

Nettverksseminar
Bergen, d. 25. nov. 2005
kl. 12.30 – 15.00

Samordning
i det danske sundhedsvæsen
v/Janne Seemann, Aalborg Universitet, DK

I Generelt

1. Det besværlige samarbejde
2. Samspil og konflikt (historisk og aktuelt)
 - velkendte barrierer og problematikens konstans
 - hovedindtryk af aktuelle situation

II Et eksempel:

Distriktpsychiatri i Viborg Amt
– et interorganisatorisk perspektiv

3. Kort om psykiatrinetværket
4. Netværkets beskyttelsesstrategier og dysfunktioner
5. Om behovet for tværgående styring

FLOS

“Professional bureaucracies are not integrated entities. They are collections of individuals who join to draw on the common resources and support services but otherwise want to be left alone.”

(Mintzberg, 1979, p. 372)



Kritiske samarbejdsrelationer

- *uenighed om, hvem der skal gøre hvad*
(domænekonflikter, der typisk refererer til uklar arbejdsdeling)
- *uenighed om behandlingsideologi, arbejdsmetoder og principper*
(teknologikonflikter, der typisk skyldes forskelle i professions- og sektorlogikker)
- *uenighed om mål og vurderingskriterier*
(parters gensidige beklagelser over hinandens resultater/output og f.eks. uenigheder om definitionen på en "færdigbehandling")
- *forskelle i de involverede organisationers interne strukturer, kulturer og processer*
(gør det vanskeligt for samarbejdsparter "at nå hinanden" - også selvom der ikke er tale om behandlingsideologiske modsætninger)
- *forskelle i parternes ønsker til samarbejdsform*
(f.eks. om mødehyppighed; stram eller ad hoc udformet tværgående mødestruktur)

FUOS

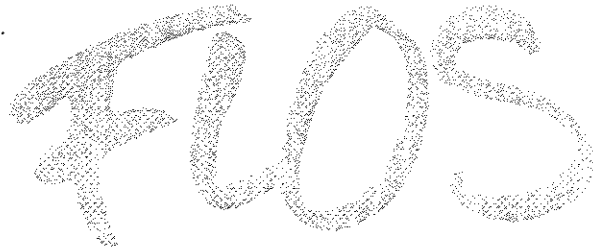
Om “Problematikkens konstans” (*hvad viser historieføløbet?*)

- man diskuterer *det samme* i 35 år !
- der er *stor kontinuitet* i “den megen snak”

Hvordan forklarer vi denne “Problematikkens konstans”, der i øvrigt synes uafhængig af amternes forskellige rammebetingelser ?

Den centralt udmeldte “samordningsdagsorden” 1970-2005:

- (fortsat) forstærket indsats i primær sektor
- øget forebyggelsesindsats
- klar og entydig opgavefordeling
- bedre koordination og samordning ml. primær og sekundær sektor
- bedre videns- og beslutningsgrundlag (tværgående interventioner)
- flere “gode eksempler”



Barrierer ifølge “Samordningsbetænkningen” (1985)

- **formelle (strukturelle) (politisk-administrative) barrierer**
(der budgetteres og administreres af forskellige instanser med hver deres regelsæt, som giver uhensigtsmæssige skel)
- **overenskomstmæssige barrierer**
(et kompliceret og opdelt aftalesystem med forhandlingskompetencen fordelt på mange organisationer og instanser, der ofte har modstridende interesser)
- **holdnings- og traditionsbetingede barrierer hos fagprofessionelle, politikere og administratorer**
- **for at få incitament til at tænke samordning**

Væsentlige barrierer og problemer i samordningen af sundhedsvæsenet, som blev identificeret i “Samordningsudvalgsbetænkningen” fra 1985, kan genfindes 20 år senere i den aktuelle debat.



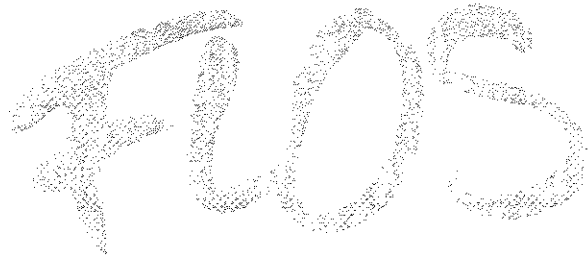
**Mytedannelser ifølge
“Toftgård-udvalget”
(1987):**

- **Socialforvaltninger er paragrafryttere**
- **Lægerne vil helst holde økonomiske hensyn ude af deres betragtninger**
- **Sygehusene opretter ventelister i stedet for at løse problemerne**
- **Sygehuslæger er perfektionister uden det nødvendige brede kendskab til patienterne**
- **De praktiserende læger har aldrig tid til at deltage i samarbejdet**

FLOS

Væsentligt ikke at overse karakteristiske træk i sundhedsvæsenet, som er nødvendige m.h.p. at forstå integration og ændret grænsedragning:

- emergerende (informelt) udførende niveauer
- differentieret professionel indflydelse
- “udvandet” ledelseskontrol



Mine hovedindtryk af den aktuelle situation

- Sygehusplaner skygger for sundhedsplaner
- Sygehusets opgaveforskydninger stiller voldsomme tilpasningskrav til andre netværksparter - som har vanskeligt ved at påvirke den dominerende sygehuspart
- Tværgående koordination og samordning bliver stadig gjort til et bi- og ikke et hovedproblem i sundhedsvæsenet
- Feltet præges af suboptimering og kassetænkning
- Kvalitetssikring, informationssystemer, økonomistyring knyttes primært til enkeltdelen/funktionen og baseres for lidt på netværkstænkning

Mere retorik end handling
(De gode viljer og den øgede bevidsthed har tendens til "at blive parkeret" på visions- og planlægningsniveauet, og er vanskelige at omsætte til konkret handling.)

Fra hierarki til netværk

- om samordning på tværs af foranstaltninger
for sindslidende

De gamle totalinst.
(statshospitaleme)



Lukkethed
Fjernhed/Afsondring
Totalitet



Pyramidens/bureaukratiets
problemer

De nye decentrale løsninger
(distriktspsykiatri)

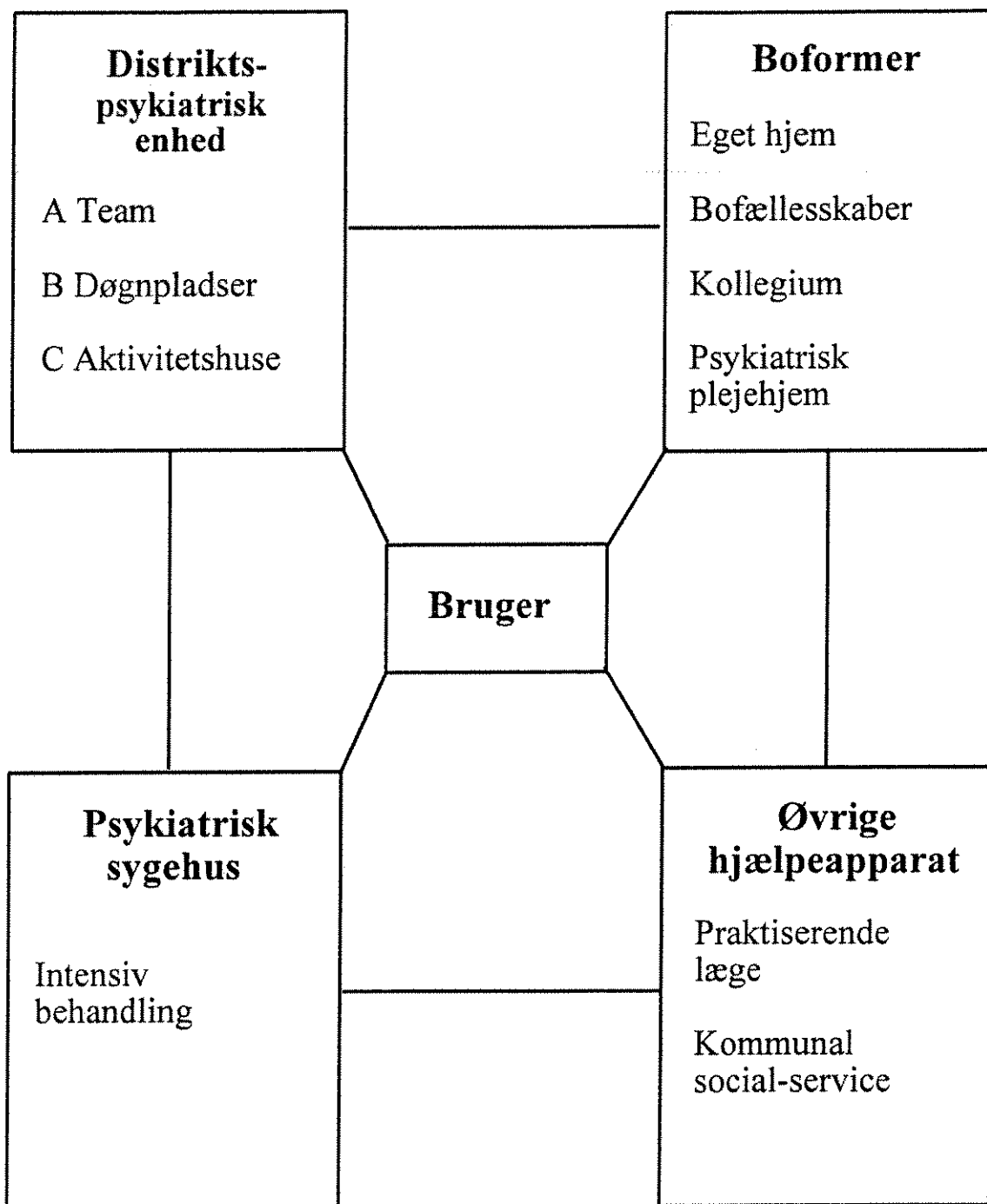


Åbenhed
Nærhed/Integration
Partialitet

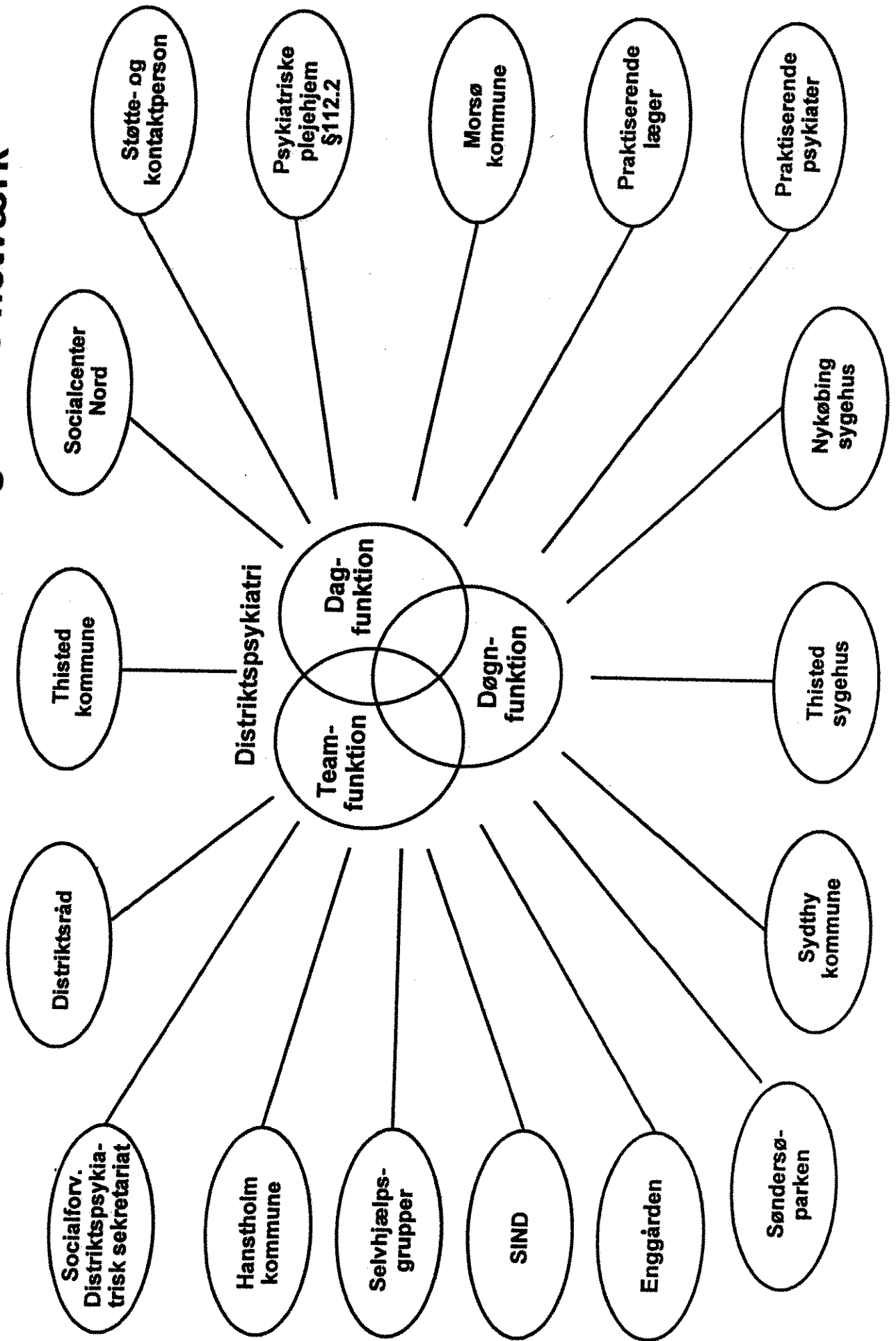


Problemer

?



Distriktpsykiatrien og dets omgivende netværk



Netværk med:

- bundne opgaver
- gensidigt afhængige
- delvist overlappende
- indbyggede modsætninger

Parterne har forskellige:

- mål
- opgaver
- strukturer
- arbejdsformer
- traditioner
- organisationskulturer
- magt

Parterne tilhører forskellige:

- sektorer
- politiske niveauer
- faggrupper/professioner

Netværksparternes beskyttelsesstrategier	Dysfunktioner (faretruende udviklingstendenser)
Alle er nødt til at være med i alting	Høje koordineringsomkostninger og uproduktivt samarbejde
"Lav profil"	Dårlig opgaveløsning, uløste opgaver og frustrerede medarbejdere
Forsøg på netværksdominans	Manifeste konflikter, "slidte" medarbejdere og brugerne bliver "kastebolde"
Brug af uformelle kontakter	Skjult koordinering
Selvforsyning	Isolerede delsystemer

Generelle tværgående styringsmekanismer

Rotationsordninger på tværs af parter i netværk

Udviklingen af en mere omfattende og tværgående besøgs- og kontaktvirksomhed

Organisatorisk læring gennem mere omfattende og tværgående forsøgsvirksomhed

Tværgående efteruddannelse, temadage, fremtidsværksteder

Udbyggede og tværgående kontakt- og koordineringsopgaver

Kontaktpersonordninger (“case-managers”) forankret i dialognetværk

Kvalitetsudvikling og -sikring på netværkstækning

Slack

Selvbestaltede netværksledelser

Mere vægt på brugerperspektiver (brugerstyring)