

Samordning i det danske sundhedsvæsen

Det danske helsevesenet:

- primær sunnhetsvesen: kommuner og allmenn leger.
- sekundært sunnhetsvesen: sykehus og praktiserende spesialleger (selvstendig vervsdrivende) finansiert regionalt (av amtene), også allmennlegene finansieres av amtene.

Hjemmesykepleiere blir mer og mer spesialisert.

Sykehus, kommunene og allmenn legene – den gyldne trekant, det som skal henge sammen for en pasient (når det er vanskelig å gå på tvers av grensene; Bermudatrekanten).

Fokus: interorganisasjon og interorganisatorisk samhandling; det som skjer på tvers av ulike instanser. Dette medfører flere ledelser, flere problemer og flere løsninger. Disse løsninger kan være konkurrerende, evt. konflikterende løsninger innad. Tilpasning og påvirkning partene mellom. En nettverksmodell heller enn et pyramidemodell.

Hvem blir nødt til å påvirke hvem, hvordan, hva er makt i dette bildet/modell?

Mer komplisert når man får flere spillere på banen.

Er en stor selvhedelse innenfor helsevesenet, tro på at den enkeltes handlinger, instanser, grupper bidrar til å få behandlingsforløpet til å bli godt.

Fokus: hvorfor er samarbeid så vanskelig.

Mintzberg peker på vanskelige samarbeidsformer i fagprofesjonelle byråkrati.

Mangel på sammenheng i helsevesenet er del av problematiseringene hennes. Det har vært ulike forsøk på å skape modeller for godt samarbeid, få utnyttet den trekanten. Gode viljer i spill, men alle grupper er preget av gjensidige fordommer, behandlings-, profesjons- og organisatorisk hierarkier og fordommer.

Helsevesenet består av flere parter, grupper og deler, dermed framstår ikke noe felles verdier, normer, mål og retninger. Forskning viser at samarbeid best lykkes med tverrgående grupper. Tverrgående samspill er nødvendig i alle helsevesener i Norden.

Fem dimensjoner for kritiske samarbeidsrelasjoner:

- Arbeidsoppgavekonflikter/domenekonflikter, uklar arbeidsdeling.
- Teknologikonflikter, hvilke teknikker skal man benytte. For eksempel ikke klare kausalrelasjoner mellom behandling og effekt. Behandlingsmetoder, skyldes sektorlogikker, ulike måter å forstå verden.
- Uenighet om mål og vurderingskriterier. Uenighet om når en pasient er ferdigbehandlet/utskrivningklar.
- Forskjell i interne strukturer, kulturer og prosesser. Ikke nødvendigvis fordi de behandlingstekniske metoder er så forskjellige, men også pga. ulik kultur
- Forskjeller i partenes ønsker for samarbeidsform.

1970: lansert en perspektivplan om hele den danske helsevesenets framtid, se lysark.

2005: strukturreformen, det samme innhold og språk som for 35 år siden...

Hvordan forklarer man denne kontinuitet? Fordi endringer i helsevesenet er langsomme endringer (inkrementelle), folk opplever ikke endringer som endringer, hvordan avleser vi endringer?

Kommentar:

Er det ingen forskjeller?

Retorikken er stort sett uendret. Innholdet er litt endret, men samme retorikk.

1987: sosialministeriets regi forklares dette litt; kulturell forklaring (motsetn. til tidligere strukturelle forklaringer). Se Toftegård-utvalget. Myter som lever i beste velgående.

Karakteristiske trekk i helsevesenet:

- Framvoksende (uformelt) utførende nivå, grenser på tvers av profesjoner som sameksisterer med de formelle grensene. Koordinasjon mellom grenseflatene stabiliseres de uformelle regler og praksiser som gjør at det utøvende nivå til å henge sammen. De fleste typer reformer må forholde seg til uformelle og tause grenser som går på tvers. Maktrelasjoner griper inn i disse.
- Differensiert profesjonell innflytelse. Forskningsresultater i org. teori viser at de som har kontroll over arbeidsprosessen gir best resultater. En profesjons dominerende rolle forsvarer deres dominans.
- ”Utvannet” ledelsesk kontroll, spes. på utøvende profesjonell praksis. Reduserer mulighet til ledelsesintervensjon som kan skape grensedragninger.

Hovedinntrykk:

- Størst dominans har sykehuset i trekanten, som kan skygge for helsevesenet, høyere prestisje.
- Sykehusets oppgavefordelinger legger store oppgaver og krav til andre nettverksparter.
- Tverrgående koordinasjon og samordning blir stadig gjort til et biproblem.
- Interorganisatoriske avtaler er underutviklet i helsevesenet.
- Feltet preget av bokstenkning.

Jo mer NPM strategi i helsevesenet, jo mer effektivisering av enkeltorganisasjonene og jo mindre samarbeid gjennom tverrgående organisasjoner.

Må bryte med organisatoriske strukturer og skape nye relasjoner med gjensidig tillit i nettverk og tverrgående grupper.

Men mer retorikk enn handling...

Fra hierarki til nettverk.

Eksempel fra psykiatrisk organisering og behandling av kronisk syke psykiatriske pasienter: 1990-tallet: ønsket om å skape en annen organisering, få integrert pasientene i samfunnet i større grad, desentrale løsninger; distriktskykiatriske enheter – gikk radikalt til verks. Se

skjema med bruker i midten. Psykiatrien skiftet styresystem fra sundhetsvesenet til sosialvesenet. Overgang fra psykiatrisk sykehus til ulike typer boformer utenfor sykehuset, med større støtte av det øvrige hjelpeapparatet.

Uklar definisjon på sosial psykiatri, ulike tolkninger.

Som leder og ansatt er det utfordrende å konseptualisere utstrekningen av et nettverk som omfatter så mange ulike instanser og enheter.

Metafor som også brukes: combat (alles krig mot alle).

Dilemmaet med så mange instanser må løses på tvers av enhetene. Hvordan agerer profesjonelle på tvers av slike enheter?

Umulighet å etablere stabilitet i en slik sammenslutning, heller en konstant instabilitet som er karakteristisk ved alle relasjoner og i svingende dominansrelasjoner over tid. En konstant kamp om dominans som ikke kan vinnes fordi man er knytte til ulike ressursituasjoner. Ikke et nullsumspill. Vilkår for samtlige parter i slike nettverk.

Hva gjør man så når man skal agere; beskytter seg selv, men som også kan gi dysfunksjonelle effekter – pyramidens hierarki. Vet lite om nettverkens dysfunksjoner.

Pga instabilitet må man beskytte seg selv, ulike beskyttelsesstrategier:

- Være med i alt, fordi man kan ikke forvente at man blir invitert i det som man synes er viktig. Problem: dyrt, høy koordineringskostnader og uproduktivt samarbeid.
- ”Lav profil”. Problem: dårlig oppgaveløsning, uløste oppgaver og frustrerte medarbeidere. Eks. dilemmaer mht. psykiatri vs. rus.
- Forsøk på nettverksdominans. Problem: manifeste konflikter, ”slitne” medarbeidere, og brukerne blir kasteball.
- Bruk av uformelle kontakter. Problem: skjult koordinering.
- Selvforsyning. Problem: isolerte delsystemer.

I utg.pkt. skulle brukerne i sentrum for å være medkoordinator i sitt eget behandlingsforløp. Mister medbestemmelse, kontroll, med mer.

Individuelle planer finnes også i DK. Også etablert en støttekontaktfunksjon.

Store deler av nettverksmøtene rundt pasientforløp dreide seg om interesseregulering, koordinering av ulike interesser.

Case: viser dilemmaet med å bestemme over bruker; enten ta imot tilbud eller intet tilbud...

Generelle tverrgående styringsmekanismer sentralt, se lysark.

Nettverksledelse virker, det viser seg når nettverksledelse klarer å gjennomføres. Mer vekt på brukerperspektiver også viktig.

Kommentar: det hun beskriver er en beskrivelse av moderne organisasjoner fordi byråkratiet er en dårlig metafor.

Men det er mer mulighet for forhandling på tvers i nettverksmodeller enn i et byråkrati. Ledelse er ikke tverrgående, men en bevissthet, samt oppgavens karakter presser på. Stor forskjell på en byråkratisk styring og et system der ikke byråkratiet styrer.

Ledelse må oppfattes som legitim for å få til en slik organisering.