

Forundersøgelse i projektet

Tværgående ledelse på ældreområdet:

Sammenhængende borgerforløb, innovation og partnerskaber
i kommunale ledelsesindsatser på ældreområdet

Marie Ryberg, Institut for Ledelse, Politik og Filosofi, CBS, maj 2012

Indhold

Indledning	3
1. Betingelser for ledelse på ældreområdet	5
<i>Hvad karakteriserer styringen af ældreområdet de seneste 10-15 år?</i>	5
<i>Fire tendenser på ældreområdet</i>	6
<i>Teknologier</i>	6
<i>Rehabilitering</i>	6
<i>Opgaveglidning og det nære sundhedsvæsen</i>	6
<i>Specialisering</i>	7
<i>Opsummering</i>	7
2. Forskellige blikke på ældreområdet	8
<i>Ældreområdet er et spørgsmål om beslutningsstrukturer</i>	8
<i>Ældreområdet er et spørgsmål om logikker</i>	9
<i>Ældreområdet er et spørgsmål om faglighed</i>	9
3. Sammenhængende forløb for borgere/patienter: Tre cases	11
<i>Case 1: Hillerød kommune: Forskningsprojekt om koordination af patientforløb</i>	13
<i>Case 2: Indsats og udfordringer i forbindelse med samarbejde på tværs af sektorer i Horsens-området</i>	16
<i>Case 3: Brobygning med papir</i>	20
4. Afrunding: Tværgående ledelse og sammenhængende borgerforløb	23
Litteraturhenvisninger	26
Litteraturoverblik	28
<i>Kvalitet, standardisering, effektivisering, Fælles Sprog</i>	29
<i>Frit valg + BUM</i>	30
<i>Teknologiske hjælpemidler</i>	32
<i>KL Kataloger / policies</i>	32
<i>Internationalt</i>	33

Indledning

Antallet af ældre borgere og borgere med komplekse og kroniske sygdomme stiger i disse år, og kommunernes opgaver på ældreområdet er vokset og blevet mere specialiseret. Denne specialisering hænger dels sammen med den opgaveglidning, der sker i disse år fra sygehusene til kommunerne, eksempelvis fordi patienter udskrives tidligere fra hospitalerne. Desuden hænger specialiseringen sammen med en generel specialisering på sundhedsområdet, eksempelvis med fokuseringen på evidensbaserede indsatser. Endelig hænger specialiseringen sammen med bestræbelserne på at modernisere de styringsmæssige strukturer omkring ældreområdet. Disse moderniseringsbestræbelser tog for alvor fat i slutningen af 1990'erne ud fra idéer, der kan betegnes New Public Management. Her introducerede man fritvalgs-ordningerne, herunder BUM og lagde op til en standardisering af ydelserne gennem Fælles Sprog. Introduktionen af fritvalgs-ordningerne har flere steder betydet, at eksempelvis opgaver - som eksempelvis rengøring i hjemmeplejen - er blevet fordelt ud til forskellige specialiserede aktører.

Den øgede specialisering betyder, at ældreområdet i visse sammenhænge kan bære præg af en silostruktur. Her kan forskellige enheder, specialer, traditioner og sprog være konflikt med hinanden og opgaverne løses ikke altid mest optimalt.

Denne rapport er et led i projekt, der handler om tværgående ledelse på ældreområdet. Projektet har fokus på ledere af medarbejdere med borgerkontakt i hjemmeplejen og pleje/omsorg. Og projektet sigter på "at udvikle velfærdsledelse, der sætter kerneopgaven i centrum og nedbryder formelle og uformelle grænser i opgaveløsningen" (citater fra Projektbeskrivelsen).

I projektet deltager Aalborg Kommune, Holbæk Kommune, Kommunernes Landsforening samt forskere fra Institut for Ledelse, Politik og Filosofi på Handelshøjskolen, CBS.

Forundersøgelsen er første spadestik i den større undersøgelse om tværgående ledelse på ældreområdet. I opstartsfasen er det centralt at få afdækket de debatter, der tegner sig omkring ledelse på ældreområdet i disse år. En sådan afdækning vil bidrage til at placere det overordnede studie af tværgående ledelse på ældreområdet i en samtidshistorisk sammenhæng og skabe indsigter i, hvor projektet kan bidrage med ny viden.

Formålet med denne rapport er at skabe overblik over forskellige teoretiske tilgange til ældreområdet, samt at give indblik i eksisterende erfaringer og viden om sammenhængende borgerforløb på ældreområdet.

Rapporten rummer:

- En introduktion til udviklingen på ældreområdet i de seneste 15 år, med fokus på forandringerne i diskurserne om dette område og forandringerne i ledelsesopgaven.
- En kortfattet oversigt over videnskabelige studier på ældreområdet med fokus på, hvordan forskellige videnskabelige tilgange får betydning for, hvilke ledelsesmæssige problemstillinger, der træder frem.
- En skitsering af tre tidligere og igangværende projekter, om sammenhængende borger/patientforløb med fokus på, hvilke problemstillinger og succesfaktorer disse studier har identificeret.

Rapporten er altså en forundersøgelse, der inkluderer en oversigt over den videnskabelige litteratur på ældreområdet, samt skaber et overblik over eksisterende kommunale projekter/erfaringer med sammenhængende borgerforløb.

I rapporten indgår studier af den eksisterende forskning på ældreområdet (nationalt og internationalt), kommunale kommunikationsmaterialer og materiale fra projektets referencegruppen med repræsentanter fra KL, University Colleges, Socialministeriet, FOA, Ældresagen, borgerråd.

1. Betingelser for ledelse på ældreområdet

Hvad karakteriserer styringen af ældreområdet de seneste 10-15 år?

Styringen af ældreområdet har de seneste 15 år båret præg af den moderniseringsbestræbelse, der fandt sted i slutningen af 1990'erne, som genintroducerede idéer, der kan betegnes New Public Management.

Særligt med lovgivningen for ældreområdet i Serviceloven fra 1997 blev der med introduktionen af frit valg introduceret nye styringsformer for at opnå mere konkurrence og større kvalitet på ældreområdet. I denne periode beskrives ældreområdet i begreber om "kvalitet", "valgfrihed", "egen ansvarlighed", "brugerindflydelse", "selvbestemmelse", "gennemsigtighed", og "centralisering/ decentralisering" (Petersen 2008:187). For at opnå større kvalitet udmønter man på dette tidspunkt idéen om Frit Valg gennem styringssystemer som BUM, hvor udbyder og myndighed adskilles. Det giver mulighed for konkurrence ved at skabe rammerne for, at private virksomheder kan byde på opgaver. Samtidig foregår et arbejde med at beskrive standarder for ydelserne i Kommunernes Landsforenings Fælles Sprog, en beskrivelse, der også er nødvendig for at andre leverandører end de kommunale kan byde på opgaverne. Fælles Sprog tjener desuden som et kvalitetssikringssystem, så man kan monitorere, om der er en sammenhæng mellem, hvad der fx bliver leveret og hvad der betales (Ryberg og Kamp 2010).

Ideen om frit valg videreføres op af Fogh Rasmussen regeringen fra 2001 som et programmatisk udgangspunkt for et moderniseringsprogram (Petersen 2008:245). Fra slutningen af 1990'erne ses altså en sprogbrug, der beskriver enheder som en organisation, der kan have en forretningslogik frem for som en institution. Der er fokus på *service* og ikke alene fagligt bestemte begreber som pleje- eller omsorg. Og der er fokus på *selvstyring* i de enheder, der eksempelvis introduceres gennem BUM. Det er en selvstyring, der samtidig får følgeskab af et stigende fokus på kvalitetsstyringssystemer – som eksempelvis Fælles Sprog.

Denne virksomhedslogik skaber nogle ganske særlige betingelser for de kommunalt ansatte ledere på dette område. Dels har lederne i de kommuner, hvor Frit Valg er udrullet i en væsentlig grad, fået et større økonomisk ansvar. Ledelse er dermed ikke alene et spørgsmål om faglig ledelse og budgetkendskab, men om at kunne sælge ydelser til kunderne, fastholde kunder, ressourcestyre personalet, indtænke kompetenceudvikling ift. den daglige drift mv. Samtidig er lederne ansat i en politisk styret organisation og skal indgå i de samarbejdsrelationer og dagsordener, der sættes kommunalt.

I de seneste 5 år, ser vi imidlertid også en anden tendens i sprogbrugen og styringsrationalerne inden for offentlig ledelse. Ledelse, styring og organisering i det offentlige beskrives i stigende grad som spørgsmål om at skabe partnerskaber, der knytter sig til begreber som eksempelvis innovation, samarbejde, samskabelse, offentligt og private partnerskaber og netværksledelse. Dette ser vi også på ældreområdet, hvor begreber om innovation, nye teknologier, samarbejde, partnerskaber og netværker vinder frem.

Det overordnede projekt Tværgående ledelse på ældreområdet har et fokus på denne seneste moderniseringsbølge i det offentlige ved at stille skarpt på *partnerskaber* og *innovation*.

Fire tendenser på ældreområdet

I disse år ser vi foruden disse overordnede moderniseringsbestræbelser en række tendenser, der spiller en rolle for ældreområdet. Her vil vi pege på fire. Den første tendens handler om udviklingen af velfærdsteknologier og den forhåbning, der er til at nye teknologier vil skabe en bedre og mere effektiv ældrepleje i fremtiden. Den anden tendens er en udviklingstendens, der gennemføres i størstedelen af Danmarks kommuner i disse år, nemlig indførslen af hverdagsrehabilitering. Den tredje tendens er af mere strukturel karakter og handler om, at opgaver glider fra sygehusene til den kommunale ældrepleje og de debatter om det nære sundhedsvæsen, som overvejelserne over opgavefordelingen fører med sig. Endelig ser vi en tendens til faglig specialisering på ældre-, social- og sundheds-områderne, eksempelvis i fokuset på evidensbaseret.

Teknologier

Udsigten til at færre skal forsørge de mange ældre i de kommende årtier giver styrke til argumenterne for at tænke i nye teknologiske løsninger på ældreområdet. Udviklingen af teknologier til ældreområdet har siden slutningen af 1980'erne spillet en rolle i forhold til både økonomiske argumenter og idéer om selvhjulpethed. Det handler om alt fra lifte, kaldesystemer og medarbejdernes pda'er til it-systemer for opgave- og tidsstyring. Men den politiske bevågenhed den teknologiske udvikling intensiveres i disse år.

Disse teknologier medvirker til at skabe nogle nye betingelser for ledelse. Nogle teknologier betyder, at visse opgaver bliver lettere, mens andre kræver nye kompetencer. Samtidig betyder introduktionen af nye monitorerings- og styringssystemer, at den måde vi kan få øje på ydelsen og arbejdet på forandres.

Rehabilitering

Med plejehjemsloven i slutningen af 1980'erne nedlagde man alderdomshjemmene, og udmøntede idéen om, at de ældre borgere, der ikke var strengt plejekrævende, kunne blive længst muligt i eget hjem. Dette betød et nyt perspektiv på borgeren, der i lovgivningen blev beskrevet som en, der kunne tage aktiv del i sit eget liv.

Økonomisk stramme tider i disse år giver anledning til at tage denne tråd op på ny og gentænke borgerens rolle i forhold til sit eget helbred. Rehabiliteringsidéen handler om, at borgeren gennem træning med en terapeut kan lære selv at udføre nogle af de opgaver, hun ellers har krævet hjælp til. Dette giver borgeren mulighed for selv eksempelvis at tage et bad, og kommunen kan spare udgiften til den hjemmehjælper, der skulle have hjulpet med badet.

Rehabiliteringsidéen stiller nye krav til både borgere, medarbejdere og ledelsen. Borgerne skal selv skal tage aktiv del i deres egen pleje, og medarbejderne skal understøtte borgerens egen aktivitet. For lederen betyder det, at ledelsesansvaret bliver bredt ud – og handler nu ikke alene om at lede medarbejderne, men at lede medarbejderne til at lede borgerne, som skal lede sig selv.

Opgaveglidning og det nære sundhedsvæsen

I kølvandet på strukturreformens opdeling i regionale og kommunale enheder i 2007, er der opstået et forhandlingsrum omkring sundhedsopgaverne. Da tendensen går i retning af at

udskrive patienter fra hospitalet tidligere, skal kommunerne håndtere stadig mere syge borgere. De udskrives til pladser på plejehjemmene eller til behandling hjemme – foretaget af hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Kommunernes Landsforening argumenterer i disse år for, at man etablerer "Det nære sundhedsvæsen" i de enkelte kommuner for at kunne løfte de stadig mere krævende sundhedsopgaver, som kommunerne har.

Opgaveglidningerne har betydning for lederne på ældreområdet, da de skal håndtere stadig mere plejkrævende borgere. Det ændrer ved de typer af borgere, deres medarbejdere møder, og det stiller krav til efteruddannelse af medarbejderne og til koordineringen med andre typer af faggrupper. Indførelsen af idéen om Det nære sundhedsvæsen kan betyde gennemgribende organisatoriske forandringer, der også vil berøre lederne på det vi i dag betegner som ældreområdet.

Specialisering

En anden stor tendens i disse år er specialiseringen på ældreområdet. Det hænger dels sammen med opgaveglidningen fra fx sygehus til hjemmepleje, men ses også på det medicinske område, hvor evidensbaseret får betydning for tilrettelæggelsen og organiseringen af arbejdet.

Bevægelsen bort fra generalist-tankegangen mod mere specialisering har betydning for medarbejderne, der skal arbejde på nye måder eller sammen med specialiserede faggrupper. Men specialiseringen betyder også, at ledelse bredes ud: lederen er ikke alene en faglig leder, men skal tage sig både af faglig ledelse samt koordinering/videndeling mellem specialiserede fagligheder. Det er denne koordinering, der er udgangspunktet for dette forskningsprojekt.

Opsummering

Opsummerende kan man sige, at disse forskellige tendenser betyder, at der stilles bredspektrede krav til ledelsen. Lederens opgave bliver at navigere i et forventningspres, hvor hun både skal orientere sig mod sit arbejde som en virksomhedsleder og som en loyal embedsmand, som en stabil økonomisk leder og som innovatør, som en leder med gode regnskaber, der leder med sigte på borgerens selvledelse, og som en leder, der kan indgå i fagligt specifikke opgaver, men samtidig se ud over det snævert faglige.

2. Forskellige blikke på ældreområdet

I den samfundsvidenskabelige litteratur om ældreområdet anlægges der meget forskellige perspektiver på, hvordan ældreområdet skal forstås og i hvilke sammenhænge, området må ses. Disse forskellige blikke har betydning for, hvad der anses som problemet, og dermed også hvilke ledelsesmæssige problemstillinger og områder, der følgende bliver relevante at udvikle. Her vil vi lave en skitsering af de forskellige tilgange til ældreområdet og pege på, hvilke implikationer disse tilgange får for, hvad der kan træde frem som mulige løsninger.

Det følgende er altså ikke et detaljerigt review, men snarere en kortlægning, der skal skabe overblik over de debatter, der er i den samfundsvidenskabelige litteratur på ældreområdet. En sådan kortlægning tegner et landskab op, der gør det muligt at få øje på, at de måder, hvorpå vi anskuer udfordringerne, får betydning for de muligheder og indsatsområder, vi ser fremadrettet i projektet. Her har vi skitseret tre tilgange, der ikke er gensidigt udelukkende, men nærmere repræsenterer forskellige (disciplinære) tilgange til feltet.

Ældreområdet er et spørgsmål om besltningsstrukturer

En væsentlig del af den danske forskningslitteratur på ældreområdet sætter ældreområdet i et organisatorisk eller strukturelt perspektiv. Her træder ældreområdet eksempelvis frem som et felt, der er defineret ved sine beslutninger og besltningsstrukturer.

Et eksempel på en organisatorisk vinkel er Højlund og Knudsen (2010), der i en analyse af borgerinddragelse viser, hvordan en politisk ambition om at inddrage borgeren kun udfolder sig i en af de mange instanser, som borgerens sag kommer igennem, nemlig i genoptræningen. Analysen viser, hvordan forskellige dele af det offentlige system træffer beslutninger ud fra deres specifikke rationale - men uden at inddrage borgeren eller de andre dele af systemet i disse beslutninger. Dette sker kun hos genoptræningsterapeuterne, der møder borgerne fysisk.

I den type analyser, der fokuserer på organisatoriske problemstillinger som fx besltningsstrukturer, bliver ledelse ofte også et spørgsmål om disse organisatoriske problemstillinger. Eksempelvis kunne man i et perspektiv med et fokus på besltningsstrukturer pege på, at en uklarhed om besltningskompetence kan forhindre, at der træffes beslutninger, eller at silostrukturer forhindrer, at man træffer velfunderede beslutninger.

Et fokus på et organisatorisk eller strukturelt niveau sætter altså en særlig horisont for, hvordan der kan problematiseres, men også for, hvilke løsninger, det bliver muligt at få øje på. Her vil en løsning typisk være en afklaring af, hvor besltningskompetencen skal være eller på, at fx netværksstrukturer kan give et fornyet handlerum.

En ledelsesmæssig udfordring kunne i dette perspektiv handle om at balancere mellem forskellige nogle gange modsatte incitamenter på de forskellige niveauer i kommunen. Eksempelvis: Er jeg loyal over for kommunens overordnede budget eller mit eget?

Ældreområdet er et spørgsmål om logikker

En anden tilgang til ældreområdet fokuserer ikke primært på beslutningsstrukturer, men snarere på de iboende logikker, der kan ligge i særlige systemer, som eksempelvis Frit Valg. Dette perspektiv fokuserer på de idéer, der ligger til grund for en lovgivning eller et tiltag, og på betydningen af disse idéer for de effekter som lovgivningen eller tiltaget får.

Eksempelvis undersøger den hollandske filosof Annemarie Mol (2008), hvordan Frit Valgssystemet, som man har indført i Holland er en anden logik end den, der er forbundet med helbredelse, nemlig en pleje/omsorgslogik (*logic of care*). Hun viser, hvordan Frit Valglogikken betyder, at patienten bliver til en kunde, borgeren til en krop og lægen til en leder.

I den type analyser, der fokuserer på logikker eller rationaliteter, bliver ledelse ofte til et spørgsmål om disse logikker. Eksempelvis kunne man i dette perspektiv pege på, at det gør en afgørende forskel, om ledelse orienteres mod en demokratisk logik eller en virksomhedslogik.

Et fokus på logikker sætter altså en særlig horisont for, hvordan der kan problematiseres, men også for hvilke løsninger, det bliver muligt at få øje på. Her vil en løsning typisk være at ændre på sproget, eller skabe nogle systemer, der understøtter eksempelvis en omsorgslogik.

En ledelsesmæssig udfordring kunne i dette perspektiv handle om, hvordan man balancerer mellem en økonomisk rationalitet og en pleje-/omsorgsrationalitet. For nogle ledere vil dette se ud som et sammenstød mellem en økonomisk rationalitet og en pleje-/omsorgsrationalitet. Andre vil måske pege på, at de må nytænke deres ledelse for at agere på et marked.

Ældreområdet er et spørgsmål om faglighed

Den tredje tilgang, som vi vil fremhæve her er en professionssociologisk tilgang, der fokuserer på arbejde og faglighed på ældreområdet. Her er det den faglige udvikling eller faglige grænser, der problematiseres.

Et eksempel på en sådan tilgang er Hanne Marlene Dahls undersøgelse af, hvordan hjemmehjælpen som profession konstrueres, dvs. hvilke kundskabskompetencer, der beskrives for hjemmehjælpen og hvordan de udvikler sig historisk (Dahl 1999:38). Dahl undersøger den historiske forandring med beskrivelserne af hjemmehjælpere siden 1943, og hun peger på, at 1990'erne er karakteriseret ved en kamp om at definere professionen som et led en 'styrings- og udgiftsmæssig diskurs' og den i 1990'erne begyndende 'ledelses- og udviklingsdiskurs'.

I denne type analyse er fokuset på faglighed, og ledelse bliver i dette perspektiv et spørgsmål om, hvilke rammer ledelse sætter for medarbejdernes faglighed. Eksempelvis kunne man i dette faglige perspektiv få øje på, hvad det betyder, at forskellige medarbejdergrupper søger at definere deres faglighed. Eller få øje på, hvilken rolle en faglig specialisering spiller.

Et fokus på faglighed sætter en særlig horisont for, hvordan der kan problematiseres, men også for hvilke løsninger, det bliver muligt at få øje på. Her kunne typiske løsninger handle om, at ledelse er et spørgsmål om at opkvalificere medarbejderne eller om at oversætte mellem forskellige fagligheder blandt medarbejdere.

En ledelsesmæssig udfordring kunne i dette perspektiv handle om, hvordan man til stadighed opkvalificerer sine medarbejderes kvalifikationer, og hvordan man faciliterer oversættelsen mellem forskellige fagligheder.

De teoretiske blik i projektet

Projektet om tværgående ledelse på ældreområdet har, som vi har set, en ambition om at undersøge og udvikle ledelse. Ledelse kan imidlertid problematiseres fra flere forskellige vinkler. Her er det centralt at være opmærksom på, hvilke forskellige vinkler eller blikke, projektet anvender i forhold til at udpege problemstillinger, da disse også har indflydelse på, hvilke udviklingspotentialer, projektet har.

Projektbeskrivelsen lægger op til, at en stigende specialisering sætter nogle særlige betingelser for ledelse, og at en væsentlig problemstilling handler om koordineringen på tværs af "enheder, traditioner og sprog". Problemstillingen omkring tværgående ledelse kan både angribes som et organisatorisk eller fagligt spørgsmål eller som et spørgsmål om logikker, og de forskellige vinkler, giver forskellige muligheder for at udvikle området.

Udover fokuset på tværgående ledelse, lægger projektbeskrivelsen vægt på begrebet "sammenhængende borgerforløb". Idéen er, at tværgående ledelse gerne skulle have en positiv betydning for de ældre borgere, ved at de oplever større sammenhæng mellem de ydelser og instanser, de møder i kommunen. Projektet arbejder altså med en antagelse om, at der kan være en sammenhæng mellem tværgående ledelse og sammenhængende borgerforløb. Men måske er denne sammenhæng ikke så ligetil. En undersøgelse af sammenhængende patientforløb fra et patientperspektiv viser, at "sammenhæng [handler] om de nære begivenheder og relationer i mødet med læger og sygeplejersker, i samtalen, i hverdagen og i de arbejdsgange, der bidrager til at forme forløbet" snarere end "effektive processer og arbejdsgange" (Martin 2011).

Næste afsnit af rapporten vil give et overblik over erfaringerne med at skabe sammenhængende forløb for borgere/patienter.

3. Sammenhængende forløb for borgere/patienter: Tre cases

Problemstillinger omkring sammenhængende borgerforløb, - patientforløb eller tværgående ledelse på ældreområdet rejses i disse år i en række kommuner. En søgning viser, at begrebet "sammenhængende borgerforløb" optræder i hensigtserklæringer og projektbeskrivelser for eksempelvis Furesø Kommune, Københavns Kommune, Silkeborg Kommune og Odense Kommune. I disse kommuner er projekterne imidlertid endnu i deres begyndelse, og der foreligger ikke offentligt tilgængelige projektbeskrivelser eller projektevalueringer. "Sammenhængende borgerforløb" er desuden endnu ikke forskningsmæssigt belyst eller beskrevet i danske eller internationale tidsskrifter.

Hvor forskningen og projekterne med fokus på "borgere", dvs. fx ældre borgere, glimrer ved deres fravær, forholder det sig imidlertid anderledes på sundhedsområdet. Her har der særligt igennem de seneste 5 år været et stort fokus på "sammenhængende patientforløb". I 2007 blev et mål om sammenhængende patientforløb beskrevet i den daværende regerings kvalitetsreform (Regeringen 2007). Her hed det:

Et mere sammenhængende patientforløb

- Hver region skal systematisk implementere faglige og planlægningsmæssige styringsværktøjer, der sikrer sammenhængende behandlingsforløb
- Regioner og sygehusledelser skal gennem klare ledelsesvilkår overvåge og belønne sammenhængende patientforløb
- Nationalt og regionalt skal der skabes økonomisk mulighed og incitament til at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af enheder
- De alment praktiserende speciallæger skal forpligtiges til at følge fælles faglige forløbsregimer mv. (Regeringen 2007:217).

I 2008 blev sammenhængende patientforløb desuden indført som en del af sygeplejeuddannelsen med denne beskrivelse:

Tema: Sygepleje og kompleks klinisk virksomhed

Modulet retter sig mod klinisk sygepleje relateret til patienter/borgere med komplekse, akutte og kroniske sygdomme. Modulet retter sig også mod den enkelte patient og dennes netværk med henblik på at planlægge, tilrettelægge, koordinere, udføre og dokumentere sammenhængende patientforløb. Modulet kan tilrettelægges i psykiatri, i primær sundhedstjeneste eller i sekundær sundhedstjeneste i forhold til børn, unge, voksne og ældre. (Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje 2008:4.11).

Da der stort set ikke eksisterer videnskabelig litteratur eller projektbeskrivelser og evalueringer af tværgående ledelse på ældreområdet eller sammenhængende borgerforløb, vil vi i stedet rette blikket mod de erfaringer, man har gjort sig på sundhedsområdet om sammenhængende patientforløb.

For at skabe et overblik over de ofte beslægtede problemstillinger på sundhedsområdet, vil de næste sider derfor gennemgå tre cases, der skitserer tidligere og igangværende projekter, om sammenhængende patientforløb med fokus på, hvilke problemstillinger disse studier har identificeret. De tre studier beskæftiger sig alle mere eller mindre direkte med organiserings- og ledelsesformer, men gennemgangen af disse studier vil sætte fokus på casenes

perspektiver på organisations- og ledelsesformer i relation til at skabe sammenhængende borgerforløb og tværgående ledelse.

Case 1: Hillerød kommune: Forskningsprojekt om koordination af patientforløb

Dette forskningsprojekt er udført af KLEO, Professionshøjskolen UCC. Studiet er interessant i denne sammenhæng, dels fordi det har taget udgangspunkt i afdelingen Ældre og Sundhed i Hillerød Kommune, og dels fordi projektet fokuserer på samspillet mellem de organisatoriske rammer og den sundhedsprofessionelles praksisser i forhold til at skabe sammenhængende patientforløb.

Formålet med forsknings- og udviklingsprojektet (aktionsforskning) var at undersøge, hvordan organisatoriske rammer spiller sammen med den sundhedsprofessionelles indsats med fokus på "det lille ekstra", som projektet antager at være det centrale for at give sammenhængende forløb i sundhedsvæsenet (Bovin et al. 2011:5). Målet skulle være at bidrage med viden om "behov for og konsekvenser af organiseringen af koordinerende funktionsområder på det kommunale sundhedsområde." (ibid. 11)

Projektet bygger på et litteraturstudium, gruppe- og enkeltinterviews i afdelingen Ældre og Sundhed i Hillerød Kommune.

Projektet peger på, at de beslutninger den sundhedsfaglige kan tage må ses inden for rammerne af en kommunal sundhedspraksis, der er præget af nogle overordnede spændingsfelter. Set i et perspektiv med fokus på tværgående ledelse, er der især to tematikker i rapporten, der er interessante:

1. Forholdet mellem specialisering og en bred borgertilgang
2. Forholdet mellem centralisering og decentralisering af koordinering

1. Forholdet mellem specialisering og en bred borgertilgang

Rapporten peger på, at sundhedsvæsenet er præget af en høj grad af specialisering, hvilket betyder, at "den sundhedsprofessionelle er kommet til at vide mere og mere, men om mindre og mindre." (ibid. 59). Forfatterne peger på, at et fokus på koordinering og sammenhængende patientforløb giver mulighed for at få øje på, at sundhedsindsatsen som helhed og den enkelte professionelles indsats-del ikke altid afspejler hinanden. Delindsatsen sker ikke altid i overensstemmelse med helheden (specialisten har ikke altid overblik over helheden) og den hele og systematiske indsats planlægges til tider uden blik for de nære møder mellem borger og professionel (eksempelvis i standardiserede forløb eller ydelser).

Der kan med andre ord optræde spændinger mellem:

- En diagnostisk patienttilgang vs. bred borgertilgang
- Standardisering vs. individualitet

Forfatterne peger på, at "ansvaret for koordination derfor [kan] siges at være et ansvar for at samle to perspektiver, nemlig det specialiserede delperspektiv og det overordnede helhedsperspektiv." (ibid. 59)

2. Forholdet mellem centralisering og decentralisering af koordinering

Med henvisning til den øgede specialisering peger forfatterne på, at det kan diskuteres, hvorvidt sammenhænge i patientforløb kan eller skal være et etisk ansvar for den enkelte professionelle, eller snarere må ses som en systemmæssig udfordring (ibid. 59). Forfatterne peger på, at hvis problemstillingen ses som en systemmæssig udfordring, da ses den enkelte professionelle (delen) og sundhedsvæsenet (helheden) som modsætninger. Hvis organisationens „store fortælling“ om sammenhæng imidlertid skal mødes med borgernes mange „små fortællinger“, kan man omvendt argumentere for, at de sundhedsprofessionelle

"må være ansvarshavende for det fortolkningsarbejde, der ligger i mødet mellem stor fortælling og små fortællinger."

Rapporten udpeger altså en spænding mellem en centralisering af ansvaret for at koordinere (at det er en systemmæssig udfordring, der skal løses centralt) og en decentralisering i ansvaret for at koordinere (at det er den enkelte professionelles ansvar).

Her peger forfatterne på, at det er væsentligt, at system og individ afspejler hinanden: "At den sundhedsprofessionelle medarbejder er organisatorisk kompetent og så at sige kan legemliggøre organisationen", samtidig med "at organisationen er responsiv i forhold til medarbejderens kompetencer."

Forfatterne foreslår, at denne "responsivitet" kan udfoldes på to måder. Dels, at ved at "den professionelle borgernært indhøstede erfaringer systematisk indarbejdes i organisatoriske strukturer og kulturarbejde" og dels ved "at organisationen understøtter udfoldelsen af den enkeltes kompetencer og herunder den enkeltes ansvarstagning." (ibid. 60)

Rapporten konkluderer overordnet, at jo tættere forskellige koordinerende funktioner kommer på at være organisatoriske funktioner, des mere tager den sundhedsprofessionelle ansvar for koordineringen, mens de sundhedsprofessionelle, der i praksis er langt fra de organisatoriske funktioner ofte formelt er dem, der har ansvaret for at koordinere. Rapporten peger desuden på, at:

- Megen koordinering består i at oversætte mellem organisatoriske logikker og den enkelte borger.
- Forhandlinger står ofte om at skabe kvalitet i spændingsfelter mellem formel legalitet og professionsetisk begrundet legitimitet.
- De konkrete former for opgavevaretagelse, og betingelserne for dem, peger på en række punkter, som man i den kommunale organisering og i det sundhedsprofessionelle arbejde må være opmærksom på, hvis man vil understøtte koordination af forløb. (ibid. 6)

Med udgangspunkt i kortlægningen dels af disse overordnede spændinger mellem specialisering vs. en bred borgertilgang og centralisering vs. decentralisering af koordinering, og dels konkrete analyser af koordinationsproblematikker, udpeger rapportens forfattere en række fokuspunkter og anbefalinger:

1. Et systematisk arbejde for at få helhed (system) og del (sundhedsprofessionel) til at stemme overens

For at skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet foreslår rapporten en strategi, der sigter på, at enkeltmedarbejdere i en videre udstrækning kan repræsentere organisationen samt at organisationen på den anden side "er responsiv over for enkeltmedarbejderes borgernært indhøstede erfaringer." (ibid. 5)

2. Koordinatorrolle skal kvalificeres

I Hillerød kommune, som i flere andre kommuner, er koordinationsansvaret placeret centralt hos specialiserede koordinatore. Her foreslår rapporten, at der skal sættes fokus på, "hvordan *viden* om enkeltborgere tilgår koordinatore". I kommuner, hvor koordinationsansvaret er placeret decentralt hos udførere, "skal der sættes fokus på, hvordan ansvar for særligt koordinationskomplekse *forløb* tilgår personer med tilsvarende koordinationskompetence." (ibid. 5-6)

3. Styrkelsen af strukturerne for koordineringsindsatsen

Rapporten foreslår, at der udvikles en "koordinationsstratificering som supplement til den klinisk orienterede stratificering i forløbsprogrammerne" (fx KOLpatient forløb), samt at "den sundhedsprofessionelles ansvarstagning for koordination [...] understøttes via samarbejdsaftaler på ledelsesniveau herunder aftaler om tværgående organiseringer." (ibid. 6)

4. Kompetenceudvikling

Rapporten peger på, at koordinering forudsætter specifikke organisatoriske, pædagogiske, personlige og kliniske kompetencer. Forfatterne foreslår, at man laver kompetenceudvikling "på baggrund af en samlet og strategisk vurdering af specifikke behov for koordinationskompetence med udgangspunkt i en koordinationsstratificering." (ibid. 6)

5. Organisationskulturel udvikling

Endelig foreslår rapporten, at man arbejder med "forståelser af egne og andres professionelle og organisatoriske roller. Dette skal ske i forståelse for, at kulturel rodfastelse af strukturelle ændringer kan være en langvarig proces." (ibid. 6)

Opsummerende

Rapporten er interessant, fordi den udpeger nogle af de spændinger, den øgede specialisering giver i forhold til at skabe sammenhæng for den enkelte borger eller patient.

Den er samtidig interessant, fordi den stiller sig kritisk over, hvad det indebærer at centralisere koordineringsbestrebelsene i en særlig enhed, der tager sig af specielle forløb, som fx KOL-patienter. Den peger på, at dem der får det endelige ansvar for at skabe sammenhæng er de sundhedsprofessionelle med kontakt til borgerne.

Case 2: Indsats og udfordringer i forbindelse med samarbejde på tværs af sektorer i Horsens-området

Denne case handler om samarbejdet på tværs af kommune, praktiserende læge og hospital om at gennemføre et forløbsprogram for patienter med hoftebrud. Casen baserer sig på et studie udført af Anne Brøcker og Mille Thorsen (2011), der er ansat ved Danmarks Sundhedsinstitut (DSI). Studiet er interessant i denne sammenhæng, fordi det undersøger "indsats og udfordringer i forbindelse med samarbejde på tværs af sektorer". Det har fokus på patienter med hoftebrud – dog ikke alene på patientforløb i en snæver forstand, men også på "forebyggelse og sikkerhed" i kommunalt regi.

Formålet med studiet har været at evaluere et tværsektorielt forløbsprogram for patienter med hoftebrud, som er blevet gennemført i et samarbejde mellem Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder, og kommuner og praksis i hospitalets optageområde. Målet med det tværsektorielle forløbsprogram er at "forebygge hoftebrud og skabe gode og sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer". (ibid. 6)

Studiet fokuserer ikke på effekterne af forløbsprogrammet for hoftepatienter. Målet med studiet har snarere været at bidrage med viden om de processer, der er forbundet med de fagprofessionelles arbejde med forløbsprogrammet. Studiet belyser desuden patienternes oplevelser af den forebyggende indsats, indlæggelse og overgangen til eget hjem (rehabilitering). (ibid.)

Studiet bygger på telefoninterviews med praktiserende læger, fokusgruppeinterviews personale i kommuner og på hospitalet og enkeltinterviews med patienter.

Studiet er udmundet i en rapport, der overordnet peger på, at det kræver en stor og fokuseret indsats at implementere et tværsektorielt samarbejde, og at hospitalspersonalet i langt højere grad end det kommunale personale og de praktiserende læger synes, at forløbsprogrammet giver mening i det daglige arbejde.

I denne sammenhæng er der desuden tre temaer omkring udfordringerne med at skabe sammenhængende patientforløb for hoftepatienter, der er interessante:

1. Forløbsprogrammerne er en lille brik i en kompleks helhed
2. Videndeling er en udfordring
3. Patienternes perspektiv er anderledes end et organisatorisk perspektiv

1. Forløbsprogrammer er en lille brik i en kompleks helhed

a. Forløbsprogrammerne er et af mange tiltag

Rapporten peger på, at en væsentlig problemstilling for den kommunale indsats handler om, at det samme personale varetager tilbud og behandling af borgere/patienter med en "lang række forskellige problemstillinger. Det er svært at huske, når der er særlige programmer, som kun gælder mindre grupper". Når man er i dialog med borgeren, bliver delprogrammerne en brik i helheden (Ibid. 11).

Dette gælder også hos de praktiserende læger, der peger på, at det er vigtigt at nye tiltag giver "en bedre løsning", fordi nye initiativer betyder flere skemaer og mere arbejde – der er mange regler og retningslinjer på alle områder. (ibid. 11)

b. De andre dele af organisationen er uoverskuelige for den enkelte medarbejder

Rapporten peger i denne forbindelse på, at det for kommunerne eksempelvis er komplekst og besværligt, at borgerne i kommunen hører til forskellige hospitalers optageområde. Man

skal som kommune deltage i forskellige samarbejdsfora, og de aftaler, der laves med et hospital, gælder måske ikke, når man samarbejder med et andet hospital. (Ibid. 12)

Rapporten fremhæver, at de praktiserende læger peger på, at de mange strukturforandringer og hospitals- og afdelingssammenlægninger også har betydning for samarbejdet. De praktiserende læger beskriver det som sværere at finde rundt på hospitalerne – at finde ud af hvem man skal tale med. (ibid. 12)

Endelig peger rapporten på, at det er svært for de enkelte medarbejdere i kommunerne og i praksis at følge med i og have overblik over, hvordan organisationen af patientforløbene er på hospitalet. Eksempelvis beskriver rapporten, hvordan hjemmesygeplejerskerne er i tvivl om, hvorvidt der laves faldudredning på hospitalet i forbindelse med indlæggelse for hoftebrud. De praktiserende læger kender heller ikke den konkrete organisering af patientforløbene. Og så fremhæves hjælpemiddelområdet som et område, hvor de kommunale medarbejdere er usikre og har forskellige forståelser for, hvem der gør hvad i forbindelse med udskrivning (ibid. 13).

2. Videndeling er en udfordring

a. Der trækkes ikke på andre kommuners/hospitalers erfaringer

Rapporten peger på, at medarbejderne i en af de medvirkende kommuner var optagede af, at der eksisterer en del viden og erfaring med redskaber til faldudredning andre steder i landet. Denne viden oplevede medarbejderne ikke blev formidlet eller udnyttet i forbindelse med lokale implementeringer af forløbsprogrammet. (ibid. 19)

b. De elektroniske systemer

Rapporten peger desuden på, at de kommunale medarbejdere finder det u hensigtsmæssigt, at de elektroniske kommunikationssystemer ikke kan tale sammen. De fremhæver det som en fordel, at nogle typer meddelelser kan sendes elektronisk, men ved udskrivning og fremsendelse af papirer i den forbindelse, er man stadig henvist til fax. Det betyder, at man i den modtagende ende skal taste oplysninger ind manuelt – det tager tid, og resultatet er derfor, at man prioriterer, hvilke oplysninger der bliver registreret. Rapporten fremhæver derfor, at manglen på elektronisk overførsel fører til tab af information i forbindelse med overgange mellem sektorerne. (ibid. 20)

Denne udfordring omkring udfordringer og barrierer i forbindelse med elektronisk kommunikation imellem sektorerne er ifølge rapporten større for de kommunalt ansatte medarbejdere end for personalet på hospitalet. De deltagende fra hospitalet fremhæver i stedet mulighederne for elektronisk understøttelse af patientforløbene internt på hospitalet. Her peger de på Elektronisk Patientjournal (EPJ) som et ”godt redskab til at huske, hvad man skal, til at dokumentere det, man gør, og til at kommunikere mellem afdelingerne.” (ibid. 27)

Rapporten fremhæver også, at medarbejderne på hospitalets beskrivelser af Det nationale Indikator-projekt (NIP). I dette projekt registrerer alle faggrupper en række informationer i forbindelse med patienter for hoftebrud, og personalet følger de specifikke målsætninger i NIP-projektet. Rapporten fremhæver imidlertid, at NIP-tallene bruges ikke til intern kvalitetsopfølgning, og medarbejderne ser ikke resultaterne (ibid. 27).

c. Afstand og forskellighed mellem sektorerne

Rapporten peger på, at frontpersonalet i kommunerne stadig oplever store forskelle i, hvordan repræsentanter for de to sektorer anskuer verden. (ibid. 21)

Ifølge rapporten efterlyser de interviewede mere og bedre kommunikation på tværs af sektorerne som en vej frem mod (endnu) bedre samarbejde. Rapporten fremhæver imidlertid, at jo mere komplekse aftalerne om samarbejde bliver, des større bliver behovet for at skabe gode rammer for kommunikation. Rapporten peger på, at medarbejderne på hospitalet efterlyser tilbagemeldinger fra kommuner og praktiserende læger "for at styrke både den faglige indsats og det daglige samarbejde." (ibid. 27)

c. Forsøg med patientaudits

Rapporten beskriver, at der som led i forløbsprogrammet er planlagt gennemførelse af fælles såkaldte journalaudits, hvor både kommuner og hospital ser på konkrete patientforløb for at "blive klogere på, hvordan samarbejdet foregår, hvor godt der dokumenteres, og hvor der er udfordringer internt i organisationerne og i samspillet på tværs" (ibid. 28). Dokumentation er en udfordring begge steder, men især i kommunerne kniber det med at få samlet overblik over, hvad der egentlig er sket i det enkelte forløb. (ibid. 28)

Rapporten peger på, deltagerne har oplevet, at gennemgangen af konkrete forløb har givet anledning til relevante generelle diskussioner. Eksempelvis har deltagerne nævnt, hvordan et hurtigt forløb, hvor en dement patient, der var på plejecenter, kom hurtigt igennem indlæggelse førte til en diskussion om, hvorvidt andre forløb også kan accelereres (ibid. 28)

Konkret omkring audits og mødet om udvalgte patientforløb vurderer rapporten på baggrund af deltagelse i møderne, at det er en fordel, når det er personale, der kender til patienterne, der er involveret i audit (ibid. 28).

3. Patienternes perspektiv

Rapporten peger på, at de medvirkende patienter i undersøgelsen ikke umiddelbart reflekterede over den organisation, som de kom igennem internt på sygehuset eller over de organisatoriske sammenhænge ved overgang fra at have været indlagt på sygehuset til at blive udskrevet og eventuelt modtage hjælpemidler, hjemmepleje eller genoptræning. Rapporten konkluderer, at de interne og tværgående organisationer ikke er synlige for patienterne (ibid. 36). Forfatterne henviser til Martin (2011), der peger på, at det vigtigste for patienten ikke er effektivitet og god organisering, men oplevelsen af, at der er "styr på mig". (Martin 2011).

Konklusioner

Om forløbsprogrammet

Rapporten konkluderer, at de medarbejdere, der fra kommunal side beskæftiger sig med målgruppen, ikke oplever, at forløbsprogrammet har gjort en stor forskel for, hvordan de arbejder med målgruppen. "Forløbsprogrammet er med til at systematisere indsatsen, men har ikke afgørende betydning for, hvilke tilbud der er til borgerne, eller hvordan de udmøntes." (ibid. 38).

Rapporten beskriver desuden, at de interviewede praktiserende læger af forskellige årsager anskuer programmet som mindre relevant, både for praksis generelt og for dem personligt. De giver blandt andet udtryk for, at man som praktiserende læge allerede har fokus på "den hele patient" – herunder risiko for og forebyggelse af fald, hvorfor et program med denne særlige fokus ikke er særlig relevant for dem. (ibid. 40)

På hospitalet er billedet anderledes, da forløbsprogrammet, ifølge rapporten, har haft indflydelse på den lokale organisering af arbejds gange og kommunikation. Her beskriver de deltagende, at forløbsprogrammet har haft en positiv indflydelse på patienternes forløb under indlæggelse. "Patienterne kommer hurtigere igennem forløbet – flere opereres tidligere end før, og der arbejdes mere systematisk med ernærings screening og vurdering af funktionsniveau end tidligere" (ibid. 38).

At hospitalspersonalet i langt højere grad end det kommunale personale synes, at forløbsprogrammet giver mening i det daglige arbejde tilskrives i rapporten, at forløbsprogrammet ikke er fuldt implementeret i den kommunale dagligdag. Rapporten påpeger, at "det er svært at nå helt ud i den kommunale organisation", og at "implementering af nye indsatser og tiltag kræver en høj grad af ledelsesopbakning, hvis de skal få gennemslagskraft." (ibid. 38).

Om samarbejde på tværs

Rapporten fremhæver, at interviewpersonerne fra kommunen og de privatpraktiserende læger nævner disse elementer som eksempler på tiltag, der fremmer samarbejde på tværs:

- Fælles undervisning af personale i kommuner og på hospitalet
- Direkte dialog mellem personalet i de to sektorer
- Kontakt tidligt i indlæggelsesforløbet
- Respekt og tillid
- Tydelig kommunikation (eksempelvis ICF-rapporter)
- Nem elektronisk kommunikation
- Fælles redskaber til kommunikation. (ibid. 22)

Opsummerende

Overordnet er rapporten interessant, fordi den peger på, at tiltag for at styrke koordineringen gennem eksempelvis forløbsprogrammer indgår en lille brik i en kompleks helhed af en række tiltag og ændringer, som ansatte i kommuner, praksis og på hospitalet skal manøvrere i. Rapporten stiller desuden skarpt på, at videndeling er en væsentlig udfordring, både i forhold til at trække på andres erfaringer under implementering, med ukompatible elektroniske systemer og i forhold til de forskellige verdener, der ikke altid har den nødvendige forståelse af hinandens arbejds gange og logikker.

Endelig peger den på, at patienterne eller borgerne ikke nødvendigvis er optagede af den organisatoriske baggrund for deres behandlingsforløb. Sammenhængen mellem borgernes oplevelse af et forløb og det organisatoriske og ledelsesmæssige maskineri hænger dermed ikke entydigt sammen.

Case 3: Brobygning med papir

Denne tredje case adskiller sig fra de andre to cases ved at være en forskningsartikel, og altså ikke en evaluering eller erfaringsopsamling i samme forstand som de andre cases. Artiklen er imidlertid relevant her, fordi den undersøger bestræbelsen på at bygge bro mellem forskellige dele af sundhedsvæsnets. Artiklen tager udgangspunkt i et udskrivningsdokument – en såkaldt epikrise, der har til formål at bygge bro mellem hospitalet og de dele af sundhedsområdet, som patienten efterfølgende kommer i berøring med. Artiklen hedder Brobygning med papir: "den gode epikrise" og den svære koordinering, og er skrevet af Signe Vikkelsø (2004), der er ansat ved Institut for Organisation ved CBS. Trods sine 8 år, er artiklen interessant, fordi den gennem et grundigt beskrevet empirisk eksempel peger på nogle centrale problematikker i forhold til koordinering i sundhedsvæsnets.

Artiklen bygger på empiriske data fra observationer, interviews og dokumentanalyse i en undersøgelse i perioden 2000-2003 af den elektroniske patientjournal (ibid. 101)

Epikrisen som koordinationsværktøj mellem forskellige sektorer

Artiklen stiller skarpt på, at samtidens distribuerede og langvarige patientforløb stiller større krav til koordineringen af sundhedsfaglige ydelser. Som vi også ser det i 2012, søgte man i 2004 at integrere eller samordne sundhedsfaglige ydelser - fx hospital og kommune/praktiserende læge (2004:97).

En af løsninger på koordineringsvanskelighederne var på dette tidspunkt – og havde været det siden begyndelsen af 1990'erne - et udsigelsesbrev, den såkaldte "epikrise". En epikrise er en "tekst, der sammenfatter et indlæggelsesforløb på et sygehus med henblik på at informere om patientsagen, så den kan videreføres andetsteds" (ibid. 98).

Artiklen peger på, at epikrisen i princippet skulle "være en enkel og effektiv måde at udveksle information mellem sektorer, men der har været vedvarende kritik af dens evne til at binde sundhedsvæsnets aktører sammen." (ibid. 98).

For at styrke epikrisen på dette tidspunkt, er der foreslået en række forskellige tiltag, bl.a. en standardisering af epikrisens indhold; forslag om at opprioritere epikriseopgaven på hospitalet; at der udsendes midlertidige kortfattede epikriser, da de ofte er forsinkede; at patienten selv opbevarer deres journaler med alle relevante oplysninger, og at der tages andre kommunikationskanaler i brug, såsom telefax.

Siden artiklen i 2004 er en række informationsteknologier introduceret på hospitalerne, som bl.a. sætter særlige standarder for, hvad dokumenter som en epikrise skal rumme, og som giver muligheder for at sende epikrisen hurtigere afsted. Men spørgsmålet om kommunikationen mellem hospitalet og eksempelvis hjemmeplejen formuleres stadig som et problem. Det ser vi eksempelvis i den tidligere regerings satspuljeoplæg i 2011¹, men vi ser det også vores interviews med ledere på ældreområdet fra maj 2012.

Kritikken af epikrisen på dette tidspunkt (2004) kan ifølge Vikkelsø inddrages i to, der formentlig vil kunne genfindes i dag. Den ene handler om at standardisere arbejdsgangene for epikrisen, med en antagelse om, at hospitalslægerne ikke prioriterer epikrisen; den anden om at standardisere indholdet af journaler og epikriser, med en antagelse om at informationsbehovet og kommunikationsopgaven ikke er afklaret i tilstrækkelig grad (ibid. 101).

¹http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Puljer/2011/August/satspuljeoplaeg_medicinske_patienter.aspx

Epikrisens tilblivelsesproces: Flere hensyn end kommunikation på tværs

Vikkelsø peger i artiklen på, at selvom ændrede arbejdsgange har ført til hurtigere udsendelse af epikriser, så viser det sig, at kvaliteten halter. En oplagt forklaring er, at ændringerne ikke er blevet godt nok implementeret, og at den teknologiske infrastruktur ikke er stilstrækkeligt udviklet. Vikkelsøs forklaring er imidlertid en anden, nemlig at epikriser ikke er en entydig kommunikationsopgave, men snarere bliver til i et kompliceret samarbejde mellem læger, sekretærer, patienter, dokumenter og teknologier, hvor der er forskellige modstridende hensyn at tage, fx hensynet til en fagligt brugbar epikrise over for hensynet til en organisatorisk legitim epikrise.

Vikkelsø peger på, at der er et helt grundlæggende dilemma i hospitalets håndtering af epikrisen. Et dilemma mellem hensynet til faglighed i forhold til en juridisk legitimitet (ibid. 103). Dette dilemma, argumenterer Vikkelsø, løses ikke ved at standardisere epikrisens indhold eller arbejdsgange (ibid. 101).

Følger man epikrisens tilblivelsesproces, synes der at være flere hensyn end at kommunikere på tværs af sektorer og institutioner om en afsluttet fase af et patientforløb (ibid. 103).

Ifølge Vikkelsø kan epikrisens tilblivelsesproces ses som gennemgående tre faser:

a) Etableringen af grundlaget for epikrisen

- Processen med at lukke journalen, så den kan bruges som fundament for epikrisen er kompliceret og afhængig af en lang række faktorer. Sekretæren og lægens samarbejde om at opstøve og ordne relevant data er ikke altid enkelt og sekretæren må i nogle tilfælde overrække en række mangelfulde og usammenhængende dokumenter om patientsagen til lægen (ibid. 108).

b) Kompositionen af epikrisen

- Lægens udskrivelsesnotat kan ofte bruges som grundlag for epikrisen, men udskrivelsesnotatet giver kun fuld mening i sammenhæng med de andre dokumenter på patienten. Epikrisen skal imidlertid kunne give mening som et selvstændigt udsagn. Samtidig er epikrisen en flertydig tekst, der skal kunne bruges af forskellige aktører. Formuleringen er derfor en balancegang mellem indforstået fagsprog og lægmandssprog, samt mellem juridisk bindende og fagligt overbevisende udsagn. Dette giver standarden for epikrisen ikke altid rum til (ibid. 109)

c) Oprydningen efter epikrisen og korrektion af epikrisens ordlyd

- Arbejdet med at skrive epikrisen ind og makulere journaler samt gennemgå epikrisen for tvivlsområder, fx sidste nye prøvesvar kan fortsætte efter at epikrisen er sendt ud af huset. Hvis sekretæren eksempelvis finder et nyt prøvesvar, lægger hun det frem til lægen til revurdering af epikrisen. Samtidig kan den praktiserende læge kræve yderligere forklaring eller anfægte den eksisterende version af indlæggelsesforløbet. Arbejdet med epikrisen kan da fortsætte (ibid. 118).

Vikkelsø peger på, at arbejdet med epikrisen er mere kompliceret end det antages (119). Epikrisen er ikke blot en sammenfatning af et allerede etableret materiale, men en proces, hvorigennem dette materiale videreudvikles og ordnes (ibid. 119). Vikkelsø peger på, at det involverer arbejde, som ikke anses som en del af epikriseopgaven, men snarere er *usynligt arbejde*, der først opdages, hvis det ikke udføres eller udføres dårligt. Samtidig må lægen og sekretæren lave *artikuleringsarbejde* for gensidigt at kunne følge og bygge videre på hinandens arbejde (ibid. 120).

Vikkelsø peger på en spænding mellem de behov, de praktiserende læger har for en overskuelig, meningsfuld og brugbar epikrise på den ene side, og så hospitalslægenes oplevelse af, at de praktiserende læger ikke altid accepterer "hospitalets redefinering af henvisningsdiagnose, hvis epikrisen samtidig er kortfattet" (ibid. 122).

I dette lys diskuterer artiklen de bestræbelser, der er på at standardisere epikrisen. På den ene side vil en standardiseret epikrise – dvs. et udfyldt epikriseformular "fremstå som et mere robust dokument i en bureaukratisk og juridisk forstand. [...] I en klinisk forstand vil epikrisen dog være et dårligere dokument, der tegner et unuanceret, poleret billede af begivenhederne og nødvendigvis udelader potentielt vigtige medicinske oplysninger og tvivlsspørgsmål." (ibid. 123).

Bestræbelserne på at standardisere epikrisen berører dermed en problemstilling, der er generel omkring standardisering,; nemlig at standarder på den ene side forenkler kommunikation og arbejde, men derigennem også forandrer det arbejde og den informationsudveksling, der foregår. Standarder bliver redskaber, der koordinerer og dermed transformerer de aktiviteter, som individerne, der arbejder med dem, udfører (Timmermans & Berg 2003:63).

Men artiklens diskussion indfanger også en central problemstilling omkring samarbejdet på tværs: løsningen på videndelingsproblematikker kan på den ene side løses gennem en forenkling (fx en standard), men denne forenkling reducerer samtidig potentielt vigtige oplysninger. Forenkling er også reduktion.

Opsummerende

Overordnet er denne artikel interessant, fordi den analyserer et koordinationsværktøj – epikrisen – der tjener til at kommunikere mellem forskellige sektorer (som oftest hospitalet og praktiserende læge).

Vikkelsø viser imidlertid, at epikriser ikke er en entydig kommunikationsopgave. Ved at dykke ned i epikrisens tilblivelsesproces, viser artiklen, at epikrisen ikke kun er opbygget om koordineringen på tværs, men snarere bliver til i et kompliceret samarbejde mellem læger, sekretærer, patienter, dokumenter og teknologier, hvor der er forskellige modstridende hensyn at tage. Ved at fokusere på de modstridende hensyn, som eksempelvis hensynet til en organisatorisk legitim epikrise over for hensynet til en fagligt brugbar epikrise, giver artiklen indblik i de forskellige logikker, der er gældende i hverdagen. Disse logikker handler ikke alene om at videndele eller koordinere bedre, men indgår i en række andre eksplicite eller implicite arbejdsprocesser, der får betydning for, hvordan videndelingen foregår.

4. Afrunding: Tværgående ledelse og sammenhængende borgerforløb

I dette af afrundende afsnit vil rapporten skitsere de problemstillinger, der rejses igennem rapporten ved at rejse spørgsmål, som kan være relevante at stille fremadrettet i projektet i lyset af disse problemstillinger. Afsnittet giver dermed et åbent bud på, hvilke organisatoriske- og ledelsesmæssige temaer, der kan få betydning for at skabe sammenhængende borgerforløb og tværgående ledelse.

I rapportens første afsnit peges der på, at de ledelsesmæssige betingelser for tværgående ledelse og sammenhængende borgerforløb på ældreområdet må betragtes med et blik for de styringsmæssige strukturer, der karakteriserer ældre- social- og sundhedsområdet i disse år. Igennem de seneste 5 år, har vi set en tendens i sprogbrugen og styringsrationalerne inden for offentlig ledelse, der handler om "partnerskaber", "innovation", "samarbejde", "samskabelse" og "netværksledelse". Dette ser vi også på ældreområdet, hvor begreber om innovation, nye teknologier, samarbejde, partnerskaber og netværker vinder frem. Det vil derfor være oplagt for projektet overordnet at undersøge, hvordan denne seneste moderniseringsbølge i det offentlige får betydning for ledelse på ældreområdet, bl.a. som der er lagt op til ved at stille skarpt på, hvilke betingelser disse idéer om *partnerskaber* og *innovation* skaber for ledelse.

I disse år ser vi foruden disse overordnede moderniseringsbestrebelse en række tendenser, der spiller en rolle for ældreområdet. De fire, denne rapport har udpeget er 1) teknologier, 2) rehabilitering, 3) opgaveglidning og det nære sundhedsvæsen, 4) specialisering.

Disse tendenser rejser spørgsmål for videre udforskning:

- 1) **Teknologier:** Hvilke betingelser for ledelsesopgaven skaber introduktionen af nye teknologier på ældreområdet? Hvordan ændrer det ved kompetencerne for medarbejdere og ledelse? Hvad betyder eksempelvis introduktionen af monitorerings- og styringsystemer for den måde vi kan få øje på ydelsen og arbejdet?
- 2) **Rehabilitering:** Hvilke betingelser for ledelse stiller introduktionen af hverdagsrehabilitering? Hvordan forandres rollerne mellem borgere, medarbejdere og ledelse? Hvad betyder det for ledelsesopgaven, at ledelsesansvaret bliver bredt ud – og ikke alene handler om at lede medarbejderne, men at lede medarbejderne til at lede borgerne, som skal lede sig selv?
- 3) **Opgaveglidning og det nære sundhedsvæsen:** Hvilke betingelser for ledelsesopgaven får det, at opgaver glider fra sygehusene til den kommunale ældrepleje? Hvilken betydning vil et evt. "nært sundhedsvæsen" få for ledelsen og for koordineringen med hospitalerne?
- 4) **Specialisering:** Hvilke betingelser for ledelse skaber den stigende specialisering? Hvilken betydning får det for professionaliseringen og ledelsen af medarbejderne, der skal arbejde på nye måder eller sammen med specialiserede faggrupper? Og hvordan får det betydning for ledelsesopgaven, når lederen ikke alene er en faglig leder, men skal tage sig både af faglig ledelse samt koordinering/videndeling mellem specialiserede fagligheder?

De tre cases rummer desuden nogle interessante problemstillinger.

Den første case udpeger nogle af de spændinger, som den øgede specialisering giver i forhold til at skabe sammenhæng for den enkelte borger eller patient. Den peger altså på en spænding mellem specialisering og sammenhæng. Samtidig peger casen på en spænding mellem en

centralisering og en decentralisering af ansvaret for at skabe sammenhæng. Den stiller sig kritisk over for, hvad det indebærer at centralisere koordineringsbestræbelserne i en særlig enhed, der tager sig af specielle forløb og peger samtidig på, at dem der får det endelige ansvar for at skabe sammenhæng er de sundhedsprofessionelle med kontakt til borgerne.

Den anden case rummer også nogle interessante og konkrete problemstillinger:

Den peger på, at det er en barriere i forhold til at styrke koordineringen gennem eksempelvis forløbsprogrammer, at disse programmer indgår som en lille brik i en kompleks helhed af en række tiltag og ændringer, som ansatte i kommuner, praksis og på hospitalet skal manøvrere i. Casen stiller desuden skarpt på flere konkrete udfordringer omkring videndeling, både i forhold til implementeringen af udviklingsprojekters, i forhold til ukompatible elektroniske systemer mellem sektorerne og i forhold til de forskellige verdener, der ikke altid har den nødvendige forståelse af hinandens arbejdsgange. Endelig stiller denne case skarpt på, at sammenhængen mellem borgernes oplevelse af et forløb og det organisatoriske og ledelsesmæssige maskineri ikke nødvendigvis hænger entydigt sammen.

Den tredje case peger på den spænding, der er mellem den enkle forestilling om, at et videndelingspapir skaber bedre koordinering mellem forskellige sektorer og så den mængde af synligt og usynligt arbejde og modstridende hensyn, der skal tages i udformningen af det konkrete papir. Herved peger casen på en central problemstilling omkring samarbejdet på tværs; videndelingsproblematikker kan på den ene side løses gennem en forenkling (fx en standard), men denne forenkling kræver et stort arbejde, og det reducerer samtidig potentielt vigtige oplysninger.

Disse cases giver anledning til at rejse spørgsmål, der kan forfølges videre i projektets forløb:

1) Specialisering vs. sammenhæng

- Hvilke udfordringer for ledelse skaber indsatserne om mere sammenhængende borger/patientforløb? Hvilke nye udfordringer opstår, når man søger at løse spændingerne mellem specialisering og sammenhæng? (jf. Bovin et al. 2011)

2) Organiseringen af koordineringen

- Hvilke ledelsesudfordringer opstår der i forsøgene på at organisere en bedre koordinering? Hvilke dilemmaer er der mellem centralisering og decentralisering af koordinationsansvaret? (jf. Bovin et al. 2011)
- Hvilke ledelsesudfordringer er der ved at anvende andre kommuners erfaringer? Hvilken betydning får de elektroniske systemer i koordineringen? Hvilken betydning har afstanden og forskellighederne eller logikkerne mellem sektorerne? Hvad betyder koordinerende tiltag som patient- eller borgeraudits for ledelsesopgaven (Brøcker og Thorsen 2011)?
- Hvilke udfordringer stiller det at videndele gennem papir/advis'er eller lignende? Hvad betyder den standardisering, der sker af beskrivelserne for medarbejderne og for ledelsesopgaven? (jf. Vikkelsø 2004)

3) Borgerens rolle

- Hvad betyder det for ledelsesopgaven, at det vigtigste for patienten ikke er effektivitet og god organisering, men oplevelsen af, at der er "styr på mig"?

Litteraturhenvisninger

Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje (2008) "4.11 Modul 11 - Kompleks klinisk virksomhed"

<https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114493>

Bovin, Jakob Schierup, Anders Ludvig Sevelsted, Malene Christina Bolding Andreassen, Mette Rose (2011) Om ansvar og ansvarlighed for koordination af patientforløb: Et casestudie med fokus på den sundhedsprofessionelle i Hillerød Kommune. Udgivet af Professionshøjskolen UCC, "Borger og Sundhed"

<http://kleo.ucc.dk/sundhed/forskningomsammenhaengendepatientforloeb/>

Brøcker, Anne og Mille Thorsen (2011) Forebyggelse, sikkerhed og sammenhæng for patienter med hoftebrud. Indsats og udfordringer i forbindelse med samarbejde på tværs af sektorer i Horsens-klyngen. Evaluering. DSI

http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=284&type=book_whole&project_id=2960

Dahl, Hanne Marlene (1999) Hjemmehjælpen, husmoderen og den professionelle. Social kritik 63:38-47

Knudsen, Morten og Holger Højlund (2010) Grænser for inddragelse: En analyse af inddragelsesidealer og beslutningsprogrammer på genoptræningsområdet. I: Peter Kjær og Anne Reff (red.) Ledelse gennem patienten: Nye styringsformer i sundhedsvæsenet. (s. 75-99) København: Handelshøjskolens forlag

Martin, Helle Max (2010) Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. DSI

http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=8&type=book_whole&project_id=2378

Mol, Annemarie (2008) The Logic of Care: Health and the problem of patient choice. London: Routledge

Regeringen (2007) Bedre velfærd og større arbejdsglæde. Regeringens strategi for høj kvalitet i den offentlige sektor. Erik Juhls anbefalinger.

<http://kvalitetsreform.dk/multimedia/kv2-Samlet.pdf>

Petersen, Jørn Henrik (2008) Hjemmehjælpens historie : idéer, holdninger, handlinger. Syddansk Universitetsforlag, eksp. www.aeldreforum.dk

Ryberg, Marie & Annette Kamp (2010) Hjemmeplejen. Standardisering, faglighed og indflydelse. Bredderapport i Projektet: Psykisk Arbejds miljø: Mellem Standardisering og Selvledelse.

http://rucforsk.ruc.dk/site/services/downloadRegister/32838066/bredderapport_hjemmepleje_201210.pdf

Timmermans, Stefan & Marc Berg (2003) The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Philadelphia: Temple University Press

Vikkelsø, Signe (2004) Brobygning med papir: "den gode epikrise" og den svære koordinering. I: Signe Vikkelsø og Sidsel Vinge (red.) Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet. København: Handelshøjskolens Forlag (97-127)

Litteraturoverblik ældreområdet de seneste 10 år:

Hverdagsrehabilitering

Kjellberg, Pia Kürstein, Rikke Ibsen & Jakob Kjellberg (2011) Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia Kommune. Dansk Sundhedsinstitut.

Kjellberg, Pia Kürstein, (2010) Hverdagsrehabilitering i Fredericia Kommune. 1. devaluering. Notat udarbejdet for Fredericia Kommune. DSI
http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=190&type=book_whole&project_id=2672

Navne, Laura Emdal og Marie Brandhøj Wiuff (2011) Opgavefordeling mellem borgere, pårørende og fagpersoner i rehabilitering
http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=289&type=book_whole&project_id=2885

Wiuff, Marie Brandhøj og Laura Emdal Navne (2011) Om at oversætte eller aktivere viden i innovationsprocesser med private og offentlige aktører. DSI
http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=145&project_id=2885&type=journal

Koordination, sammenhængende patientforløb

Buch, Martin Sandberg (2012) Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom Erfaringer fra Region Syddanmarks modelprojekt om udvikling af forløbskoordination på kronikerområdet. DSI
http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=309&type=book_whole&project_id=2676

Brøcker, Anne og Mille Thorsen (2011) Forebyggelse, sikkerhed og sammenhæng for patienter med hoftebrud. Indsats og udfordringer i forbindelse med samarbejde på tværs af sektorer i Horsens-klyngen. Evaluering. DSI
http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=284&type=book_whole&project_id=2960

Kjellberg, Jakob; Pia Kürstein Kjellberg og Martin Sandberg Buch (2008) Ledelse af cancerforløb. Notat til Danske Regioner. DSI
http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=43&project_id=2456&type=book_whole

Martin, Helle Max (2010) Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv. DSI
http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=8&type=book_whole&project_id=2378

Rapporter

Oversigt over SFI's rapporter på ældreområdet historisk:
http://www.sfi.dk/f%C3%A5r_de_kvalitet_hver_dag-4510.aspx

Csonka, Agi & Joachim L. Boll (2000) Home care in Denmark, SFI Working Paper, nr. 12., København, The Danish National Institute of Social Research.

T. Rostgaard (2006) Kvalitet og ikke-kvalitet i ældreplejen. København: Socialforskningsinstituttet

T. Rostgaard (2007) Begreber om kvalitet i ældreplejen. København: Socialforskningsinstituttet

Rostgaard, T. & C.H. Thorgaard (2007) God kvalitet i ældreplejen. København: Socialforskningsinstituttet

Thorgaard, C., Hougaard, I.B. (2008) Metoder til kvalitet i ældreplejen. København: Socialforskningsinstituttet

Ryberg, Marie & Annette Kamp (2010) Hjemmeplejen. Standardisering, faglighed og indflydelse. Bredderapport i Projektet: Psykisk Arbejds miljø: Mellem Standardisering og Selvledelse.

http://rucforsk.ruc.dk/site/services/downloadRegister/32838066/bredderapport_hjemmepleje_201210.pdf

Kvalitet, standardisering, effektivisering, Fælles Sprog

Hansen, Morten B. & Evert Vedung (2005) Fælles sprog i hjemmeplejens organisering. Evaluering af et standardiseret kategorisystem, Odense, Syddansk Universitetsforlag.

La Cour, Anders (2004) Anmeldelse af Lone Petersen & Marianne Schmidt: Projekt Fælles sprog. Et forsøg på styring gennem ensretning i hjemmeplejen. Social kritik 2004. - nr. 92. S. 93-96

Petersen, Lone & Marianne Schmidt (2003) Projekt Fælles sprog. Et forsøg på styring gennem ensretning i hjemmeplejen. Akademisk Forlag,

Hansen, Morten Balle & Evert Vedung (2005) Fælles sprog i ældreplejens organisering : evaluering af et standardiseret kategorisystem. Syddansk Universitetsforlag

Hansen, Morten Balle & Evert Vedung (2005) Fælles sprog og hovedproblemerne i ældreplejens organisering. En undersøgelse baseret på fokusgruppeinterviews Politologiske Skrifter No. 3/2005 SDU.

Højlund, Holger & Chresten Højlund (2000): "Fælles sprog en anden ordens strategi på hjemmehjælpsområdet", GRUS, no. 61: 18-39.

Højlund, Holger & Anders la Cour (2003): "Standards for Care and Statutory Flexibility", pp. 272-295 in Tor Hernes & Tore Bakken (ed.), Autopoietic Organisation Theory. Oslo: Abstrakt, Liber.

Højlund, Holger & Anders la Cour (2001): "Standardiseret omsorg og lovbestemt fleksibilitet", Nordiske organisationsstudier", nr. 2(3): 91-117.

Højlund, Holger & Anders la Cour (2007): "Kvalitet i offentlige omsorgsydelser", Samfundsøkonomen, nr. 3, Copenhagen: DJØF-forlaget.

Højlund, Holger (2001): "Kvalitetsudvikling og velfærdsparadokser", pp. 83-110 in Ældreomsorg- management eller menneskelighed? Copenhagen: Videnscenter på ældreområdet.

Rostgaard, Tine & Camilla Thorgaard. 2007. God kvalitet i ældreplejen : sådan vægter ældre, plejepersonale og visitatorer. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, SFI .

Thorgaard, Camilla og Iben Berg Hougaard. 2008. Metoder til kvalitet i ældreplejen : evaluering af et metodeudviklingsprojekt. SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 2008

Frit valg + BUM

Hansen, Eigil Boll og Leena Eskelinen (2006) Frit valg af leverandør - konsekvenser af øget kompleksitet i hjemmepleje. Social politik. - 2006, nr. 5. - S. 5-8

Højlund, Holger (2006): "Den frit vælgende ældre", Dansk Sociologi, Nr. 1, 17. årg.: 41-66.

Wold, Birgitte; Jakob Damsgård; Søren Andersen (2009) Frit valg - en mulighed eller en illusion. Danske kommuner. - Årg. 40, nr. 18 (2009).

Arbejds miljø, arbejds liv, profession

Borg, Vilhelm et al. (2005): Psykisk arbejdsmiljø i ældreplejen, For-SOSU rapport 4. Arbejde i ældreplejen, København, Arbejds miljøinstituttet.

Dahl, Hanne Marlene (1997) Mellem kærlighed og arbejde : Omsorgsteori - Traditioner og centrale temaer. / Kvinder, Køn og Forskning. ; vol. 6, nr. 2, s. 56-65

Dahl, Hanne Marlene (1999) Husmoderen, hjemmehjælpen og den professionelle. Social kritik : tidsskrift for social analyse og debat.; vol. 11, nr. 63, s. 38-47

Dahl, Hanne Marlene (2000) Mellem pest og kolera: faglighed i social- og sundhedshjælperuddannelsen.

Dahl, Hanne Marlene (2001) Hjemmehjælpens professionalisme. Gerontologi og samfund : nyt om aldring, alderdom og ældrebefolkning [1985 - 2004]. vol. 17, nr. 2, s. 41-42

Dahl, Hanne Marlene (2001) Professionalisering i hjemmet? : Kampen om hjemmehjælpens professionalisering. På arbejde i hjemmet : en bog om hjemmepleje. / red. Else Skåning Nielsen ; Kirsten Lomborg. Kbh. : Gyldendal, 2001. s. 134-150

Dahl, Hanne Marlene (2005) Re-imagining the (Welfare) Professional as a Specialised Generalist. I: Knowledge, Work and Society. 2005 ; vol. 3, nr. 2, 01.02.06. s. 6-24
Myra Lewinter; Bent Gravesen, f. 1952. 2004. Pleje og omsorg i fremtidens velfærdssamfund.

Dahl, Hanne Marlene (2005) A changing Ideal of Care in Denmark : A different form of Retrenchment? I: Dilemmas of Care in the Nordic Welfare State. / red. Hanne Marlene Dahl ; Tine Rask Eriksen. Aldershot : Ashgate, 2005. s. 47-61

Dahl, Hanne Marlene (2008) Strukturreform og ældreomsorg. Gerontologi.; vol. 24, nr. 2, Hellerup: s. 4-7. Har grundige noter

Dahl, Hanne Marlene (2009) New Public Management, care and struggles about recognition. Critical Social Policy, Vol. 29, No. 4, 634-654

Hansen, Eigil Boll og Leena Eskelinen (2006) Frit valg af leverandør - konsekvenser af øget kompleksitet i hjemmepleje. Social politik. - 2006, nr. 5. - S. 5-8
Siden januar 2003 har kommunerne skullet give modtagere af praktisk og personlig hjælp mulighed for at vælge mellem offentlige og private leverandører. Artiklen beskriver den øgede kompleksitet og bureaukratisering ordningen har medført for kommuner, leverandører og borgere

Hansen, A. Faber (2004) Arbejdsmiljøforhold blandt social- og sundhedspersonale på ældreområdet : et litteraturstudie. Arbejdsmiljøinstituttet. (Ami-rapport, 59). (FOR-SOSU rapport, 2)

Højlund, Holger & Anders la Cour (2001): "Den fleksible hjemmehjælper", Social Kritik, nr. 76: 6-19.

Jensen, Torben Pilegaard; Helle Bendix Lauritzen & Britt Østergaard Larsen (2010) Social- og sundhedsansattes veje på arbejdsmarkedet. København: Anvendt Kommunal Forskning http://www.akf.dk/udgivelser/2010/pdf/sosuansattes_veje.pdf

Kamp, Annette og Agnete Meldgaard Hansen (2011) Caserapport. Hjemmesygeplejen på Lokalcenter Nord. I forbindelse med projektet Psykisk Arbejdsmiljø mellem Standardisering og Selvledelse. Center for Arbejdsmiljø og Arbejdsliv. Roskilde Universitet, Maj 2011

Kudahl, Søren (2009) Det psykiske arbejdsmiljø sejler i hjemmeplejen og døgninstitutioner. Ugebrevet A4. - 2009, nr. 1. - S. 20-22 :

Lewinter, Myra (1999) Spreading the burden of gratitude, elderly between family and state. Ph.D.-afhandling / 11 / Sociologisk Institut, Københavns Universitet

Lewinter, Myra & Bent Gravesen (2004) Pleje og omsorg i fremtidens velfærdssamfund. Ældre Sagen Foreningen Østifterne i kommission hos: Multivers. ISBN 9788779171183.

Lomborg, Kirsten & Else Skåning Nielsen (2001) På arbejde i hjemmet : en bog om hjemmepleje 1. udgave, 1. oplag. Gyldendal, 2001.

Milfeldt, Birgitte & Thomas (2006) Rund eller firkantet hjemmehjælp – læreprocesser i den moderniserede offentlige sektor, <http://hdl.handle.net/1800/1662>,

Roskilde, MVO, Roskilde Universitetscenter.

Monrad, Merete og Lasse Suonperä Liebst (2008) Imellem empati og depersonalisering : En følelsessociologisk analyse af tayloriseringens konsekvenser for hjemmeplejere. 2008 Tidsskrift for arbejdsliv. - årg. 10, nr. 1. - S. 56-71

Petersen, Jørn Henrik (2008) Hjemmehjælpens historie : idéer, holdninger, handlinger. Syddansk Universitetsforlag, eksp. www.aeldreforum.dk, 2008
Emne: ældre ; pleje ; ældrepleje ; ældreforsorg ; hjemmehjælp ; kommuner ; historie ; Danmark

Vinge, Sidsel ; Karen Kramhøft; Andreas Bøgh (2006) Hjemmesygeplejen i Danmark. DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Teknologiske hjælpemidler

Voss, Henning (2009) Privat-offentligt samarbejde om udvikling og udbredelse af teknologi til sundhedssektoren. DSI
http://dsi.dk/udgivelser/?mode=product&id=25&type=book_whole&project_id=2723

Nielsen, Jeppe Agger (2009) Mobil teknologi i hjemmeplejen : et tveægget sværd. Gerontologi. Årg. 25, nr. 1. S. 4-7.

- Emne: hjemmepleje ; IT ; mobiltelefoner ; pda'er ; arbejdstilrettelæggelse ; plejepersonale

Nilsson, Magnus (2008) Arbejdet i hjemmeplejen : et etnometodologisk studie i it-støttet samarbejde i den københavnske hjemmepleje. Roskilde University. Department of Computer Science, 2008. (Datalogiske skrifter, no. 123) Ph.d.-afhandling:
<http://magenta.ruc.dk/upload/application/pdf/05797dd1/rr123.pdf>

Bang, Naia (2008) Telehomecare : nye muligheder, men også nye udfordringer samarbejdet mellem aktørerne i sundhedsvæsenet. Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen. - Årg. 84, nr. 9, S. 242-243

Jensen, Malene Skov (2008) Trådløs stuegang mellem sygehus og hjemmepleje

La Cour, Anders (2007) Afføringskemaer som teknologi. Social Kritik 109. S. 6-16

KL Kataloger

Kommunernes Landsforening (1998) *Fælles sprog på ældre- og handicapområdet. Endeligt revideret katalog. 1-31*, København: Kommunernes Landsforening.

Kommunernes Landsforening (2002) *Værd at vide om Fælles sprog – Kom videre med Fælles sprog*, København: Kommunernes Landsforening.
http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_39519/ImageVaultHandler.aspx

Kommunernes Landsforening (2004) Fælles sprog II, Dokumentation af afgørelser på det kommunale ældre- og handicapområde, København: Kommunernes Landsforening.
http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_39034/ImageVaultHandler.aspx

Kommunernes Landsforening (2009) Fremtidens Fælles Sprog, København: Kommunernes Landsforening. http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_39176/ImageVaultHandler.aspx

Servicestyrelsen (2007) Kontinuitet og helhed i hjemmeplejen : rapport - kort version. udarbejdet af MUUSMANN Research & Consulting A/S og COWI A/S, for Servicestyrelsen
Forlag: Servicestyrelsen. Sammenfatning af: Kontinuitet og helhed i hjemmeplejen
ISBN-13: 978-87-92031-50-1

Styrelsen for Social Service; Deloitte (2004) Omstillingsprojekter i ældreplejen
Resultaterne af 144 kommuners arbejde med omstilling på ældreområdet 87-91247-10-1

Socialministeriet (2003) Kvalitetsstandarder – Sammenhæng og synlighed på ældreområdet.
Socialministeriet - Kontoret for ældre

Socialministeriet (2002) Kvalitetsstandarder i hjemmeplejen: eksempler på god praksis 1. udgave, 2. oplag. Socialministeriet, Institut for Pensions- og Ældrepolitik, 2002
Fra servicestyrelsens hjemmeside: I 1998 blev det bestemt, at kommunerne skal udarbejde kvalitetsstandarder for den personlige og praktiske hjælp.

Socialministeriet; Styrelsen for Social Service; KL (2004) Model til opgørelse af brugertidsprocenter (BTP) i ældreplejen

Mette Lundsby Jensen og Kirstine Zinck Pedersen (2010) Utilsigtede hændelser i den kommunale plejesektor, KL

Kommunernes Landsforening (2010) Det nære sundhedsvæsen. Et debatoplæg om kommunernes rolle i patientbehandlingen. Redaktion: Ola Jørgensen.
ISBN: 978-87-92460-45-5-pdf

Internationalt de senere år: care

Mol, Annemarie (2008) The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice. Oxon: Routledge

Mol, Annemarie, Ingunn Moser & Jeannette Pols (eds.) (2010). Care in practice : On tinkering in clinics, homes and farms Bielefeld: transcript Verlag.

Timmermans, Stefan & Marc Berg (2003) The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care. Philadelphia: Temple University Press

Latimer, Joanna (2000) The conduct of care: Understanding nursing practice. London: Wiley-Blackwell

Davies, Celia (1995) Competence versus Care? Gender and Caring Work Revisited Acta Sociologica, Vol. 38, No. 1, 17-31 (1995)

Allsop, Judith & Mike Saks (eds.) (2003) Regulating the health professions. London: Sage

Orre, Carl Johan. 2009. Using technologies with care : notes on technology assimilation processes in home care Department of Informatics, Umeå University

Szebehely, Marta (2006) Omsorgsvardag under skiftande organisatoriska villkor : en jämförande studie av den nordiska hemtjänsten Tidsskrift for arbejdsliv. - Årg. 8, nr. 1 (2006). - S. 49-66,

La Cour, Anders (2006) Den menneskelige faktor. Anmeldelse af Bengt Ingvad: Omsorg och relationer – om det känslomässiga samspelet i hemtjänsten. Doktorafhandling, Lunds Universitet, 2003, 248 sider.