formålet med at stille et lægefagligt behandlingsansvar til rådighed i 72 timer efter hospitalsbehandling er at øge tryghed...*" (bilag 2 side 1). Aktuelle dokument er et resultat af en politisk beslutning der er truffet i regionens sundhedsudvalg. Denne beslutning skal bringes til at leve i det nære sundhedsvæsen, hvilket bliver arbejdsgruppens opgave med udgangspunkt i kommissoriet, hvilket understreges af indledningen: "*Regionsrådet har den 22.juni 2021 godkendt oplægget "Alle skal med – Region Hovedstadens arbejde med nære og sammenhængende sundhedsvæsen". Hermed er det besluttet at regionens hospitaler skal tilbyde lægefagligbehandlingsansvar i 72 timer efter hospitalsbehandling til borgere, der modtager kommunal pleje"* (Bilag 2, side 1).

Rettens funktionssystem taler i den overordnede kode: Lov/ret. Denne kode kommer til udtryk flere steder i dokumentet, men starter selve dokumentet jf.: "*Regionsrådet har den 22.juni 2021 godkendt oplægget...*" (Bilag 2, side 1), hvor dokumentet konstitueres som juridisk dokument der danner grundlag for en fremtidig strategi. Der er ikke tale om et sundhedsfagligt behov der udmøntes i en vejledning. Dokumentet er undfanget som led i en politisk satsning.

Det tredje fremherskende funktionssystem er det *økonomiske*, som taler i økonomiens kode: penge, hvilket i denne sammenhæng udtrykkes i form af: ressourcer, betaling/økonomi og KPI'er. Det kommer meget direkte til udtryk, da det er anført som et selvstændigt punkt i dokumentet: "*Økonomi og ressourcer: Der laves et estimat på omkostningerne ved at løfte det lægefaglige behandlingsansvar for en given målgruppe...*" (bilag 2, side 2).

Der forventes en rationaliseringsgevinst, hvilket anføres som et mål: "*Der forventes også, at udvidet behandlingsansvar kan medvirke til at undgå unødvendige genindlæggelser. Der skal sættes klare mål for arbejdet med behandlingsansvaret, så hospitaler og kommuner kan følge om den ønskede effekt opnås"* (Bilag 2, side 2).

Dokumentet indeholder en række paradokser, hvor særligt et fravær af det sundhedsfaglige funktionssystem og kode er påfaldende. Der er en overrepræsentation af økonomiens, rettens og politikens funktionssystemer hvilket er markant. Koderne er rigt repræsenteret, men uden at være meget konkrete. Den sundhedsfaglig kode er ikke at finde i dokumentet selvom dokumentet får en meget gennemgribende sundhedsfaglig konsekvens hos både hospitaler, den praktiserende læge og kommunerne. Disse tre organisationer bliver udfordret af dokumentet, som meget direkte er retningsanvisende. For at komme i mål med den konkrete opgave, som beskrives i dokumentet kræves en ledelsesmæssig oversættelse som også kunne kalde på enten afpardoksering eller reparadoksering. Det er ikke klart endnu hvad konsekvensen vil blive, da tiltaget endnu ikke er implementeret. Jeg har medtaget dokumentet, da det er interessant i konteksten af aktuelle afhandling grundet dokumentets meget politiske ophav.

Dokumentet taler til en række stærke fagligheder i det nære sundhedsvæsen så som sygehusafdelinger/hospitalslæger, de praktiserende læger og de kommunale akutteams. Dokumentet skal tjene som juridisk fundament der understøtter en politisk ambition.

Magtens kode konkurrerer med lovens kode og økonomiens kode i dokumentet, men ingen af disse koder har konkurrence fra andre systemer eller koder. Der tales derfor kun i tre koder, som på den måde sætter dagsordenen i forhold til dokumentets modtager.

Intentionen med kommissoriet er at få lavet en implementeringsplan for den politiske ide: at hospitalet har ansvaret for patienter 3 døgn efter de er udskrevet. Regionsrådet ønsker en politisk dagsorden implementeret og dokumentet tjener således som styringsredskab for at minimere forskellen mellem den nuværende virkelighed og den kommende virkelighed, hvor velfærd gives en fortrinsret i form af mening, service og tryghed. Andet må vige – f.eks. det sundhedsfaglige, som ikke har fået tildelt en plads i dokumentet i form af et funktionssystem med medfølgende udtrykt kode. Det vil potentielt udfordre lederne i de meget sundhedsfaglige organisationer, som skal samarbejde i det nære sundhedsvæsen omkring den opgave, som nu lander. Opgaven er formuleret som værende silonedbrydende når man ser på det med borgerens/patientens briller, mens den er siloopbyggende når man kigger organisatorisk på opgaven. Opgaven forankres sundhedsfagligt på hospitalet – økonomisk i kommunen. Juraen på området er ikke klart defineret, da man i kommunen arbejder efter serviceloven mens hospitalet arbejder efter sundhedsloven. Den ledelsesmæssige opgave vil være udfordret da arbejdet kun kan løses ved at der samarbejdes på tværs af organisationerne samt ved at der sker en oversættelse sådan at dokumentets ønskede virkelighed kan bringes til at leve.

Dokument 3 (Bilag 3; i alt 18 sider): "Praksisplan for almen praksis 2021"

"Praksisplan for almen praksis 2021" er ikke et endeligt dokument, men et udspil til kommentering. Det er et dokument med mange koder. Det politiske funktionssystem og embedsværkets funktionssystem er de to funktionssystemer der i overvejende grad kommunikerer med koderne i dokumentet.

Magt kommunikerer af det politiske funktionssystem i form af magt der ønsker at ændre den aktuelle tilstand til noget der af borgeren skulle opleves som en forbedring og dermed "velfærd". Det kommunikerer løbende gennem hele dokumentet. Temaet er service og værdi for borgeren "... *behandlingen sker på en måde, så den giver størst mulig værdi for borgeren*" (Bilag 3, side 2); "*At det er let og hurtigt for borgeren i regionen at få kontakt til og behandling i almen praksis*" (Bilag 3, side 3). Det politiske funktionssystem er således gennemgående i dette dokument.

Det økonomiske funktionssystem og økonomiens kode rammesætter de praktiserende lægers rolle i det nære sundhedsvæsen: "*De praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende, der arbejder efter overenskomst med det offentlige. Indkomsten i almen praksis er overvejede aktivitetsbestemt (på baggrund af antal leverede overenskomstdydelser). Aftalesystemet understøtter dermed, at almen praksis leverer mange almenmedicinske ydelser...*" (Bilag 3, side 4)

"*I praksisplanen defineres rammen for de opgaver, som ønskes løst af almen praksis inden for regionen. Den konkrete udmøntning af denne ramme forudsætter, at der indgås aftaler med de praktiserende læger, hvor implementering og ressourcer aftales*" (Bilag 3, side 5).

Rettens kode viser sig i form af "Sundhedsloven" og begrebet "overenskomsten" (Bilag 3, side 6), hvor der laves en klar rammesætning for hvad der forventes af samarbejdet i det nære sundhedsvæsen med disse koder. Det anføres også at "*Almen praksis er selvstændige erhvervsdrivende og afgør, hvordan de hver især...*" (Bilag 3, side 9) – det er økonomiens kode der fortsat taler.

I slutningen af dokumentet får sundhedens funktionssystem plads og der fremføres "*kvalitet i behandlingen*", "*kvalitetsudviklingsarbejde i almen praksis*" og "*viden*" (Bilag 3, side 14).

Dokumentet sætter rammen for forventningen til samarbejdet mellem almen praksis og det øvrige nære sundhedsvæsen. Der er mange koder i spil i dokumentet og de taler i flere retninger, hvilket giver interessante paradokser:

Liberalt erhverv vs. Styret offentlig ydelse

Styring vs. fri udvikling

Faglighed vs. velfærd.

Der er et ønske om at bringe større grad af service, tilgængelighed, tryghed og dermed velfærd ind i tænkningen omkring almen praksis, som definatorisk er selvopfattet som et liberalt erhverv i et offentligt sundhedsvæsen. Dokumentet skal rammesætte de praktiserende lægers arbejde i det nære sundhedsvæsen sådan at de praktiserende læger knyttes tættere sammen med de øvrige "ikke liberale" organisationer. Denne rammesætning laves af det politiske funktionssystem med et ønske om at frembringe en mere smidig tværgående samarbejdsform, men redskabet der faciliterer silonedbrydningen, er økonomiens og rettens funktionssystemer. Der opstår paradoksalt nok nye siloer på den måde, da økonomi og jura virker afgrænsende idet man forankrer opgaver juridisk og økonomisk. Det betyder at andre ikke tales ind i opgaverne og på den vis reduceres samarbejdsmulighederne. Dokumentet åbner således op for større kompleksitet som lederne skal forholde sig til, da formalia fortsat ikke understøtter samarbejde på tværs mellem kommune, region og de praktiserende læger.

IDEALFORESTILLINGEN OM DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN

Dokument 4 (Bilag 4, i alt 27 sider): " Alle skal med – Region hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen".

Dokument 4 er et meget centralt dokument i opbygningen af det borgernære sundhedstilbud. Dokumentet danner et solidt udgangspunkt for Region Hovedstadens visionsarbejde med de forskellige organisationer i det nære sundhedsvæsen. Dokumentet er produktet af en regional beslutning, som *Center for Sundhed* har konkretiseret i dokumentet.

Dokumentet slår regionens målsætning fast på side 2 " *Region Hovedstaden har et overordnet mål om at skabe værdi for patienten og samtidig levere mest mulig sundhed for pengene*" (Bilag 4, side 2).

Det politiske funktionssystem er gennemgående, da dokumentet er slutproduktet af det politiske niveau arbejde med visionen for det nære sundhedsvæsen i regionhovedstaden. Dokumentet sætter retning for det øvrige strategiarbejde og angiver at organisationen skal styres i en ny retning jf: " *Region Hovedstaden har et overordnet mål om at skabe værdi for patienten og samtidig levere mest mulig sundhed for pengene*" (Bilag 4, side 2).

Det økonomiske funktionssystem er i store dele af dokumentet fraværende som rammesætter indtil i slutningen af dokumentet. " *Mål 6: Investeringer i det nære sundhedsvæsen, herunder i ledelse, kapacitet og implementeringskraft*" (bilag 4, side 23). Økonomien sættes ikke i spil som rammesætter eller begrænser, men som mulighed og potentiale jf. " *Værdibaseret sundhed og rammestyring er grundlag for omstilling*"

(Bilag 4, side 23). Der er ikke konkrete anvisninger i dokumentet på hvorledes man ønsker potentialerne realiseret eller hvorledes begrebet økonomi skal forvaltes. Det fremgår ikke af dokumentet at der er økonomiske grænser selvom der nødvendigvis må være dette. Det må også være en kendt præmis for afsenderne af dokumentet. Nu hvor der ikke sættes økonomiske grænser tillades en potentialiserende diskurs, hvor fremtiden har flere horisonter som vi styrer efter, hvilket ifølge Åkerstrøm Andersen er et vilkår, hvor den moderne organisation ikke lader sig begrænse - dvs. "*Organisationerne forventes hele tiden at konfrontere sig selv med en refleksion om, hvorvidt en given handling, ydelse eller procedure kunne gøres anderledes – kunne gentænkes. De saglige præmisser for at lede opløses dermed*" (Niels Åkerstrøm Andersen, Udkast til en præmisløs velfærdsledelsesfilosofi, 2014). Man undgår bevidst at lægge sig fast på den konkrete løsning, da der kan opstå en endnu bedre løsning i løbet af udviklings- eller implementeringsprocessen. Denne tilgang er ledelsesmæssigt udfordrende, da konkrete svar til medarbejdere og samarbejdspartnere er sværere at give – til gengæld åbnes et mulighedsrum, hvor man som leder får adgang til flere løsninger på eventuelle uforudsete udfordringer som måtte opstå.

Omsorgens funktionssystem kommer løbende til udtryk igennem dokumentet, hvor mennesket sættes i centrum: "*Et menneskeligt sundhedsvæsen, hvor borgere og patienter oplever et mere nært og sammenhængende sundhedsvæsen*" (Bilag 4, side 2). Der tales bort fra et ensidigt klinisk, fagligt samt driftsorienteret sundhedsvæsen og ind i et menneskeligt og tryghedsorienteret paradigme, hvor der tages afsæt i begrebet "behov", som i sagens natur er varierende mellem personer og livssituationer. Dette åbner op for en række paradokser der kommer til udtryk i dokumentet:

1. Er der økonomi til at forsørge alles behov? – og hvorledes håndteres denne økonomiske udfordring når nu finansieringen af sundhed ikke er behovsstyret, men aftale baseret og politisk bestemt.
2. Der vil være behov som sundhedsfagligt ikke giver mening. Det betyder at det nære sundhedsvæsen skal være behovsorienteret. Der vil også være borgere der har et sundhedsfagligt behov, men som ikke selv har erkendt dette behov. Hvad betyder det for begrebet "lighed"?
3. Hvis man er god til at gøre opmærksom på sine behov som person eller gruppe så får man mere sundhed end andre – hvorledes hænger det sammen med begrebet lighed i sundhed? Dokument 1 (Bilag 1) giver stemme til +60-årige i en kommune, men kommer det til at være på bekostning af andre?

Retssystemets kode er velrepræsenteret idet begrebet lighed i sundhed har megen plads i dokumentet og behandling/tiltag er aftaleforankret jf: "*Samordningsudvalgene har bl.a arbejdet med signaturprojekter under Sundhedsaftalen, fx IV-hjemmebehandling, aftale om kommunale akutfunktioner,*" (Bilag 4, side 3).

Lighed i sundhed har altid været sikret i det danske sundhedsvæsen og det har også en plads i dette dokument "*Mål 3: Lighed i sundhed og høj kvalitet i behandlingstilbud for alle*". Retssystemet sikrer at det basale aftalegrundlag er på plads. Dokumentet bygges op om en politisk vision som udtrykker et ønske om at ændre en tidligere lagt kurs for det nære sundhedsvæsen til en ny kurs, hvor der ønskes en indsats på tværs – det er i den ændring af jura og konkrete samarbejdsaftaler danner fundament.

Sundhedssystemet taler med den sundhedsfaglige kode i dokumentet og er bredt repræsenteret i hele dokumentet, men på en ukonkret måde og særligt mangler begrebet "høj faglig kvalitet" at blive klart defineret, da det bruges i en del sammenhænge, hvor jeg som sundhedsfaglig ekspert reelt er i tvivl om der tales om faglighed eller services - særligt når faglighed i italesættes på følgende måde: "*Regionen har stærke kompetencer, når det gælder at arbejde datadrevet, evidensbaseret og med høj faglig kvalitet.*" (Bilag 4, side 21). Her sondres der konkret i teksten mellem evidens/data og høj faglig kvalitet. I det sundhedsfaglige paradigme bygger høj faglig kvalitet netop på evidens og dermed data for om en behandling eller intervention giver sundhedsfaglig mening, hvilket er synonym med faglig kvalitet. Der opstår derfor et paradoks, hvor man som sundhedsfaglig person bliver i tvivl om hvilken faglighed der reelt er tale om. Omhandler dokumentet en anden faglighed end det sundhedsfaglige og i givet fald hvilken? Faglighed står som åbent begreb.

Det pædagogiske system taler i dannelseskoder om kompetenceløft hos patienter, hvor regionen skal være primus motor ved følgende: "*Hospitalet skal arbejde både med kompetencer hos sundhedsprofessionelle og hos patienten, når patienten skal tage mere aktiv del i behandlingen.*" (Bilag 4, side 21). Dette fremføres under afsnittet "*Nye kompetencer og patientinddragelse*". For at der kan forlanges et større ejerskab og involvering hos borgeren kræves det at borgeren og det nære sundhedsvæsen har relevante kompetencer, hvilket kræver en uddannelses indsats og derfor tales der også i undervisningens og uddannelsens koder. Disse koder er sideordnet med dokumentets øvrige koder. Uddannelse af alle parter i det nære sundhedsvæsen er på mange måder en forudsætning for at dokumentets intention kan gennemføres, da intentionen kræver noget "nyt" af alle parter og dermed andre kompetencer der ikke blot opstår af sig selv. Der er ikke en konkretisering af hvordan pædagogikkens system skal udfolde sig. Der er på samme måde, som ved faglighedens kode, ikke nogen der kan tage patent på dette – herved lades dannelsens kode stående åbent for input og aktørerne i det nære sundhedsvæsen får mulighed for at byde ind på denne opgave og give den mening. Det er ikke givet på forhånd hvilke kompetencer dette kalder på, hvilket giver et ledelsesmæssigt mulighedsrum, som kan benyttes.

Dokumentet indeholder en stor kompleksitet grundet de mange funktionssystemer. Dokumentet er ukonkret og fyldt med paradokser. Det lægger op til at være silonedbrydende, men henviser til aftaler der

er siloopbyggende – kommunalt arbejdes efter ”serviceloven” og regionalt efter ”sundhedsloven”. Disse love giver forskellige muligheder og begrænsninger i de forskellige sektorer og hermed bibeholdes siloerne og det tværgående umuliggøres. Der ønskes nye behandlingsmåder, men uden ”ny økonomi”. Der ønskes lighed i sundhed samtidig med at man vægter ”hvad der giver mening for den enkelte” og dermed stilles der krav til den enkelt om at kunne organisere sig i grupper (patientorganisationer) eller at den enkelte kan give udtryk for egne behov på en klar måde hos rette instanser. Den dynamik taler bort fra begrebet ”lighed” idet nogle borgere ikke har en interesseorganisation bag sig eller mangler evnen til at rammesætte egne behov.

Der tales om faglighed, men uden at det konkretiseres og derfor kan faglighed betyde noget forskelligt afhængigt af om man er borger, kommunal ansat, embedsværk eller ansat på et hospital. Hvis faglighed opfattes som værende en kerneværdi giver den manglende definition af begrebet alle interessenter mulighed for at se sig ind i fagligheden med, hver sin faglighed. På den måde tilbyder dokumentet en betydelig frihed for interessenterne, men det fratager også afsenderen muligheden for at sætte en faglig retning.

At dokumentet ikke præcist er definerende omkring, hvad de enkelte koder kommunikerer giver organisationens ledere mulighed for definerer netop deres bud på hvorledes den økonomiske ramme sættes, hvorledes opfattes ”faglighed” hos os, hvorledes ønsker vi at bedrive sundhedspædagogik og kompetenceudvikling. Dokumentet tilbyder således et frit ledelsesrum, men samtidig stilles der krav om at den enkelte leder udfylder dette rum med hvad der i organisationen og netværket giver mening for borger og patient samt medarbejder.

Dokumentet er et styringsredskab der sætter en værdipolitisk retning mod det værdibaserede sundhedsbegreb og bevæger organisationerne væk et NPM-paradigme hen mod NPG-blik på forvaltning og eksekvering af opgaver.

IDEALFORESTILLINGEN OM SAMMENHÆNG PÅ TVÆRS

Dokument 5 (Bilag 5; i alt 9 sider): ”Samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner i Region Hovedstaden.”

Dokument 5 er en samarbejdsaftale, hvor silotænkning skal minimeres og ikke optræder som en barriere for forløbene. Det anføres under punktet ”*Formålet med nærværende samarbejdsaftale er at sikre høj kvalitet, patientsikkerhed og sammenhæng i forløb for borgere i den kommunale akutfunktion i hjemmesygeplejen (...). Dette via et velfungerende samarbejde mellem hospitaler, Region Hovedstadens*

Akutberedskab (herefter 1813), almen praksis og de kommunale akutfunktioner" (Bilag 5, side 3).

Dokumentet er præget af: Rettens funktionssystem. Der kommunikeres med koder relateret til dette funktionssystemer.

Der er løbende gennem hele dokumentet redegjort for, hvem der retsligt har hvilke opgaver som følge af de enkelte organisationers bureaukratiske placering i forhold til hinanden. Disse ansvarsfordelinger er meget skematisk angivet gennem dokumentet "*2.1 Henvisninger og visitation*", "*2.2 Det lægefaglige behandlingsansvar*", "*2.3 Delegation*" (Bilag 5, side 5) og så fremdeles. Afslutningsvist anføres punkt 3.3 "*Tvist*", hvor der anføres, hvorledes en uenighed løses.

Dokumentet er på sin vis meget klart, da det ikke er præget af betydende polyfone koder – der er et funktionssystem i spil. Funktionssystemet kommunikerer i et klart juridisk sprog, hvor aftaler listes op. Paradokset er dog at der kommunikeres samarbejde på en sådan måde at det fremstår meget bureaukratisk og regelbundet, hvor regler og forordninger samt delegeringer kommer til at stå i vejen for samarbejdet og den silonedbrydende intention. Der kommanderes silonedbrydning på en siloopbyggende måde. Der er et absolut fravær af det sundhedsfaglige funktionssystem som kunne tale faglighedens kode og være stemmen der advokerede for om der var faglig mening i samarbejdet samt være faciliterende med hensyn til at nedbryde siloer og skabe tværgående forløb.

Medarbejderne i det nære sundhedsvæsen beskrives som samarbejdes- og sparringspartnere:

"Medarbejderne i de kommunale akutfunktioner er samarbejds- og sparringspartnere for de behandlingsansvarlige læger (praktiserende læger, 1813-læger og hospitalslæger) og det kommunale plejepersonale i fx hjemmesygeplejen, hjemmeplejen, plejecentre og botilbud." (Bilag 5, side 4), men dokumentet er en kontraktliggørelse af relationerne. Relationerne forankres i en juridisk funderet aftale eller en defineret opgave på baggrund af en organisatorisk afgrænsning. I den ramme forlanger dokumentet at aktørerne arbejder på tværs og på uformel vis agerer "*sparringspartnere*" (Bilag 5, side 4), hvilket står i en kontrast det meget kontrakttunge dokument.

Dokumentet må opfattes som en styringsteknologi der ved hjælp af rettens funktionssystem beordre gnidningsløst samarbejde på tværs af siloer.

DELKONKLUSION EFTER GENNEMGANG AF DE 5 DOKUMENTER.

Jeg har analyseret de fem forskellige idealforestillinger om et nært og sammenhængende sundhedsvæsen - for dominerende funktionssystemer og korresponderende koder med en opmærksomhed på paradokser, som måtte være indlejret i dokumenterne.

Dokumenterne har et indbyrdes hierarki således at forstå at nøgle dokumentet er dokument 4 (Bilag 4), som danner fundament for den gennemgribende vision for det fremtidige nære sundhedsvæsen i Region Hovedstaden, hvor man basalt set ønsker to ting indført:

1. Værdibaseret ledelse og drift.
2. Tværgående og sammenhængende sundhedstilbud for alle.

Dokument 2, 3 og 5 (Bilag 2, 3 og 5) står på skuldrene af dokument 4. Dokument 1 er at opfatte som et politisk indspil fra en interesseorganisation og er på den måde interessant, da det giver udtryk for en borgergruppes syn på behov, ansvar og samarbejde i det nære sundhedsvæsen.

Dokumenterne er overordnet set ukonkrete i deres beskrivelse af hvordan problemstillinger ønskes løst – ofte indeholder dokumenterne paradokser, som kalder på ledelsesmæssig stillingtagen for at dokumenterne bringes i spil i dagligdagen. At dokumenterne ikke er meget præcise i hvorledes en løsning skal eksekveres efterlader rum til fortolkning, hvilket kan omsættes til et friere ledelsesrum.

Både funktionssystemer og paradokser kan med fordel anvendes strategisk og her bliver oversættelse af funktionssystemernes koder interessante hvilket undersøge i de semistrukturerede interviews.

Ved at sammenholde dokumentanalyse og analyse af de indsamlede interviews vil jeg belyse min problemformulering. I det kommende afsnit vil jeg holde fokus på henholdsvis gennemgående og udeladte funktionssystemer på tværs af dokumentanalysen. Det er interessant fordi dokumenterne er meget ens i udformning, hvilket formentligt skyldes at de er skrevet, som led i en strategisk kommunikation.

Dokumenterne er dog alle skrevet med en intention om værdi for borgeren/patienten og med et ønske om silonedbrydning med henblik på tværgående samarbejde. Dette kunne med fordel aktivere en relationel tilgang til problemstillingen, hvilket hverken det politiske funktionssystem eller rettens kode er særligt velegnet til. Det er dog disse to koder: magt og ret der er gennemgående.

GEMMEMGÅENDE- OG UDELADTE- FUNKTIONSSYSTEMER.

På tværs af de fem dokumenter er der to funktionssystemer som er bredt repræsenteret og dermed kan opfattes som værende gennemgående.

Det politiske funktionssystem, kommer til udtryk i dokument 1, 2, 3 og 4 (Bilag 1-3 og 4). Dette funktionssystem har koden: *Magt* som søger at skabe *velfærd*.

Begrebet velfærd skrives ind i dokumenterne som: meningsdannelse for borger/patient, service og tryghed. Disse ting bliver delprodukter af hvad der produceres i det nære sundhedsvæsen. Der er en fælles anvendelse af det politiske funktionssystem på tværs af dokumenterne uanset om det drejer sig om en interesseorganisation (dokument 1: "Allerød seniorråd") eller det drejer sig om regionens overgribende strategi dokument (dokument 4: "Alle skal med – Region hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen"). Fælles for dokumenterne er at de alle er ukonkrete i deres tilgang til, hvordan den øgede/bedre velfærd skal være udført. Der er ikke konkrete anvisninger på hvad der ligger i begreber som "værdi" eller "mening". Der udstikkes en retning som forventes fulgt af de politisk ledede organisationer når de arbejder ud i det nære sundhedsvæsen. Den enkelte organisation må selv konkretisere begreberne "værdi" og "mening" og der gives ikke bud på hvorledes denne konkretisering skal ske. Konkretiseringen kan ske lokalt i den enkelte organisation eller i et samspil med de andre aktører i det nære sundhedsvæsen – evt. ved inddragelse af patienterne. Denne løse kobling åbner op for muligheder, men giver ikke svar. Modtageren af dokumentet efterlades derfor med opgaven at berige begreberne med indhold.

Der er mulighed for at begrebet "tryghed", "mening", "værdi" opfattes forskelligt afhængigt af om man er embedsmand i regionen, borger i en kommune eller sundhedsfagligt personale på et hospital. På trods af kodesammenfald kan der være forskellighed i afkodningen, da ingen af dokumenterne beskriver de anvendte begreber mere konkret.

*Retten*s funktionssystem udtrykker sig i dokument 2, 4, og 5 (Bilag 2, 4-5). Der tales her i en enslydende kode svt. lov/ret og lighed. Disse ting kommunikerer meget sammenligneligt og uafhængigt af dokumenterne, hvor der fremdrages eksempler på bindende aftaler og jura. Funktionssystemet bruges til at understøtte det politiske funktionssystem således at der dannes et fundament for de politiske intentioner.

Dokument 2, 4, og 5 er alle af orienterende karakter og afsendt fra centrale politiske hold eller centrale organisationer med en hensigt om at styre de øvrige aktører i det nære sundhedsvæsen i én bestemt retning. Der er indtryk af en klar intention om at sikre værdi for borgeren/patienten samt at nedbryde siloer og fremme konceptet med at tænke tværgående uafhængigt af om borgeren/patienten er hjemme,

på hospitalet eller på en kommunal døgnplads. Rettens kode er klar, da der henvises til enten indgåede aftaler eller beslutninger der for organisationerne er bindende. Koden giver derfor ikke plads til fortolkning, hverken hos afsender eller modtager.

De tre dokumenter udmærker sig ved at have en klar styringsintention og rettens funktionssystem bruges til at mindske forskellen mellem aktuelle praksis og den ønskede praksis. Rettens funktionssystem understøtter det politiske funktionssystem sådan at rettens kode hjælper med at få eksekveret den ønskede politiske beslutning.

Dokumenterne er ukonkrete med hensyn til, hvorledes de enkelte organisationer i det nære sundhedsvæsen skal nå frem til den ønskede måde at arbejde på, men er klare på selv budskabet at det skal ske ved at sikre silonebrydning og tværgående forløb med samarbejde på tværs. Disse tre ting skrives frem i dokumenterne og "beordres" udført ved hjælp af rettens funktionssystem, hvilket fremstår paradoksalt når det læses ind i en almindelig virkelighed, hvor der er en række konkrete forhindring der bevirker at intentionen er svær – eller umulig - at føre ud i livet.

På tværs af de fem dokumenter er der nogle funktionssystemer der ikke er repræsenteret eller givet meget lidt plads, hvilket i sig selv har en pointe både med hensyn til hvad der gives signifikans og hvilken konsekvens dette måtte have. Politik, jura og økonomi gives signifikans – mens der ønskes mening og værdi.

Kærlighedens system kommunikerer i koden elsket/ikke elsket. Det *pædagogiske funktionssystem* der bruger koderne bedre/dårligere er ikke bragt i spil. *Omsorgens funktionssystem* der kommunikerer i koderne hjælp/ikke hjælp er fraværende. Samtidig ønskes "mening", "værdi", "lighed" og samarbejde på tværs af siloer.

Kærlighedens funktionssystem anvendes i venskaber og familier, hvor relationer er væsentlige. Målbilledet for det nære sundhedsvæsen er at det skal opfattes som én enhed for de involverede organisationer og borgere/patienter, hvor samarbejdsrelationen er smidig og ikke afgrænset – her kunne kærlighedens funktionssystem have spillet en rolle i dokumenterne ved at kommunikerer ønsket om relationer samt tillid på tværs mellem organisationerne. Det tværgående samarbejde kommunikerer via retssystemet, hvor man faciliterer det politiske ønske om tværgående samarbejde ved at pålægge en organisation et juridisk ansvar for opfølgning og behandling i en anden organisation, hvilket blandt andet kommer til udtryk her:

"Kommissorium for arbejdsgruppe om model for behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling samt implementering af ordningen" (Bilag 2). Her gives en opgave til hospitalet som skal orkestreres sådan at det kan udføres i en anden "silo"(kommunen). Der ønskes et samarbejde på tværs, men vejen derhen går

ikke via relations dannelse. Organisationerne bringes sammen ved at der laves et politisk indgreb der understøttes med jura, hvorefter det forventes at tillid og relationel koordinering opstår.

Det pædagogiske system har ikke fundet en fremtrædende plads i dokumenterne. Det pædagogiske funktionssystem kunne have en plads i indsatsen overfor borger/patient i form af information om muligheder og pligter i den nye kontekst og tilsvarende for de fagprofessionelle – herunder embedsværket som skal agere i det nære sundhedsvæsen. Det betyder at ændringer og styring af aktørerne i det nære sundhedsvæsen primært sker via det politiske system, hvis medie er magt og koden styret/ikke styret jf (Pors, Samfundets uddifferentiering, 2018). I det omfang det politiske system ikke anvendes som styringsværktøj anvendes rettens funktionssystem, som ved hjælp af lov og ret markerer en ændring fra aktuelle praksis frem mod den ønskede praksis i det nære sundhedsvæsen. Der er et ønske om at skabe mening, men dette gøres udenom det pædagogiske funktionssystem, som vanligt er redskabet til meningsskabelse ved eksempel vis en pædagogisk indsats på et område. Dette område kunne være relateret til de tværgående organisatoriske relationer eller borger/patient relateret.

Det væsentlige er om forløbet opleves ideelt af den enkelte borger/patient og ikke om en KPI opnås eller om en ydelse sker i overensstemmelse med serviceloven eller sundhedsloven. Omsorgens funktionssystem kunne med koden hjælp/ikke hjælp supplere det pædagogiske funktionssystem og kærlighedens funktionssystem. Omsorgens funktionssystem kunne mediere inklusion på to niveauer. Der kunne ske en fagprofessionel inklusion på tværs af siloer og der kunne ske en borger/patient inklusion i det nære sundhedsvæsen.

Med udgangspunkt i borgeren/patienten ville det, i en NPG-kontekst give, mening at anvende de tre nævnte funktionssystemer som gennemgående funktionssystemer i de retningsættende dokumenter, da det kunne understrege ønsket om paradigmeskifte og sætte fokus på hvilke værdier regionen giver prioritet i det endelige målbillede for det nære sundhedsvæsen. Det ville give en kongruens mellem kodevalg og den intention man ønsker at kommunikere. Det kunne samtidig markere et klart skifte fra NPM til NPG. Der ønskes et skifte fra det siloopdelte og økonomistyrrede til noget borgernært og meningsbestemt, men der bruges redskaber der taler ind i en fortsat silo opdelt governance struktur.

Med andre ord: dokumenterne er styringsredskaber der anvender magt og jura til at skabe relation og samarbejde, hvilket giver en række paradokser, da magt og jura ikke er koder, der kan synliggøre og lede på omsorgsfulde, lærende og kærlige relationer.

DE SKABTE PARADOKSER

I den foreløbige dokumentanalyse har jeg analyseret de enkelte dokumenter, jeg har set på hvilke funktionssystemer og koder der har fået plads i dokumenterne samt hvilke der ikke er givet plads. Brugen af funktionssystemer er med til at forme de paradokser, som er repræsenteret i dokumenterne. Der vil også være en række paradokser, som fremkommer når dokumenterne gøres operationelle i forbindelse med at de anvendes i den daglige ledelsespraksis.

Jeg har valgt at have fokus på tre generelle paradokser som kan genfindes i dokument 2-5 (Bilag 2-5) – disse paradokser vil jeg beskrive i det følgende.

FAGLIGHEDS PARADOKS

Faglighed konkretiseres ikke ellers udelades det. Det fremstår som et paradoks at der forfattes dokumenter, hvor begrebet faglighed enten er fraværende og dermed antages underforstået eller står som en "tom" betegnelse. Faglighed som begreb opfattes også forskelligt afhængigt af om man er lægmand eller sundhedsprofessionel. Der er derfor rig lejlighed til fortolkning når dokumenterne læses og derved opstår paradokserne.

Alle de valgte dokumenter taler til fagprofessionelle enten sundhedsfaglige eller i centraladministrationen. Dokument 2, 3, 4, og 5 (Bilag 2-5) er skrevet af fagprofessionelle med indsigt i jura, organisationsopbygning, økonomi og de sundhedsfaglige problemstillinger. Dokument nr 1 (Bilag 1) adskiller sig på dette punkt, da det er skrevet af lægmand til de fagprofessionelle enten sundhedsfaglige eller politiske – men intentionen er fortsat et ønske om styring og dokumentet er således et styringsredskab på lige fod med de øvrige dokumenter.

Idet dokumenterne alle kan ses som overlagt kommunikation må fraværet af faglighed eller uklarheden omkring begrebet være af en grund. Fænomenet kan forklares ved at det offentlige kan opfattes som en kommunikationsafsøgende organisation, hvor faglighed og kerneopgave ikke er en entydig størrelse mere jf. følgende citat fra Åkerstørm Andersen og Pors: *"Når der i dag i den offentlige sektor efterlyses et fornyet fokus på kerneopgaven, så er det altså netop, fordi velfærdsorganisationerne for altid har mistet muligheden for at have et entydigt og enkelt forhold til, hvad deres kerneopgave er."* (Pors, Den kommunikationsafsøgende organisation, 2018). Der kan med andre ord være mange fagligheder i spil og de skal alle kunne se sig ind i kerneopgaven, hvorfor denne er løst defineret. Paradokset med faglighedens fravær giver muligheder i stedet for bindinger, men kan også give anledning til uklarheder og frustration. På

den ene side gives mulighed for at mange kan se sig ind i begrebet – på den anden side kommer der en konkurrence om begrebet.

Der kan således placeres forskellig mening i begrebet faglighed afhængigt af hvilken position man indtager. Er man kommunalt ansat sundhedsperson vil faglighed give én mening i forhold til hvis man er hospitalsansat. På samme måde som begrebet faglighed for en proceskonsulent i regionens *Center for Sundhed* vil have en anden mening i den sundhedsfaglige kontekst.

JURAEENS PARADOKS

I de fire dokumenter (Bilag 2-5) dikteres det tværgående samarbejde af både det juridiske funktionssystem og det økonomiske funktionssystem.

Der skabes et umiddelbart paradoks i dokumenterne, da juraen ikke understøtter tværgående samarbejde, men samtidig diktere samarbejde på tværs. Juraen beskriver lov/ret, men sundhedsvæsenet skal nu styres efter "behov" og, hvad der giver "mening" for den enkelte. Samtidig skal det nære sundhedsvæsen levere "lighed i sundhed". Begrebet mening er ikke konkretiseret og kan på samme vis som begrebet faglighed gives forskelligt indhold afhængigt af om man er kommunalt ansat, patient/borger eller regionalt ansat. Meningsbegrebet er ligesom faglighed, løst koblet. Mening er et flydende begreb, som gøres centralt og gennemgående, hvorfor der kommer et juridisk paradoks idet hverken lovgivning eller aftaler på området understøtter den ønskede udvikling og på den måde efterlades det nære sundhedsvæsen med et juridisk paradoks, da man ikke kan lovgive sig til mening eller behov.

ØKONOMIENS PARADOKS

Økonomi er ikke konkretiseret i dokumenterne, hverken med hensyn til om systemet tilføres penge eller om der sker en refordeling indenfor den allerede fastlagte ramme eller hvorledes økonomi overordnet forstås. Region Hovedstaden angiver i dokument 4, side 2 (Bilag 4) det overordnede mål: "... har et overordnet mål om at skabe værdi for patienten og samtidig levere mest mulig sundhed for pengene". Kommuner og regioner har hver deres budget. De praktiserende læger er ydelsesstyret og opfattes som et liberalt erhverv med en offentlig forpligtigelse med hensyn til at levere en række ydelser, som de honoreres for. Økonomien bliver på samme måde som faglighed og mening løst koblet og forbliver ukonkret med hensyn til fordeling og omfang. Der opstår derfor et økonomisk paradoks, hvor begrebet "mening" kan anvendes til at tilføjer økonomi til en af aktørerne i det nære sundhedsvæsen, hvilket indbyder til en flydende økonomiforståelse på tværs af sektorer. Dette koncept er for nuværende ikke understøttet af, hverken de organisatoriske hierarkier mellem stat, region og kommune og det er ej heller juridisk knæsat.

Derfor fremstår økonomien som et paradoks i dokumenterne og i det nære sundhedsvæsen, da økonomien i sidste ende er meget afgørende uanset begreber som mening og værdi.

DET KALDER PÅ FORTOLKNING.

Paradokserne er skrevet tydeligt frem i de analyserede dokumenter. Fortolkningen af dokumenterne afhænger af den position hvorfra et dokument læses. Hvis man arbejder i en stabsfunktion på akuthospitalet, vil man forstå økonomi, jura og faglighed på en anden måde end hvis man er udekørende sygeplejerske i et kommunalt akuttilbud. Hvorledes paradokserne håndteres -afparadokseres eller reparadokseres jf Rennison (Rennison, 2017) kan ikke læses ud af dokumenterne.

Samlet set kræver dokumenterne en fortolkning for at kunne komme til at leve i organisationerne – det uanset om det drejer sig om dokumentet fra en interesseorganisation eller om det drejer sig om regionens nøgle dokument. Hvorledes dette gribes an i de forskellige organisationer undersøges gennem mine interviews.

ANALYSE AF semistrukturerede interviews

Jeg har gennemgået alle fire interviews og analyseret dem for anvendte funktionssystemer, koder og opståede paradokser. Jeg anvender det samme teoretiske ståsted ved analysen af interviewene som jeg anvendte i forbindelse med analysen af dokumenterne. De fire interviews har en række gennemgående temaer, som viste sig ved den komparative analyse af materialet. Jeg vil i min analyse undersøge disse generelle nedslagspunkter – det betegnes: Nøgletemaer.

Nøgletemaer:

1. Det nære sundhedsvæsen.
2. Det politiske paradoks.
3. Flere virkeligheder.
4. At nedbryde siloer.
5. Økonomi som showstopper.
6. Borgerens rolle og forventninger.

Jeg vil dykke ned i de enkelte nedslagspunkter i det følgende.

Alle interviewpersonerne er bevidste om at de arbejder i et politiskstyret netværk af forskellige organisationer, samt at der ligger nogle overordnede rammeaftaler for organisationerne. Jeg tager for givet at personerne er bekendt med dokument 2, 3, 4 og 5 (Bilag 2-5) i det disse dokumenter har været cirkuleret

i en bred kreds, hvor interviewpersonerne vil være en del af denne kreds enten grundet deres sundhedsfaglige arbejde eller arbejde med organisationsudvikling. De enkelte temaer og beslutninger som fremføres i dokumenterne dukker løbende op i de enkelte interviews og det er således tydeligt at dokumenterne er en samlende fællesstøtsted. Det er også tydeligt at koderne, som kommunikerer i dokumenterne, oversættes på forskellig vis hos de enkelte interview personer – det til trods fremkommer nøgletemaerne. Interviewene giver et ledelsesmæssigt blik på hvorledes koderne i dokumenterne forstås og hvorledes eventuelle paradokser håndteres.

DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN.

Hvad er det nære sundhedsvæsen? Alle 4 interviews er karakteriseret af en betydelig usikkerhed om hvad det nære sundhedsvæsen egentligt er og hvad dets opgave er. Det nære sundhedsvæsen opfattes ikke som en velafgrænset enhed som er klart defineret. Denne usikkerhed er meget overraskende, da alle interviewpersonerne har berøring med det nære sundhedsvæsen samt at det faktum at ”det nære sundhedsvæsen” kommunikerer, som et solidt og fasttømret brand fra både region, kommune og PLO. Det er derfor et væsentligt og grundlæggende opmærksomhedspunkt at aktørerne der skal samarbejde på tværs, skal kende opgaver og rollefordeling.

Der er en overordnet forståelse for at det er borgernært, men hvilken rolle henholdsvis kommune, praktiserende læge, akutberedskabet og akuthospitalet måtte have er uklart og forskelligt afhængig af hvilken position der bliver talt fra. Der er heller ikke enighed om hvem det nære sundhedsvæsen omfatter. Det udtrykkes på følgende måde:

Interviewperson 1 (kommunalt forankret leder): *”Jeg tror jeg kigger på det nære sundhedsvæsen på den måde at det er alt det, som ikke er sygehuset”* (Bilag 6, side 2).

Interviewperson 2 (Viceborgmester): *”..., så vil det nære sundhedsvæsen være det, der er allertættest på borgerne, det vil være det som kommunen har med at gøre. [...] Men jeg ser det – og jeg tror også der er en stigende opfattelse af – at det nære sundhedsvæsen er meget mere.”* (Bilag 7, side 1)

Interviewperson 3 (Praktiserende læge): *”det nære sundhedsvæsen er jo faktisk noget man kan tage udgangspunkt i almen praksis, fordi i almen praksis har vi næsten altid været det nære sundhedsvæsen”* (Bilag 8, side 1).

Interviewperson 4 (Sektionschef i akutberedskabet): *”For mig er det nære sundhedsvæsen i virkeligheden rigtigt mange ting, og for mig er det et begreb i virkeligheden ikke særligt skarpt defineret. Det er et begreb*

[..]. Og så det dér med det nære sundhedsvæsen, det er jo noget som utroligt mange tager patent på lige nu, eller vil have en aktie i – det er jo det nye buzzword!” (Bilag 9, side 1).

Jeg er, som sådan ikke en interviewperson, men skulle jeg spille min egen position ind i spørgsmålet – så vil jeg sige at vi i akutafdelingen ser os som værende en krumtap i det nære sundhedsvæsen. Vi er passende egocentreret, så vores blik på det nære sundhedsvæsen er, at vi sidder centralt, som en edderkop i et spindelvæv der rækker ud i kommunen, til den praktiserende læge og i borgerens hjem. Jeg ville dog, også være usikker på hvor vores edderkoppespind reelt fæstnes.

Det nære sundhedsvæsen er løst defineret af aktørerne og forståelsesrammen spænder fra det konkrete til at være ”et begreb”, hvor der ikke er muligt af finde en entydig afgrænsning. Det er således interessant at forståelsen af rammen ikke er fast defineret samtidig med at der er en forventning om et tværgående samarbejde indenfor den pågældende ramme.

I mit masterprojekt har jeg medtaget fem dokumenter. Dokument 1 (Bilag 1) er et udtryk for den ældre borgers forventning til det samarbejde der burde være mellem kommune og hospital samt en opmærksomhed på noget som ikke er fungerende. I dokumentet skrives begrebet det nære sundhedsvæsen frem som noget der er alle bekendt og lokaliseret i kommunen. ”*Henvendelsen drejer sig om sektorovergangen fra hospital til det nære sundhedsvæsen i kommunen*” (Bilag 1, side 1). Der er her en entydighed med hensyn til organisatorisk allokering og forankring. Det nære sundhedsvæsen er forankret uden for hospitalet og således dekoblet fra blandt andet min organisation, som er akutafdelingen. I de øvrige dokumenter er det nære sundhedsvæsen ikke nærmere defineret men det er fremført som en velafgrænset og bekendt størrelse med en overordnet opgave indenfor sundhed. Det udtrykkes ex. vis i dokument 4 (Bilag 4, side 1), hvor overskriften ”*Vi står på et godt fundament af erfaring med udvikling af det nære og sammenhængende sundhedsvæsen*”.

Der er en betydelig forskel mellem hvad der er den organisatoriske og politiske opfattelse af det nære sundhedsvæsens afgrænselighed og definition. Der er også en betydelig forskel i opfattelsen på tværs af interviewpersonerne med hensyn til den organisatoriske afgrænsning og opgaveporteføljen i det nære sundhedsvæsen. Det nære sundhedsvæsen og placeringen af dets opgaver antages at være kendt og afgrænset, men viser sig at være dårligt afgrænset når det rammer virkeligheden og ikke som sådan entydigt forankret.

Alle interviewpersonerne udtrykker det nære sundhedsvæsen som er metabegreb af konstruktivistisk karakter eksemplificeret i følgende citat: ”*Og når vi er i et spændingsfelt hvor vi ikke altid helt kan enes [...] så kan vi da altid i det mindste enes om at der så noget vi skal løse i noget der hedder det nære*

sundhedsvæsen” (Interviewperson 4, bilag 9, side 2). Her bliver det nære sundhedsvæsen en konstruktion for konflikthåndtering mellem organisationer og en løsningsmekanisme for noget uløseligt.

Grundet den manglende fællesforståelse på tværs af personer og organisationer åbnes der op for flere fortolkninger af begrebet ”det nære sundhedsvæsen”. Det er med til at gøre opgaveafgrænsningen besværlig for de fagprofessionelle og øvrige aktører i det nære sundhedsvæsen, hvor der er en enighed om at opgaverne er borgernære, men det er uklart hvor disse opgaver egentlig er forankret. Omvendt tilbyder den løse og ukonkrete definition et mulighedsrum til de forskellige aktører. Der er således mulighed for at man kan melde sig ind eller ud af en opgave – eller kollektivt rammesætte et samarbejde sådan at det netop giver mening både sundhedsfagligt og for borger/patient. Den potentialiserende organisation, som det nære sundhedsvæsen kan opfattes som, tilbyder et ledelsesrum der kan udfyldes.

DET POLITISKE PARADOKS.

Det politiske funktionssystem er rigt repræsenteret i alle fire interviews – der er en bevidsthed om at det nære sundhedsvæsens rammer er politisk konstrueret og at man arbejder indenfor disse rammer, hvilket kommer frem i følgende citat der rammesætter vilkåret: *”Jammen altså, for nu at citere en forhenværende statsminister, som sagde: Det der er nært, det skal ikke være svært – men for mig, så er det nære lige præcis det svære”* (Interviewperson 4, bilag 9 side 1). Citatet er taget ud af en kontekst hvor det nære sundhedsvæsens kompleksitetsgrad understreges og diskuteres. Citatet favner de fire interview personers blik på opgaven –at opgaven er uhyre kompleks og at ”ikke svært” ikke er det samme som: Let. Interviewpersonen ønsker en politisk stillingtagen til denne kompleksitet, hvilket også udtrykker sig ved et samlet ønske om at politikerne bliver konkrete omkring hvilke opgaver der ønskes løst i det nære sundhedsvæsen og af hvem. Kompleksiteten ønskes reduceret ved at der sker en konkretisering. Der er et ønske om et klarer politisk lederskab jf citat fra interviewperson 2 *” Min forventning er i hvert fald at det politiske niveau i regionerne, og især praktiserende læger (PLO), også melder sig meget, meget konstruktivt ind i kampen i forhold til at få skabt et godt sundhedstilbud for borgerne”* (Interviewperson 2, bilag 7, side 6). En større grad af styring vil ifølge Luhmann afføde en større grad af ustyrlighed, da konkretisering vil danne grundlag for nye uklarheder.

Der er en gennemgående fælles forståelse blandt interviewpersonerne der tilsiger at det politiske funktionssystem og bureaukratiske funktionssystem spænder ben for at opgaven udføres, hvilket udtrykkes i følgende citat: *”Man slår sig på det fagpolitiske. Og så slår man sig på det politiske,”* (Interviewperson 1, bilag 6, side 7). Udsagnet udspringer af den problematik der opstår når man nedbryder siloer/arbejder med tværgående forløb, som overskrider enten snitflader mellem faggrupper eller snitflader mellem

forvaltninger. Interviewpersonen, som er ansat i Kommunernes Landsforening, angiver at der mangler både et fagpolitisk og et politisk/juridisk fundament der gør det muligt at have et gnidningsfrit tværgående arbejde med patienten/borgeren i centrum jf. at "man slår sig". Der er en konflikt mellem de politiske udmeldinger – som anført i dokument 2- 5 (Bilag 2-5) og den virkelighed interviewpersonerne giver udtryk for de skal arbejde ud i. Politik og jura bliver et vilkår man arbejder uden om for at skabe forløb der giver faglig og patient oplevet mening.

FLERE VIRKELIGHEDER.

Der opleves en stor forskel mellem den politiske virkelighed og den oplevede virkelighed.

Interviewpersonerne giver alle udtryk for at den politiske virkelighed behøver omformning for at kunne passe ind i den oplevede virkelighed. At lave den oversættelse opfattes generelt af interviewpersonerne som "lederskab" og dette udtrykkes på forskellig vis i interviewene. Interviewperson 1 angiver det nødvendige lederskab således: *"Jeg har altid ment at ledelse handler om at kunne stå alene ret meget, og turde gøre nogle ting anderledes. [...]Og har man både en styrke og en faglighed der gør at de beslutninger man træffer, giver mening både på den ene (læs: i dagligdagen) og den anden måde (læs: politisk)"* (Bilag 6, side 10). Intentionerne, som de skrives frem i dokumenterne, kræver oversættelse for at kunne leve i virkeligheden og den oversættelse skal komme fra lederen.

I alle de udførte interviews angives, at de politiske udmeldinger er passende ukonkrete og der vælges en pragmatisk tilgang til oversættelsen af disse til hverdagspraksis. Alle samarbejdsrelationer uanset om det er på administrativt plan eller udførende praktisk plan er båret af det personlige og relationelle på forskellige operationelle niveauer: *"Vi kender jo vores hjemmesygeplejersker, ved navn og udseende og vi holder tit møder, eller ikke møder, vi har jo tit de her sygebesøg i hjemmet med de her hjemmesygeplejersker her og har relationer til dem."* (Interviewperson 3, bilag 8, side 10). Det kommunale samarbejde mellem almen praksis og kommunen beskrives på det relationelle plan som ukompliceret mens det politiske og juridiske plan er komplekst og besværligt – det er udtrykt som *"noget man slår sig på"*, som anført tidligere.

Der opstår en dobbelthed, hvor der er markant forskel på hvad der skrives i dokumenterne, tales om ved møderne og udleves. Det eksemplificeres her i spørgsmålet til mig i løbet af et interview: *"bliver du ikke klædt på fra dit bagland en gang i mellem, og du skal gå ud og agere, altså hvad der er virksomhedens tilgang til det [...]. Og der er jo der hvor der nogle gange går politik i det"* (Interviewperson 4, bilag 9 side 11). Udenfor mødelokalet omsættes politikken til virkelighed i ex. vis det nære sundhedsvæsen i en relationel opgaveløsning mellem mennesker der arbejder i et fagprofessionelt felt – dvs. der er en forskel

på hvad vi skriver i dokumenterne og hvorledes vi udlever beslutningerne. Det er i den oversættelse håndtering af paradokser bliver tydeligt.

Der er en opmærksomhed omkring at den politiske og juridiske kode skal oversættes. Interviewpersonerne angiver at et sammenhængende nært sundhedstilbud ikke kan skabes effektivt ved hjælp af politik og jura, men at relationer er meget væsentlige. Der er en viden om at der skal andre funktionssystemer i spil end hvad der er anvendt i dokumenterne. Interviewperson 2 siger det: *"Jeg tror at man kunne have gavn af to ting. Det ene er det politiske niveau, at man får sat regionsrådsformand og borgmester sammen mere forpligtende. Og så tror jeg også det kunne være gavnligt hvis man havde en lidt større udveksling af folk på de øverste ledelseslag på sygehuse og kommuner, altså at man kender hinandens verdener"* (Bilag 7, side 9). Udsagnet er fremsat i en kontekst, hvor det understreges at det relationelle er meget vigtigt på alle niveauer. Man skal både kende hinanden og hinandens verdener. Der er en erkendelse af at regionens strategidokument (Bilag 4) oversættes til noget brugbart i virkeligheden gennem det relationelle samarbejde.

I den relationelle og netværksbaserede ledelseskontekst anskues aktørerne i de forskellige organisationer, som en familie og på den vis anvendes kærlighedens funktionssystem, som det primært kommunikerende funktionssystem. Målet gensidig relation og forståelse af de koder som dokumenterne indeholder omformes i familien til et budskab der fungerer lokalt afhængigt af konteksten – koderne "hackes" for at blive i Rennisons terminologi (Rennison, 2017). Det relationelle er med til at skabe konteksten, som kan defineres relativt frit da rammen "det nære sundhedsvæsen" er løst koblet til organisationerne.

AT NEDBRYDE SILOER.

En måde der kan skabes en fælles forståelse på tværs af siloer, er ved at se ind i hinandens verdener og opbygge relationer. Politiske aftaler kan skabe rammen for at disse relationer kan opbygges ved at beslutte særlige samarbejdsfora, men hvorledes disse fora bliver fungerende kan ikke besluttet centralt politisk – jf ovenstående eksempel med at *"blive klædt på af baglandet"* lokalt – underforstået: skriver man sig ud af familien eller ind i familien.

Retten funktionssystem er gennemgående i alle interviews og samarbejdet mellem de praktiserende læger, kommunerne, regionerne og akuthospitaler samt akutberedskabet er juridisk og politisk aftale baseret. Disse aftaler er en integreret del af det nære sundhedsvæsen og samarbejdet, som anført af interviewperson 3: *"Jeg mener ikke der ligger i aftalen at sygehuset kan bede os om et opfølgende hjemmebesøg – ikke i den aftale, der er mange andre aftaler, nye aftaler der er blevet lavet omkring ansvarsopfølgning"* (Bilag 8, side 2). Samtidig opstår der et paradoks, i den situation hvor

patienten/borgeren sættes i centrum og forløb skal løbe gnidningsfrit på tværs – i disse tilfælde virker aftaler ofte problematiske, da de er generelle og ikke tager udgangspunkt i den enkelte. Her kommer jura i konflikt med det ledelsesmæssige ønske, hvilket løses ved at der enten hykles eller dekobles (Rennison, 2017), som udtrykt af interviewperson 1 ” *Netværkene kan det at vi bypasser nogle meget store, og ofte meget, meget komplicerede og konfronterende processer*” (Bilag 6, side 2). Der findes ganske enkelt en løsning ad andre kanaler, hvor netværk eller relationelle kontakter bliver det bærende i stedet for hierarki eller bureaukrati. Det sætter borgeren i centrum, men understøttes hverken af aftaler eller økonomien der er tildelt de enkelte organisationer.

Hos de interviewede er det primært evnen til at arbejde gennem netværk og relationer der gives signifikans og ses som en måde at få arbejdet til at glide mellem de forskellige siloer. Samarbejdsrelationer bliver vigtigere end dokumenterne og hykleri og dekobling anvendes som redskaber til at håndtere paradokser der opstår når dokumenternes indhold af funktionssystemer og koder møder virkeligheden.

ØKONOMI SOM SHOWSTOPPER.

Økonomiske funktionssystemer er til stede i alle interviewene og har en fremtrædende plads. I de analyserede dokumenter berøres de økonomiske aspekter ikke særligt konsekvent eller konkret. At vi skal bevæge os fra en NPM-tankegang til et NPG-paradigme, hvor vi flytter blikket fra pengeøkonomi til begrebet værdi er ikke indlejret hos interviewpersonerne og de respektive organisationer, som de arbejder i. Praktiserende læger er ydelses- og aftale orienteret – interventioner udføres hvis der foreligger en aftale og der er koblet en ydelse på denne aftale, hvilket skinner igennem hos interviewperson 3 som eksempel: ” *Og det har en specialeydelse så vi får lidt mere for det. Det tager også lidt længere tid at skulle følge op på alle de ting, der er foregået på hospitalet*” (Bilag 8, side 2).

Både kommunalt og regionalt er økonomien det der tales om først – også før værdi og mening, hvilket blandt andet kommer til udtryk i følgende citat: ” *... man kunne få lavet nogle systemer, der gjorde at sygeplejerskerne udfører nogle flere opgaver selvstændigt. Her bliver dialogen fuldstændigt lagt ned, og det har man gjort gennem mange år, af økonomiske årsager.*” (Interviewperson 1, Bilag 6, side 2). Der er en forskel på hvad der politisk ønskes – hvilket kommer til udtryk i de analyserede dokumenter – og den virkelighed der opleves i det nære sundhedsvæsen. Kommunalt beskrives det således: ” *Og der er jo lidt abekasteri i forhold til finansiering mellem region og kommune. Men det er jo hævet over enhver tvivl at hele kompetencen og hele volumen på sundhedsområdet ligger jo i regionerne. Altså budgetterne er jo på 100mia.kr, det er jo et kæmpestort maskineri*” (Interviewperson 2, bilag 7, side 6).

Økonomien får en fremtrædende plads hos alle 4 interviewpersoner og bliver på en egen måde garant for silotænkning og en bremse på det tætte og nære samarbejde på tværs mellem kommune, region og almen praksis, da finansieringen fortsat skygger for begrebet "værdi". Der efterspørges et opgør med "kassetænkning" og hermed muligheden for at arbejde på tværs af sektorer uden at man bliver usikker på økonomien eller blive bremset af økonomiske overvejelser: *"Så nogen (læs: politikkerne) skal tage stilling til hvad man vil med det her sundhedsvæsen [...]. Hvordan skal vi bruge de ressourcer vi har?"* (Bilag 9, side 13). Der er en indbygget konflikt mellem den styringskommunikation som dokumenterne udtrykker og den måde hvorpå virkeligheden udfolder sig, da det silonedbrydende og tværgående ikke understøttes af økonomien og de juridiske aspekter.

BORGERENS ROLLE OG FORVENTNINGER.

Borgeren skal være i centrum og indsatsen i det nære sundhedsvæsen der skal skabe en værdi for borgeren. Interviewpersonerne angiver alle at borgerne er en heterogengruppe med meget forskellige syn på hvad der måtte give værdi og dermed hvilke behov de måtte have. Det gør opgaven meget kompleks - særligt i lyset af at begrebet "nært sundhedsvæsen" er dårligt defineret og dårligt forstået af interviewpersonerne.

Interviewperson 1 forklarer borgernes forskellighed således: *"Der er en meget stor gruppe borgere som både er gamle og som fejler rigtigt mange forskellige ting, men som i virkeligheden klarer sig afsindigt godt. Enten fordi de har lagt deres kort rigtigt, men de kunne, eller fordi de er en del af et netværk"* (Bilag 6, side 3) og så beskrives en anden gruppe af borgere *"..så er der måske i rigtigt mange hjem ikke rent, der roder alle vegne, der er ikke et sted du kan placere dine forbindelse stoffer, medicinen står der nogle gange, andre gange står den der ikke [...] andre gange er der ikke mad i køleskabet"* (Bilag 6, side 4). I interviewene beskrives en stor kompleksitet i den konkrete opgave og et dilemma omkring at målrette indsatsen – herunder at finde ud af hvad borgeren/patienten reelt ønsker af det nære sundhedsvæsen.

Interviewperson 4 udtrykker det således *"Men jeg tror ikke der er nogen der har spurgt borgerne om hvad er det egentlig der er vigtigt for dig [...] hvad har du af forventninger til det her system."* (Bilag 9, side 3). Der opstår et paradoks, da borgerens ønsker/forventninger til det nære sundhedsvæsen er dårligt beskrevet og ikke sikkert sundhedsfagligt forankret endside kendt af de offentlige aktører. De politiske udmeldinger tages til indtægt for at det er, hvad borgerne "ønsker" – det betyder med andre ord at det politiske funktionssystem bliver en surrogatmarkør for borgerens rolle og forventninger jf *"så kan man jo sige at de folkevalgte, det er jo dem der repræsenterer det, så når de siger de skal være mere nært, så er det egentligt et udtryk for hvad borgerne gerne vil have."* (Bilag 9, side 8).

Interviewpersonerne angiver at det er en ledelsesmæssig udfordring af finde en god måde at gætte, begreber som "nært", "værdi" og "mening" for borgeren og sætte dette sammen med det i dokumenterne udtrykte ønske om "lighed". Når begrebet faglighed/sundhed bringes i spil bliver kompleksiteten stor, da alle begreber undtagen "lighed" er meget løst koblede. Begrebet "lighed" er tæt koblet med rettens funktionssystem, mens de øvrige giver mulighed for en betydelig grad af fortolkning.

OPSAMLING

Interviewene har givet indsigt i hvorledes verden opleves i det nære sundhedsvæsen og dette kan sammenholdes med den verden som er politisk konstrueret i styringskommunikationen – dokumenterne. Blandt de interviewede er det et generelt træk at der sker en betydelig oversættelse og paradokshåndtering for at få de to virkeligheder til at nå hinanden. Virkemidlet er netværksdannelse og interaktioner på personligt plan. Principielt anvendes kærlighedens funktionssystem og det modereres med det økonomiske funktionssystem.

Når jeg beskuer de interviewedes måder at omsætte det der er politisk udmeldt til daglig ledelsespraksis, så udnytter alle at der er mulighed for at definere et mulighedsrum. Der er et ønske om mere konkrete politiske udmeldinger, men samtidig udnyttes den frihed som opstår når opgaver er ukonkret formuleret og grænser er uklart optrukne. Der er også en meget klar bevidsthed om at en afgørende parameter er økonomi. Helt konkret anvendes økonomi eller manglende økonomi som argument når processer enten kan eller ikke kan forløbe.

DISKUSSION

I de fire interviews oversættes den politiske vision for det nære sundhedsvæsen om "værdi" til at være "service", hvilket bliver kondenseret i følgende udsagn "*Vi er jo blevet ligesom Bilka nu: Åbent 24/7 også hvis jeg har et spørgsmål, så ringer jeg nu*" (Interviewperson 4, bilag 9, side 6). Service fylder mere i interviewene end faglighed, hvilket er en 1:1 spejling fra de 5 dokumenter (bilag 1-5), hvor begrebet faglighed, er løst defineret mens service italesættes som tilgængelighed eller "tilbud" når borgeren har behov og konsekvensen forventes at være leveret "tryghed". At sætte borgeren/patienten i centrum formuleres i interviewene som en udtalt serviceparathed, hvor det samtidigt er svært at definere et konkret indhold i denne ydelse, da faglighed forstås forskelligt afhængigt af om man er placeret som praktiserende læge, chef i en kommune eller en organisation.

I interviewene har det politiske funktionssystem en fremtrædende plads og der tales i velfærdens kode i form af: meningens-, service- og trygheds termer. Det økonomiske funktionssystem er også fremtrædende og meget konkret til stede, hvor interviewpersonerne generelt efterspørger en prioritering af indsatserne således at økonomien synkroniseres med de politiske ønsker og visioner. Den økonomiske kode fylder mere i interviewene end i dokumenterne og der er en bevidsthed hos alle interviewpersonerne om, at uden økonomi – ingen drift og dermed ingen sundhed. Økonomien bliver en bekymring – en organisation bruger sit eget budget på ydelser som andre har fået budget til at udfører – på den måde skabes der økonomiske problemer lokalt, ved at man arbejder tværgående ex. vis på tværs af kommune og region. Økonomi bruges som et forsvar mod ændringer og er således med til at hindre de tværgående forløb, da organisationerne fortsat måles meget nøje på budgetter og disse budgetter er afgørende for fx normeringer og drift.

Rettens funktionssystem og rettens koder bruges til at beskytte egen økonomi. Samarbejdet mellem de enkelte organisationer er aftalebaseret, hvilket fremgår af de analyserede dokumenter. På den måde kan organisationer eller ledere beskytte egen økonomi ved at dække sig ind bag de enkelte aftaler eller mangel på samme.

Begrebet mening er kontekst betinget, men for interviewpersonerne har det en fællesmængde, som indeholder "sundhed", hvor faglighed er indlejret. Hvad der ellers favnes af begrebet "sundhed" er overordnet set uklart for interviewpersonerne men i det nære samarbejde kommer der en konsensus om hvordan faglighed forstås.

Når netværket/det relationelle bringes i spil, så træder de juridiske og økonomiske aftaler i baggrunden og netværket tager over. Med andre ord, der erkendes tilstedeværelsen af et paradoksalt krydspres bestående af jura, økonomi og politik, hvilket med Rennisons terminologi giver mulighed for anvendelse af afpardoksering/reparadoksering (Rennison, 2017). Det kommer til udtryk når netværket bliver drivende for handlinger i det nære sundhedsvæsen og her udnytter netværket at de retningsgivende dokumenter – ex. vis dokument nr 4 (Bilag 4) – udtrykker sig ukonkret med hensyn til økonomi, faglighed og jura mens målet er klart det drejer sig om, at være silonedbrydende og tilfører "værdi" til den enkelte borger/patients forløb.

At dokumenter er ukonkrete skaber en betydelig kompleksitet. Dokumenterne er åbne for fortolkninger, hvilket giver fleksibilitet i forhold til oversættelse af koderne. Koderne hackes og oversættes, som beskrevet i Rennisons tekst "Polyfon ledelse" (Rennison, 2017) – der sker en omformning til virkelighedens behov, hvilket udtrykkes af interviewperson 2: *"Nu er vi så nået frem til en løsning, hvor vi her i kommune X har forsøgt [...], at have personale inde på sygehuset, som er med til at udskrive (patienter) [...] Og I (hospitalet)*

har de udgående teams som så tager ud i kommunerne og de praktiserende læger kommer ud på plejehjemmene. Men det er jo fagre nye verden – det er ikke gjort før!” (Bilag 7, side 3). Funktionskæden der bliver beskrevet, tager afsæt i det regionale ønske om sammenhæng i forløb, tværgående siloløse forløb med borgeren/patienten i centrum. Det understøttes kun delvist juridisk og slet ikke økonomisk, men den afledte konsekvens giver mening både politisk, overordnet økonomisk og væsentligst: fagligt.

Funktionskæden er et eksempel på et tværgående nært sundhedsvæsen der ikke tager hensyn til siloer – det drivende i processen er at aktørerne kan se ”mening” med funktionskæden. Komplexiteten i systemet udnyttes til at understøtte processen med fagligheden som bærende argument, hvilket udtrykkes af interviewperson 1 *”det er det der er meningen med vores profession, hhv. læger og sygeplejersker osv [...] Det er at få de her ting til at fungere [...] Jeg tror simpelthen at det handler om er at den faglighed vi hver især har, den spiller ind i nogle løsningsmodeller som går betydeligt hurtigere end de politiske”* (Bilag 6, side 10).

Når jeg sammenholder interviewene, der giver udtryk for den oplevede virkelighed, med de udvalgte dokumenter, som viser organisationernes fodaftryk – eller en idealiseret virkelighed – så er håndtering af paradokser en løbende øvelse blandt interviewpersonerne. Der foregår ved en kodehåndtering der er nødvendig for at bygge bro mellem de to virkeligheder. Der er en generel og hyppig brug af hykleri og dekobling. Dette er effektivt, da det anvendes som et strategisk værktøj til at få organisationen til at fungere i en verden med flere virkeligheder.

Der fremstilles en politisk virkelighed, hvor vi bevæger os fra NPM-paradigme til NPG-paradigme, hvor begrebet værdi og borgeren/patienten i centrum har fortrinsret. Der fremstilles en juridisk virkelighed, hvor der er siloer som er af bureaukratisk karakter: kommune vs. Region, Praktiserende læge vs. Hospital. Det er forskellige organisationer med eget hierarki og egne strukturer, som lukker sig om sig selv når de kommunikerer. Det udtrykkes i de analyserede dokumenter.

Effekten af indsatser kan være positive, men vise sig langt væk fra hvor den er udført. Det gør at begrebet incitament bliver en svær størrelse at indregne – én organisation kan i princippet lykkes med en indsats, som blot generer en udgift og en lokal ”byrde”, mens det i det samlede hele giver en effektivisering eller et bidrag i form af et smidigt patientforløb der netop sætter patienten i centrum eller giver stor værdi for en borger. Det er en væsentlig pointe at effekten af en indsats er svær – måske endda umulig at konkretisere. Derfor er det vigtigt at de involverede parter kan se en overordnet mening med processen eller interventionen, da det viser sig at indsatserne drives af lokale aktører på tværs af organisatoriske siloer. Det er netop her begrebet ledelse bliver relevant i forhold til egen organisation, snitflader til andre

organisationer samt ledelse op ad i hierarkiet. Den virkelighed der ønskes politisk, er af mange grunde svær eller nærmest umulig at få implementeret og derfor er ledelsesmæssig oversættelse en nødvendighed.

Jeg har anvendt Rennisons blik på paradokshåndtering og håndtering af koder sammen med Åkerstrøm Andersens teoretiske blik på emnet. Jeg har ved at anvende disse teoretiske værktøjer vist at der anvendes forskellige funktionssystemer når organisationerne kommunikerer i skrift og i tale samt at dokumenterne omformes markant når de politiske intentioner skal bringes i drift i den oplevede virkelighed.

Interviewpersonerne tillægger det relationelle meget stor værdi, hvilket ikke gives plads i dokumenterne.

KONKLUSION:

DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN.

Der er ikke en entydighed i forståelsen af hvad det nære sundhedsvæsen er. Hvad opgaven for det "nære sundhedsvæsen" er fremstår ej heller klart for interviewpersonerne. Der er ikke en klar og fælles forståelse for hvor opgaverne løses i det nære sundhedsvæsen og hvad der er af forventninger til opgaveløsningen. Det giver aktørerne mulighed for at skabe en egen mening om emnet, hvilket kommer til udtryk i de fire interviews, hvor uklarheder omformes til ledelsesfrihed. Usikkerheden giver plads til egne fortolkninger som kan bruges strategisk til at skabe ledelsesrum uden at tabe integritet eller legitimitet og uden at komme i konflikt med hverken det nære sundhedsvæsen eller det politiske niveau.

Jeg finder en betydende forskel mellem, hvad der kommunikeres i dokumenterne (Bilag 2-5) og hvad den oplevede virkelighed byder på. De centralt placerede interviewpersoner anerkender dokumenterne som styringsredskaber og udnytter at centrale budskaber i dokumenterne er passende ukonkrete således at der er plads til egne tolkninger af budskaberne. Det giver handlefrihed og råderum indenfor rammen af hvad der er skrevet i dokumenterne. Der udtrykkes frustration og usikkerhed grundet uklarhed om opgaveafgrænsninger og uklarhed omkring forventninger til egen organisation og andre aktører i "det nære sundhedsvæsen". Det afstedkommer ønsker om "svar" sådan at opgaven kan afgrænses og snitfladen kan afklares.

DEN SOCIALE KONSTRUKTION AF DE TO VERDENER.

Der er en klar opfattelse af at bureaukratiet og det juridiske embedsværk laver rammer på foranledning af det politiske niveau. De politiske indhold kan ikke bringes til at leve med mindre at det relationelle netværk er i spil. I dette netværk laves meget enkle aftaler, som på nogle områder er forankret på person niveau. Interviewpersonerne operer ledelsesmæssigt i to parallelle verdener:

1. *Den relationelle verden*, hvor aktørerne ser "mening" og skaber forløb/samarbejde på tværs af organisationer under dække af at det forankres i centrale styringsredskaber ex. vis dokument 2-5 (Bilag 2-5). Den relationelle verden er agil og person styret – præget af bottom up dynamik/processer. I denne verden håndteres paradokser ved afparadoksring og/eller reparadoksring. Det foregår på eget ledelses niveau eller under. Der er et betydeligt ledelsesrum, som i vid udstrækning er selvdefineret.
2. *Den konventionelle verden*, hvor der diskuteres fagpolitik, jura og rammeaftaler med økonomi tilknyttet aftalerne. Denne verden er stiv og langsom – præget af top down dynamik/processer. Denne verden håndteres ved en politisk tilgang, hvor organisationens officielle holdninger varetages og der er en tendens til at sætte egen organisations behov før kollektivets. Dette foregår på eget ledelsesniveau eller over. Ledelsesrummet er defineret af hierarkiet og organisationens bureaukrati.

Interviewpersonerne angiver at man kan vælge mellem en løsningsorienteret verden (Den relationelle verden), som er økonomisk kompleks, organisatorisk- og fagpolitisk problematisk, men meningsgivende for borgeren/patienten og i overensstemmelse med NPG-tanken. Der kan også vælges den konventionelle verden, hvor tværgående tiltag besværliggøres af økonomi, jura og fagpolitik og præges af NPM-paradigmet.

Den konventionelle verden udtrykkes i dokumenterne mens den relationelle verden opstår på trods af hvad der står i dokumenterne, men med afsæt i det overordnede ønske der er givet i dokumenterne. Det betyder at der til tider sker en substantiel omkodning af det der er politisk besluttet og kommunikeret. Dette gøres da omkodningen giver operationel mening. Denne omkodning kan være ledelsesmæssigt udfordrende.

LEDELSESRUM.

Ledelsesrummet ser jeg som meget fleksibelt og afhængigt af, hvilken af de to verdener man vælger at arbejde i som leder. Ved analyse af de fire interviews kan man se at det er forskelligt, hvorledes disse muligheder udnyttes og dermed hvorledes der skabes ledelsesrum og hvor stort dette ledelsesrum bliver. Med andre ord er ledelsesrummet i vid udstrækning til forhandling. Det afgørende er kodefortolkningen og håndteringen af paradokser samt valg af verden. Vælges den relationelle verden kan et stort ledelsesrum konstrueres, mens vælges den konventionelle verden bindes man i et snævert ledelsesrum som leder.

ØKONOMI.

Økonomisk er man som leder udfordret, da økonomien løbende er til forhandling, men udgangspunktet er et ramme budget. Ved at løfte en stor opgave, som kan være omkostningstung, vil man løse en opgave, som både er efter det politiske ønske og som giver faglig mening – men uden tilført økonomi. Man kommer herved til at skabe et økonomisk problem i egen organisation. Denne dynamik kræver en ledelsesmæssig opmærksomhed, hvor man som leder skal kunne argumentere overfor det politiske niveau for at kunne få tilført økonomi til egen organisation. Der skal konstrueres en verden af nødvendighed, hvilket gøres ved reparadoksering ifølge Rennison (Rennison, 2017).

OG KOM DER SVAR PÅ PROBLEMFORMULERINGEN?

Mulighedsrummet er plastisk, da det er til konstant forhandling imellem de to verdener som man arbejder ud i – en relationel og en konventionel verden. Ledelse sker mest effektivt gennem netværk, hvor man bevæger sig udenom økonomi og politik med det faglige for øje. Der er et overordnet paradoks indlejret i at organisationerne fortsat er underlagt en økonomistyring, som udspringer af en NPM-tanke alt imens at der ønskes et organisatorisk blik med afsæt i NPG-paradigmet. Det giver anledning til at man som leder skal kunne bevæge sig mellem to verdener for ikke at undergrave egen organisation.

PERSPEKTIVERING.

POLITISK PRIORITERING

Der efterspørges en overordnet og gennemgribende sundhedsreform fra aktørerne. Der ønskes et moderne nært sundhedsvæsen, hvor alle parter har den samme organisatoriske forståelse. De forskellige aktører ser betydelige muligheder i at udvikle det tværgående samarbejde og har ikke svært ved at gøre det på et lokalt og relationelt plan. At bringe det til "stor drift" er svært, da området er præget af mange ubekendte samt manglende fælles forståelse for organisering og opgaveforankringer. Når jeg analyserer min empiri, tegner der sig et billede af en markant forskel mellem hvad der skrives i de dokumenter som sendes til de operationelle ledelser og hvad der omsættes til den operationelle ledelse.

FORUDSÆTNINGER.

For at kunne arbejde videre ud ad vejen frem mod friktionsløst tværgående borger/patientforløb, hvor der sker et samarbejde mellem kommunale funktioner, regionale funktioner og almen praksis behøves en justering af de økonomiske incitamentsstrukturer samt et alignment af de juridiske forhold sådan at lovgivningen på områderne ikke modarbejder hinanden. Når forudsætningerne er i orden, vil udviklingen af

det borgernære og tværgående sundhedstilbud kunne accelereres blot ved hjælp af organisationernes faglige drive, da der ifølge interviewpersonerne er en stor villighed i respektive organisationer til at arbejde på denne måde.

Der er – efter min vurdering – et betydeligt uforløst potentiale gemt i at få brudt siloerne ned og på den måde tænke patientforløb som et tværgående kontinuum der starter og slutter i borgerens eget hjem med en række samarbejdende aktører. Den ide er god – det kræver gennemgribende strukturændring og en langt mere tillidsbaseret tilgang til delegeret autonomi fra politiskhold til de enkelte organisationer. Der skal være en politisk vilje til at sætte organisationerne fri i tillid til at der meget lokalt er en ibrørende opgaveforståelse.

MIN LEDELSESUDVIKLING I FORBINDELSE MED MPG-STUDIET OG MIN MASTERAFHANDLING.

Jeg startede min fleksible MPG januar 2018 fordi jeg var nysgerrig på begrebet ledelse. Jeg har været drevet af nysgerrighed og undren samt en erkendelse af at jeg er naturvidenskabeligt opdraget og politisk uskolet og derfor har et behov for at undersøge dette fremmede land. Jeg har valgt polyfoni- og politisk kommunikation, som inspirerede mig til aktuelle afhandling og samtidig med det satte ord på en række begreber jeg godt kendte til men ikke var bevidst om – som ex. vis at ”vi taler forskellige sprog” eller for at blive i terminologien: Funktionssystemerne kommunikerer i forskellige koder uafhængigt af hinanden og uden at kunne forstå hinanden. Ledelses opad i offentlige hierarkier gav mig indblik i begrebet ”ledelsesrum” og hvordan de skabes. Kommunikation og ledelse har hjulpet med at bevidst gøre begreber som strategisk kommunikation og det har sammen med ledelsesretorik hjulpet med at skabe en ramme for formidling. LUF har bidraget med en psykodynamisk vinkel på begrebet lederskab og organisationer, hvilket indirekte har hjulpet til at fremdrage sammenhænge i min masterafhandling, men også i den daglige ledelsespraksis.

Oktober 2020 blev jeg ansat som ledende overlæge i Akutafdelingen på Nordsjællands Hospital og fik dermed udvidet mit ressortområde med personaleansvar, ansvar for økonomien samt drift ansvar over en afdeling. Jeg varetager nu en mere central ledelsesopgave med en betydelig interaktion med det politiske niveau i eget hospital og i regionen.

Jeg har erfaret at mit ledelsesrum er meget formeligt i min daglige praksis. At en socialkonstruktivistisk tilgang til ledelse er effektfuldt, da virkeligheden kan konstrueres sådan det strategisk giver mening i egen ledelsespraksis og giver en platform at lede ud fra. Jeg har via min master erkendt at min ledelsespraksis tager afsæt i Rennisons teori om hacking af koder og håndtering af paradokser. Jeg oplever at jeg lykkes som leder, hvis jeg kan skabe en ramme der kan sætte min organisation fri i tillid til at medarbejderne på

relevant vis kan forholde sig til: faglighed, mening og professionalisme. For at opnå den frihed kan jeg se at mine primære værktøjer er: Hyklery, dekobling som afpardokserings- samt refleksion og profleksion som repardokserings-strategier.

Jeg er – ved at afsøge ukendte læringsområder - blevet klogere på min egen ledelsespraksis herunder, hvor jeg har blinde pletter samt mine ledelsesmæssige styrker.

BILAG

Bilag 1: "Brev fra Allerød seniorråd".

Bilag 2: "Kommissorium for arbejdsgruppe om model for behandlingsansvar 72 timer efter hospitalsbehandling samt implementering af ordningen"

Bilag 3: " Praksisplan for almen praksis 2021"

Bilag 4 " Alle skal med – Region hovedstadens arbejde med det nære og sammenhængende sundhedsvæsen"

Bilag 5 " Samarbejdsaftale om kommunale akutfunktioner i Region Hovedstaden"

Bilag 6: Interviewperson 1.

Bilag 7: Interviewperson 2

Bilag 8: Interviewperson 3

Bilag 9: Interviewperson 4

BIBLIOGRAFI

Andersen Lotte Bøgh, C. G. (2017). New Public Governance som styringsparadigme. I C. G. Lotte Bøgh Andersen, *Offentlig styringsparadigmer: Konkurrence og sameksistens* (s. 91-106). Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Andersen Lotte Bøgh, C. G. (2017). New Public Management som styringsparadigme. I C. G. Lotte Bøgh Andersen, *Offentlig styringsparadigmer: Konkurrence og sameksistens* (s. 41-58). Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

Andersen Åkerstrøm, N. J. (2014). I J. P. Niels Åkerstrøm Andersen, *Velfærdsledelse* (s. 130). Hans Reitzels Forlag.

Andersen, N. Å. (2014). I N. Å. Andersen, *Velfærdsledelse*. Hans Reitzels Forlag.

Hovedstaden, R. (august 2021). www.regionh.dk. Hentet fra www.regionh.dk/til-fagfolk/Om-Region-H/fakta/Mission-vision-og-maalsaetninger/Sider/Maalbillede-for-Region-Hovedstaden.aspx.

Hovedstaden, R. (august 2021). www.regionh.dk. Hentet fra <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Om-Region-H/fakta/Mission-vision-og-maalsaetninger/Sider/Maalbillede-for-Region-Hovedstaden.aspx>.

- Justesen Lise, M.-M. N. (2010). Kvalitative Metoder. I M.-M. N. Justesen Lise, *Kvalitative Metoder* (s. 133-141). Hans Reitzels forlag.
- Kvale Steinar, B. S. (2015). Interview det kvalitative forskningsinterview som håndværk. I B. S. Kvale Steinar, *Interview et det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (s. 259). Hans Reitzels Forlag,.
- Kvale, S. B. (2015). Interview det kvalitative forskningsinterview som håndværk. I S. B. Kvale, *Interview et det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. (s. 50-53). Hans Reitzels Forlag,.
- Niels Åkerstrøm Andersen, J. P. (2014). Udkast til en præmisløs velfærdsledelsesfilosofi. I N. Å. Pors, *Velfærdsledelse - mellem styring og potentialisering* (s. 305). Hans Reitzels Forlag.
- Niels Åkerstrøm Andersen, J. P. (2018). Styring og ustyrighed. I J. P. Niels Åkerstrøm Andersen, *Niklas Luhmann* (s. 47-51). Djøf Forlag.
- Pors, N. Å. (2014). Samfundets differentiering. I N. Å. Pors, *Velfærdsledelse - mellem styring og potentialisering* (s. 59 - 60). Hans Reitzels Forlag.
- Pors, N. Å. (2018). Den kommunikationsafsøgende organisation. I N. Å. Pors, *Velfærdsledelse, mellem styring og potentialisering* (s. 161-169). Hans Reitzels Forlag.
- Pors, N. Å. (2018). Samfundets uddifferentiering. I N. Å. Pors, *Niklas Luhmann* (s. 41). Djøf Forlag.
- Regeringen. (11. juni 2021). <https://www.regeringen.dk>. Hentet fra <https://www.regeringen.dk/nyheder/2021/sundhedsklynger-skal-skabe-bedre-patientforloeb-og-udvikling-af-det-naere-sundhedsvaesen/>.
- Rennison, B. (16. Marts 2017). *Polyfon Ledelse*. Hentet fra www.lederliv.dk.
- Sundhed, C. f. (u.d.). *Center-for-Sundhed.aspx*. Hentet fra <https://www.regionh.dk/jobstart/Din-nye-arbejdsplads/Sider/Center-for-Sundhed.aspx>.
- Wenneberg, S. B. (2002). Socialkonstruktivisme som videnskabsteori - Sisyfos videnskab. *Copenhagen Business School*, s. 1-14.
- Åkerstrøm Andersen, N. o. (2018). *Niklas Luhmann*. Djøf forlag.