

Accelererede patientforløb og organisatoriske grænseflader i psykiatrien

- en undersøgelse af samarbejdet mellem et psykiatrisk hospital og et socialpsykiatrisk botilbud

Skrevet af: Marlene Schjøtz
Vejleder: Jesper Henriksen
Antal Typeenheder: 239.792

Speciale på Kandidat i socialt arbejde

Aalborg Universitet

August 2013

Abstract

In recent years psychiatric hospitals have accelerated the treatment of patients. The acceleration means that the treatment now starts as soon as the patient shows up at the psychiatric emergency room. Delaying elements, such as observation time and planning of further treatment has to be eliminated. One of the consequences is that mentally ill patients who live in a social psychiatric residential treatment facility, will be discharged from the hospital with more symptoms and more side effects than the employees at the facility are used to manage.

This thesis investigates the acceleration of the psychiatric treatment's impact on the organizational interfaces between the hospital psychiatry, Psykiatrisk Center Glostrup (PCG), and the psychiatric residential treatment facility, Kløverengen, KE. PCG is represented by two units: the closed crisis stabilizations unit P68 and the outreach psychiatric unit Akut-OP. Together with KE they form an inter-organizational network. The purpose of this study is to increase the understanding of how the accelerated treatment impacts the co-operation between the three organizations who has to work together to help a mutual mentally ill patient/resident

The study is based on employees' assessments of the experiences with co-operation. The assessments were initially used to increase and identify the critical relations in the network – in this thesis the conceptualized focal points. Subsequent they were used to analyze the impact of the acceleration of the treatment in the focal point through identification of different *protections strategies* which in some cases lead to *dysfunctions* in the network. 4 focal points were identified which led to the following conclusions:

1) *Different views on technology – medication:* The first focal point occurs from the change made in P68 in how they use medical technology. The medical treatment is legally bound with the doctors and the responsibility therefore lies with PCG. In this context it makes PCG the most powerful actor in the network and they use that position to *dominate the network*. PCG makes KE follow their development, which results in unrealistic expectations and frustrated employees at KE. This can be depleting for KE's working environment. In KE's experience their knowledge on how their residents respond to the medication is not being taken into consideration. This results in unsatisfying task performances at KE.

2) *Incompatible goals*: From the assessments it becomes clear that the three organizations individual goals are not compatible. The accelerated treatment appears in both P68's and in Akut-OP's goals – rapid discharge. The incompatibility has once again led to the strategy *domination of the network* and through the legal medical responsibility they maintain the task performance on their terms. In some cases it results in KE using the strategy *self-sufficiency* which could lead to the consequence that not all resources in the network are being utilized. Though it is not possible to conclude that it is what happens in this focal point, because both KE and Akut-OP see it as a symptom of KE being more willing to take responsibility for their residents.

3) *Divergent experiences of resources – time*: The three organizations have different experiences of how much time KE has when it comes to participating in doctor's appointments at P68 or to drive the residents back and forth from P68. Again P68 maintain the task performance on their terms by not taking KE's intern structures into consideration when they for example discharge a patient. P68 expects KE to show up when a hospitalized patient needs KE, and KE does show up. Nevertheless, it results in frustrations over the fact that it has consequences for other residents at KE, because the resources will be taken from them.

4) *Unequal power relations*: As can be concluded from the focal points above, the power relations between KE and P68 and Akut-OP are not divided equally, and the establishment of Akut-OP has not made the relations more even. On the contrary it has resulted in an even larger power to P68. P68 now also have the power to make decisions about the treatment when the resident no longer is hospitalized, as long as the resident is in contact with Akut-OP.

To summarize: KE tries with different strategies to influence the co-operation in the network, but this study shows that most times their strategies are rejected by the strongest organization in the network. KE fails to state itself and often end up using the strategy *low profile*. The result is frustrated employees, unsatisfying task performance and more or less manifest conflicts.

Indhold

–

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Indledning | 6 |
| 1.1 | Læsevejledning..... | 6 |
| 1.2 | Motivation for undersøgelsen..... | 7 |
| 1.3 | Problemfelt | 8 |
| 1.4 | Casepræsentation | 14 |
| 1.5 | Samarbejde, de accelererede patientforløb og mennesker med psykiatriske lidelser..... | 18 |
| 2 | Problemformulering | 19 |
| 3 | Teoretisk grundlag | 19 |
| 3.1 | Organisation – en definition..... | 20 |
| 3.2 | Det rationelle perspektiv i undersøgelsen | 23 |
| 3.3 | Interorganisatorisk perspektiv og interorganisatoriske netværk..... | 24 |
| 3.4 | Forandring i organisation | 26 |
| 3.5 | Beskyttelsesstrategier og dysfunktioner i netværket | 27 |
| 3.6 | Struktur, kultur og proces..... | 31 |
| 3.7 | Teoretisk operationalisering | 34 |
| 4 | Videnskabsteoretisk positionering..... | 35 |
| 4.1 | Den hermeneutiske cirkel..... | 35 |
| 4.2 | Forståelse, fortolkning og forklaring..... | 36 |
| 4.3 | Den filosofiske hermeneutik – fordomme og forforståelse..... | 37 |
| 4.4 | Horisontsammensmeltning | 38 |
| 4.5 | Den samlede videnskabsteoretiske positionerings betydning for undersøgelsen | 38 |
| 5 | Analysemetodik – Brændpunktsanalyse..... | 39 |
| 5.1 | Identifikation og afgrænsning af det interorganisatoriske netværk | 39 |
| 5.2 | Definition af brændpunkter..... | 40 |

| | | |
|------|---|----|
| 5.3 | Brændpunktsanalyse – teoretisk analysestrategi | 41 |
| 5.4 | Operationalisering af brændpunktsanalyse..... | 42 |
| 6 | Egen empiri..... | 43 |
| 6.1 | Indsamling af data..... | 43 |
| 7 | Databearbejdning..... | 48 |
| 7.1 | Opsummering..... | 51 |
| 8 | Kvalitetssikring | 53 |
| 9 | Analyse – afgrænsning af det interorganisatoriske netværk | 54 |
| 10 | Analyse – indkredsning af brændpunkter | 54 |
| 10.1 | Indkredsning af 1. brændpunkt – aktørvurderinger: Brændpunkt om teknologi..... | 55 |
| 10.2 | Indkredsning af 2. brændpunkt – aktørvurderinger: Brændpunkt om mål..... | 60 |
| 10.3 | Indkredsning af 3. brændpunkt – aktørvurderinger: Brændpunkt om tidsmæssige ressourcer | 65 |
| 10.4 | Indkredsning af 4. brændpunkt – aktørvurderinger: Brændpunkt om magtforhold..... | 69 |
| 10.5 | Fravalg af 5. brændpunkt – personlige relationer..... | 73 |
| 10.6 | Fravalg af 6. brændpunkt..... | 73 |
| 11 | Brændpunktsanalyse | 73 |
| 11.1 | Analyse af 1. brændpunkt: Forskellige syn på og tilgange til teknologi – medicin..... | 74 |
| 11.2 | Analyse af 2. brændpunkt: Uoverensstemmelse af mål | 79 |
| 11.3 | Analyse af 3. brændpunkt: divergerende oplevelse af ressourcer | 84 |
| 11.4 | Analyse af 4. brændpunkt: Ulige magtforhold..... | 90 |
| 12 | Konklusion..... | 94 |
| 12.1 | Den medicinske tilgang som brændpunkt..... | 95 |
| 12.2 | Uforenelige mål som brændpunkt | 96 |
| 12.3 | Forskellige oplevelser af tidsmæssige ressourcer som brændpunkt..... | 96 |
| 12.4 | Ulige magtfordeling som brændpunkt | 97 |

| | | |
|------|---------------------------------------|-----|
| 12.5 | Opsummering..... | 98 |
| 12.6 | Det positive | 99 |
| 13 | Kvalitetsvurdering | 100 |
| 13.1 | Undersøgelsens generaliserbarhed..... | 101 |
| 14 | Perspektivering | 102 |
| 14.1 | På praksisniveau..... | 102 |
| 14.2 | På videnskabeligt niveau..... | 104 |
| 15 | Litteraturliste | 105 |
| 15.1 | Artikler..... | 105 |
| 15.2 | Bøger | 105 |
| 15.3 | Hjemmesider..... | 107 |
| 15.4 | Rapporter..... | 107 |
| 15.5 | Andet..... | 108 |
| 16 | Bilag - Interviewguide | 109 |

1 Indledning

Dette er en undersøgelse af samarbejdet mellem socialpsykiatrisk botilbud Kløverengen og hospitalspsykiatrien ved Psykiatrisk Center Glostrup herunder lukket intensiv afdeling og akut opsøgende team. Udgangspunktet for undersøgelsen er de udfordringer, der opstår i samarbejde, i forbindelse med at hospitalspsykiatrien inden for de seneste par år har indført accelererede patientforløb.

1.1 Læsevejledning

Undersøgelsen indledes med baggrunden for, at jeg finder netop denne problemstilling interessant og relevant. Herefter vil jeg belyse undersøgelsens problemfelt herunder eksisterende litteratur på området, som er med til at indsnævre problemstillingen, samt præsentere de organisationer, som danner grundlag for undersøgelsen. Dette munder ud i følgende problemformulering:

Hvilken betydning har accelererede patientforløb i hospitalspsykiatrien for de organisatoriske grænseflader i samarbejdet mellem hospitalspsykiatri og socialpsykiatrisk botilbud?

For at kunne besvare problemformuleringen vælger jeg at lave en brændpunktsanalyse – som her er bygget op over identifikation og analyse af fire kritiske samarbejdsrelationer – her begrebsliggjort som *brændpunkter*. Undersøgelsens teoretiske grundlag består af et interorganisatorisk perspektiv med afsæt i begreberne struktur, kultur og proces samt beskyttelsesstrategier og dysfunktioner. Teorien udgør en grundlæggende forståelse, som er gennemgående for hele undersøgelsesprocessen. Den skal ses som et filter, der er gennemgående for hele processen, og jeg vurderer derfor, at det er relevant at præsentere teorien tidligt i undersøgelsen. I forlængelse af teorien vil jeg præsentere min gennemgående filosofisk hermeneutiske positionering samt dens betydning for undersøgelsen.

Herefter vil jeg redegøre mere indgående for undersøgelsens analysemetodik – brændpunktsanalysen samt undersøgelsens empiriske grundlag, herunder hvordan jeg indhenter data, hvordan jeg behandler mine data, samt hvordan jeg sikrer kvaliteten.

Endelig vil jeg foretage en indkredsning af de fire brændpunkter, som jeg efterfølgende vil foretage en analyse af og dermed besvare undersøgelsens problemformulering. De fire brændpunkter omhandler: 1) organisationernes forskellige syn på teknologi, 2) uoverens-

stemmelse af organisationernes interne mål, 3) organisationernes divergerende oplevelse af tidsmæssige ressourcer og 4) ulige magtforhold organisationerne imellem.

1.2 Motivation for undersøgelsen

Interessen for samarbejde på tværs af organisationer, og de udfordringer det medfører, udspringer af erfaring fra praksis som socialrådgiver i hospitalspsykiatrien, hvor jeg fra 2009-2011 havde min daglige gang på forskellige almenpsykiatriske sengeafdelinger på Psykiatrisk Center i Glostrup (PCG). Her deltog jeg selv i samarbejdet på tværs af forskellige organisationer samtidig med, at jeg fandt det interessant at observere tværsektorielt samarbejde på tværs af faggrupper, organisationer og afdelinger.

I det daglige deltog jeg ikke i samarbejdet med botilbuddene, da det er plejepersonalet, som varetager den primære kontakt med patientens/beboerens kontaktperson på det pågældende botilbud. Som socialrådgiver sad jeg dog med til samarbejds møder mellem botilbuddene og PCG, hvor min rolle var at indkalde til møderne og tage referat.

På sengeafdelingerne har jeg ofte overværet situationer, hvor der blev talt om personalet på botilbuddene, hvor sætninger eksempelvis indledes med *"Jamen, forstår de da ikke at vi..."*, *"De bliver da nødt til..."* eller *"Det kan simpelthen ikke være rigtigt, at de..."*. Sætninger der ofte refererede til en oplevelse af, at der ikke var forståelse fra botilbuddets side for det arbejde, der blev udført på sengeafsnittet, og som gav anledning til frustration fra hospitalsmedarbejdernes side. Frustrationerne gik ikke kun den ene vej. Botilbuddene, som i disse situationer sad overfor personale fra sengeafsnittet, havde ved flere møder spørgsmål, som kunne indledes således *"Hvordan kan det være, at I gør... når vi lige har gjort..."* eller *"Hvordan kan I forsvare at udskrive når..."*. Igen spørgsmål der refererede til, at der var en opgaveløsning og en ansvarsfordeling, der muligvis ikke var helt tydelig for alle.

Det ser ud til, at der opstår udfordringer i forhold til samarbejdsrelationerne, når der er uklarhed omkring egne og samarbejdspartneres arbejdsopgaver og ansvarsområder. Det ser jeg som sådan ikke noget nyt i, men hvorfor bliver samarbejdsproblemerne ved med at eksistere? Hvilke faktorer har indflydelse på, hvad det er, der skaber udfordringer, og på hvordan disse udfordringer udvikler sig, og hvad betyder udfordringerne for samarbejdet?

I 2010/2011 begyndte PCG at indføre accelererede patientforløb, og på baggrund af min erfaring fra praksis har jeg en fordom om, at udfordringerne i samarbejdet i de organisato-

riske grænseflader ikke er blevet mindre i takt med, at indlæggelsestiderne er blevet kortere og kortere altså indførelsen af de accelererede patientforløb. Med organisatoriske grænseflader mener jeg situationer, hvor flere organisationers opgaveløsning grænser tæt op af hinanden, og de i et eller andet omfang bliver opgaveafhængige. Det interessante ved at undersøge denne fordom nærmere er også, om de accelererede forløb endda har givet anledning til, at der er opstået nye udfordringer i samarbejdet organisationerne imellem.

1.3 Problemfelt

På baggrund af mine egne erfaringer og ovenstående refleksioner, har jeg valgt at undersøge nærmere, hvad andre har fundet frem til i undersøgelser om socialpsykiatri, hospitalspsykiatri, om samarbejde imellem disse samt om accelererede patientforløb.

1.3.1 Forskelle og ligheder mellem den kommunale og den regionale sektor

Ansvar for den psykiatriske indsats i Danmark er ifølge Bengtssons rapport ”*Danmark venter stadig på sin psykiatrireform*” (2011) delt mellem to myndighedsindehavere. Ansvar for den behandlende psykiatri, altså de psykiatriske sygehuse, sengeafdelinger, distriktspsykiatriske centre, opsøgende psykoseteams og almen psykiatrisk praksis ligger hos regionerne. Mens ansvar for den samlede sociale indsats, som varetages før, under og efter regional psykiatrisk behandling, herunder både myndigheds- visitations- og finansieringsansvaret for socialpsykiatrien med bosteder, væresteder og forskellige udegående støtteordninger, blev overdraget til kommunerne i forbindelse med kommunalreformen i 2007 (Bengtsson, 2011:23; Økonomi- og udenrigsministeriet, 2013:140).

Socialpsykiatri kaldes mange steder også for ”psykosocial rehabilitering”. Det vil sige professionel støtte til, at sårbare borgere og/eller borgere med psykosociale funktionsnedsættelser kan komme sig og få en mere selvstændig tilværelse (Servicestyrelsen, Om Socialpsykiatri).

De primære faggrupper i socialpsykiatrien er pædagoger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter og socialrådgivere. I socialpsykiatrien fokuseres der i højere grad på at forstå mennesket i sin sociale kontekst end ud fra diagnoser og medicinsk behandling. I mange kommuner bestræber socialpsykiatrien sig på at arbejde recoveryorienteret. Recovery betyder, ud fra servicestyrelsens definition, at komme sig. Det er altså ikke én metode og ikke én tilgang. Når en organisation bekender sig til recoverytanken, er det snarere en erkendelse blandt fagfolk af, at psykiske lidelser ikke er kroniske, men at folk kan

komme sig. En erkendelse der ændrer på den måde, arbejdet bliver tilrettelagt på, og det menneskesyn der er i organisationen. Opgaven for medarbejderne består således i at skabe så gode forudsætninger som muligt for, at borgerne kan komme sig og understøtte borgerens recoveryproces. Der fokuseres særligt på borgerens autonomi (Servicestyrelsen, Om Socialpsykiatri – Recovery – at komme sig; Johansen, Larsen & Nielsen, 2012:9).

Hospitalspsykiatri er i høj grad et lægefagligt speciale, og personalet i hospitalspsykiatrien består primært af læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeuter, fysioterapeuter og socialrådgivere. Flere faggrupper går altså igen fra socialpsykiatrien. I hospitalspsykiatrien referer man ifølge Eplov (2010) primært til en bio-psykosocial sygdomsmodel, hvor fokus er på både individet og på samfundet og lige så vigtigt på relationerne mellem individet og samfundet. Samtidig bekender Region Hovedstadens Psykiatri sig også til recoverytanken. Mennesket ses som et handlende individ, der har indflydelse på eget liv, og som påvirkes af omgivelserne. I praksis er behandlingen dog primært fokuseret på den medicinske del. De sidste to aspekter, det sociale og det psykologiske, har ikke megen plads i hospitalsafdelingerne i dag. Det overlades derimod til distrikts- og socialpsykiatrierne (Johansen, Larsen & Nielsen, 2012:8; Eplov et al., 2010:32-33; Region Hovedstadens Psykiatri, Visioner for fremtidens psykiatri).

I *Evaluering af kommunalreformen fra 2007* (Økonomi- og udenrigsministeriet, 2013) bliver der lagt vægt på at omstruktureringen af de to organisationer (i dag kommuner og regioner) har været med til at eliminere nogle problemer i forhold til rehabiliteringsindsatsen over for mennesker med psykiatriske lidelser i og med, at alle sociale tiltag er samlet under kommunerne. Men det har samtidig skabt nogle nye problemer i forhold til snitflader. Eksempelvis nævnes det, at der er opstået nye problemer i forhold til overgangen mellem kommune og region. Samarbejdet mellem den kommunale indsats og den regionale psykiatri fungerer ikke altid tilfredsstillende, og borgere/patienter oplever ikke altid at forløbene er velkoordinerede. Resultatet af manglende sammenhæng kan være u hensigtsmæssige forløb med hyppige behandlingsbrud, (gen)indlæggelser og ressourcespild (Ibid., 2013:140-141).

1.3.2 Accelererede patientforløb

Siden 1950'erne er der løbende blevet skåret i antallet af sengepladser i hospitalspsykiatrien samtidig med, at indlæggelsestiden er blevet kortere og kortere (Bengtsson, 2011:7).

Accelererede patientforløb er dog et relativt nyt koncept inden for psykiatrien, men det har været kendt og brugt i en længere årrække inden for det somatiske¹ hospitalsvæsen. Accelererede behandlingsforløb blev indført i starten af 00'erne i forbindelse med operationsforløb. Accelereringen indebærer en forbedring og en optimering af tilrettelæggelse af patientforløbene og forbedring og effektivisering af behandlingen efter operationen. Et af argumenterne for denne udvikling var at afkorte den tid, det tager at komme sig efter en operation med henblik på, at patienterne hurtigere genvandt deres funktionsevne og kunne vende tilbage til deres normale liv. Et andet argument var, at det ville hæve kvaliteten af behandlingen og udnytte sygehusenes kapacitet bedre (Jessen & Pedersen, 2003; Hutter et al., 2006; Sekretariatet for ministerudvalget, 2007).

Psykiatrien har nu taget konceptet til sig. I 2011 skrev Region Hovedstadens Psykiatri i PsykiatriNyt, at psykiatriske behandlingsforløb skal accelereres. Forløbene skal gøres kortere og mere intensive. Behandlingen af patienten skal påbegyndes straks efter henvendelse, og patienten skal hurtigst muligt efter endt behandling sendes videre til andet behandlingstilbud eller til primærsektoren. I samme artikel står der ligeledes, at det kræver en eliminering af forsinkende led eksempelvis observationstider, vagtskifte eller mødeplanlægning. Det kræver endvidere, at ledere og personale bruger deres kompetencer mere målrettet og akut (Santarelli, 2011:6).

I et særnummer af PsykiatriNyt i 2011 skriver Region Hovedstaden, at accelererede forløb skal gøre det muligt at behandle flere patienter, og at behandlingen standardiseres efter højeste evidens på de enkelte områder (PsykiatriNyt, særnummer: Virksomhedsplan 2011:12).

Allerede i forbindelse med accelereringen af operationsforløbene gik flere til tasterne og udtrykte deres bekymring for, at patienterne ville kunne mærke, at det betød mindre kontakt til læge og sygeplejersker. Nogle mente, at det konkret ville betyde ekstremt hårdt presset personale og for mange fejl (Jessen & Pedersen, 2003; Hutter et al., 2006).

Accelererede patientforløb i psykiatrien undgår heller ikke bekymringer og kritik. Forhenværende klinikchef i Region Hovedstadens Psykiatri Munthe Suenson udtrykker bekymring for konsekvensen af, at for få sengepladser og accelererede patientforløb vil betyde, at di-

¹ Somatik: al kropslig behandling

agnostikken og behandlingen af psykisk syge patienter vil blive utilstrækkelig på grund af tidsnød (Suenson, 2012).

I 2012 skriver bestyrelsen for fagligt selskab for psykiatriske sygeplejersker i en artikel i Jyllands-Posten, at det ikke er alle mennesker med behov for intensiv pleje og psykiatrisk behandling under indlæggelse, der har mulighed for at få dette i dag. Dette skyldes manglende sengepladser, og manglende sengepladser medfører ifølge artiklen accelererede behandlingsforløb (Johannesen et al, 2012). Dette er en anden anskuelse af, hvordan de accelererede patientforløb er opstået altså en konsekvens af nedskæring af sengepladser.

Udviklingen i hospitalspsykiatrien har ifølge Bengtsson skabt et omfattende behov for en social indsats (Bengtsson, 2011:7).

Bengtsson skriver i øvrigt, at det øgede behov for en social indsats skal dækkes via kommunerne, men at kommunerne er bekymrede for, om de finansielt kan løfte opgaven. Ligesom de oplever, at de mangler psykologisk ekspertise og er bange for at blive ”sorteper” (Ibid., 2011:9).

Denne udvikling har ifølge undersøgelse af tværsektorielt samarbejde i psykiatrien udfærdiget af KORA medført gensidige beskyldninger mellem socialpsykiatri i kommunalt regi og hospitalspsykiatri i regionalt regi om, at man ikke gør sit arbejde godt nok. Socialpsykiatrien oplever, at hospitalspsykiatrien ikke behandler tilstrækkeligt, at de udskriver alt for tidligt, og at de ikke er villige til at genindlægge. Og hospitalspsykiatrien oplever, at socialpsykiatrien ikke er villige til at påtage sig deres ansvar ved udskrivelse (Johansen, Larsen & Nielsen, 2012:9).

Som psykiatrisk behandling ser ud i dag, spiller medicin en væsentlig rolle, men den står ikke alene. Den kombineres med samtaler, grupper, aktiviteter, tanker, arbejde osv., som indtager en større og større plads i behandlingen, arbejdsmetoder der også bruges i socialpsykiatrien i kommunalt regi. Det er altså nødvendigt, at hospitalspsykiatri og socialpsykiatri arbejder sammen for at opnå sammenhængende og velkoordinerede behandlingsforløb, der supplerer hinanden i stedet for at overlappe eller i værste fald modarbejde hinanden. Her kan der opstå et problem, når de to sektorer skal samarbejde, i og med de nu også skal forholde sig til, at behandlingsforløbene accelererer. (Bengtsson, 2011:9-10; Johannesen et al, 2012).

1.3.3 Accelererede patientforløbs betydning for praksis

Udviklingen har medført mange nye initiativer som eksempelvis specialiserede pakkeforløb, oprustning af distriktspsykiatri og socialpsykiatri samt neddrøsling af hospitalspsykiatri (PsykiatriNyt, særnummer: Virksomhedsplan 2011:12; Bengtsson, 2011:41). Ifølge en undersøgelse af udviklingen på botilbudsområdet også lavet af KORA, har kommunerne fra 2008-2010 oprettet 1100-1200 flere døgntilbudspladser på psykiatri- og handicapområdet, mens regionerne i samme periode har reduceret med ca. 500 pladser. Reduceringen af disse pladser skyldes dels nedlægning af institutioner og dels overdragelse til kommunerne, som har overtaget langt størstedelen af de sociale foranstaltninger på området (Buse & Dalsgaard, 2012:1).

Men de nye initiativer og omstruktureringer udgør ifølge Bengtsson (2011:41) ikke automatisk et sammenhængende system. I mange situationer mener han, at de vil pege i forskellige retninger, eller det vil medføre, at opgaver bliver varetaget af folk, som ikke er tilstrækkeligt rustede til at løse dem. Han mener ikke, at der er direkte hindringer for samarbejde, men at der er behov for mere struktureret samarbejde mellem sektorerne. Bengtsson henviser her til psykiater Per Vendsborg, der beklager, at hjælpesystemet er opsplittet og ukoordineret med dobbeltarbejde og modstridende indsatser. Ifølge Bengtsson siger Vendsborg indirekte, at det sociale system burde holde sig fra alt, hvad der har med behandling at gøre. Bengtsson mener dog, at det er et tvivlsomt spørgsmål, om der kan trækkes så skarp en grænse mellem de to organisationer, og om kommunerne er villige til at holde sig helt fra behandlingsdelen (Bengtsson, 2011:41).

I 2013 fokuserer Region Hovedstadens Psykiatri fortsat på diskursen om hurtigere og mere sammenhængende behandling samt optimering af patientforløbene med henblik på at ”spild” reduceres. Dette kommer til udtryk i deres virksomhedsplan for 2013. Her skriver de, at en forudsætning for forbedringskulturen er, at strategier og retninger omsættes til meningsfulde mål, som man kan måle på, så man sikrer, at der sker en udvikling i den rigtige retning. Der lægges særligt vægt på, at der skal indføres shared care² modeller i forbindelse med behandling af bl.a. beboere fra socialpsykiatriske botilbud med det formål at styrke det konkrete daglige samarbejde, samt at medicineringen lever op til de fastsatte krav. I virksomhedsplanen fremgår det, at dette vil kræve tæt samarbejde mellem de psykia-

² Shared care: indebærer at behandlere fra forskellige organisationer deler behandlingen og ansvaret for behandlingen mellem sig

triske centre og de botilbud, de hver især betjener. Et tiltag som fremgår af virksomhedsplanen er, at medarbejdere og ledere skal uddannes i metoder til recoveryorienteret behandling (Virksomhedsplan, 2013:8-13).

Opsummerende kan det siges, at udviklingen af de accelererede patientforløb inden for hospitalspsykiatri har medført, at mere og mere behandling skal foregå ambulantly. Den har også medført, at mennesker med psykiatriske lidelser udskrives relativt hurtigt efter indlæggelse. Mange udskrives i en langt sværere psykiatrisk tilstand, end de har været vant til. De har altså flere symptomer ved udskrivelse, end de hidtil har haft, når de blev udskrevet. Man har afkortet observationstider både før og efter behandling. Behandlingen af patienten starter hurtigere efter indlæggelse end tidligere. Når behandlingens virkning er indtrådt, sendes patienten videre til anden instans. Hvis symptomerne vender tilbage, må patienten henvende sig på ny i den psykiatriske modtagelse.

1.3.4 Undersøgelser af sektorsamarbejde

Da indførelse af accelererede patientforløb i psykiatrien fortsat er relativt nyt, er det begrænset, hvor meget det endnu har været muligt at undersøge virkningen deraf. Det har derfor heller ikke været muligt at finde undersøgelser, der specifikt har set nærmere på effekten af de accelererede patientforløb i psykiatrien, eller de accelererede patientforløbs betydning for samarbejdet på tværs af psykiatriske organisationer. Jeg finder derfor en sådan undersøgelse yderst relevant. Ikke desto mindre vil det også være relevant at se lidt nærmere på undersøgelser af samarbejdet mellem sektorerne, for at forstå hvori nogle af udfordringerne i et sådan samarbejde kan ligge.

I 2005 gik Psykiatrisk Center Amager og botilbuddet Sundbygård i Københavns Kommune sammen om at få lavet en undersøgelse af sektorsamarbejdet i psykiatrien. Undersøgelsens formål var at afdække de intersektorielle brændpunkter, der er relateret til perioder op til, under og efter indlæggelse af fælles klienter. Undersøgelsen blev fulgt op igen i 2007 (Kistrup et al., 2009).

Et interessant fund i undersøgelsen var, at der var en signifikant diskrepans mellem oplevelsen af det generelle samarbejde overfor oplevelsen af samarbejdet ved det seneste konkrete indlæggelsesforløb. Medarbejderne var klart mere positive, når de tænkte på et konkret forløb fremfor, når de tænkte på det generelle samarbejde. En forklaring på dette kan ifølge undersøgelsen være, at når det generelle samarbejde skulle vurderes, tog kontaktper-

sonerne udgangspunkt i negative stereotyper og sociale kategoriseringer af hinanden, men når det gælder det seneste indlæggelsesforløb, bygger vurderingen på en interpersonel relation (Ibid.).

Bengtsson mener, at årsagen, til at de primære konflikter i samarbejdet mellem hospitalspsykiatri og socialpsykiatri opstår, bl.a. skal findes i meget forskellige fagkulturer. Sundhedssektoren har fokus på behandling, mens socialektoren arbejder ud fra et borgerretsperspektiv. Det medfører, at systemerne ofte taler forbi hinanden, professionerne kan altså blive en barriere for kommunikationen (Bengtsson, 2011:48). Her er det dog interessant at påpege, at der er mange af de samme faggrupper, som går igen i de to sektorer, og meget personale der i løbet af deres karrierer arbejde både i hospitalspsykiatri og socialpsykiatri.

1.4 Casepræsentation

På baggrund af de forandringer de accelererede patientforløb lægger op til ifølge ovenstående afsnit og mine egne forforståelser af, at det medfører nogle udfordringer i samarbejdet, besluttede jeg at undersøge dette nærmere med udgangspunkt i det socialpsykiatriske botilbud Kløverengen (KE) og hospitalspsykiatrien på Psykiatrisk Center Glostrup (PCG). Jeg vil derfor præsentere disse organisationer nærmere samt præsentere den nærmere betydning af accelererede patientforløb på PCG.

1.4.1 Præsentation af Kløverengen

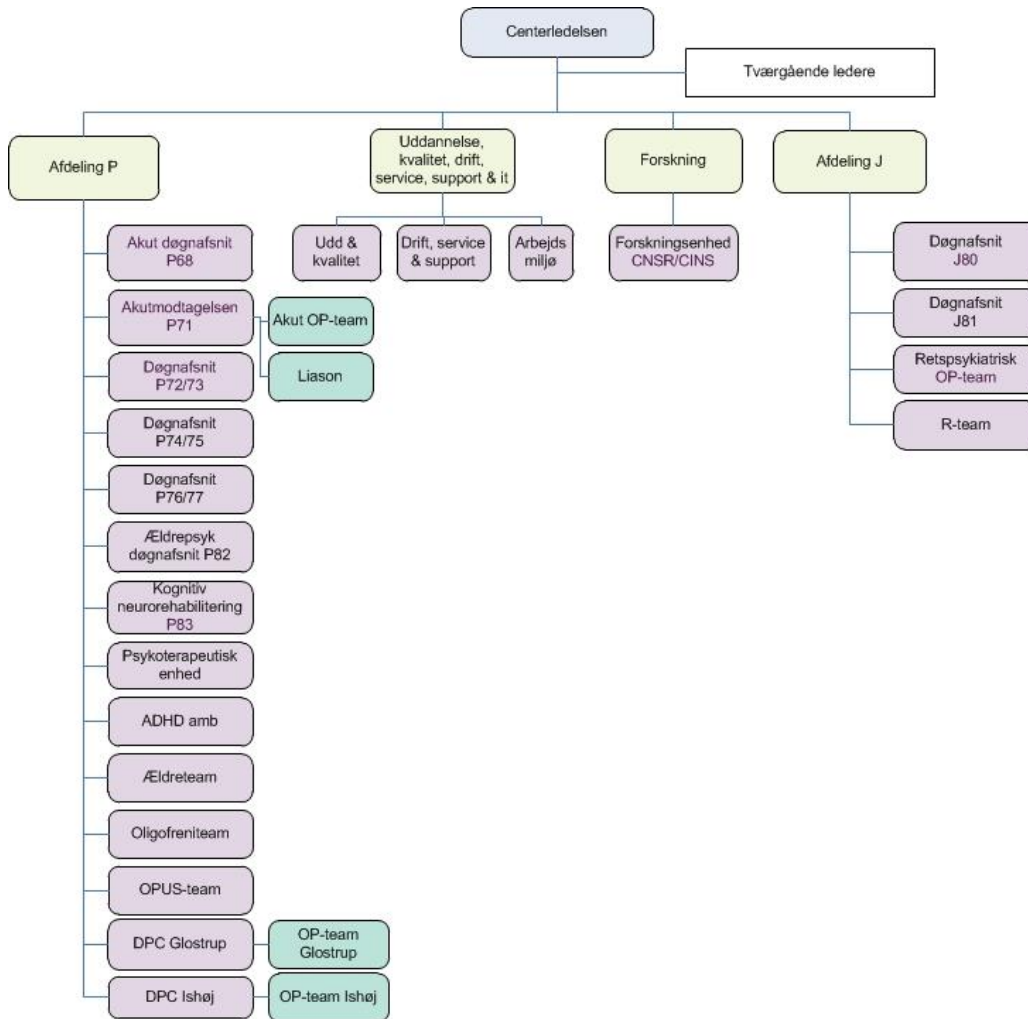
KE er et socialpsykiatrisk bosted i Ishøj Kommune efter Servicelovens § 107³. Stedets målgruppe er unge mennesker i alderen 18 – 35 år med en psykisk lidelse. Beboerne har typisk fået stillet enten diagnosen skizofreni eller emotionel ustabil personlighedsstruktur (Wulf-Andersen & Neidel, 2009:27). Beboerne på KE bliver ansat på et af stedets projekter, eksempelvis botilbuddets cafe, Cafe Hjerterummet, som er åben for udefra kommende gæster. Cafeen bidrager både til at bringe lokalsamfundet ind i og beboerne ud af botilbuddet. KE bestræber sig også på at arbejdet i cafeen, såvel som i de andre projekter skal være recoveryorienteret, altså med det fokus at de sindslidende kan komme sig efter deres sindslidelse. Beboerne udfører meningsfuldt, lønnet arbejde, de får et netværk, og de hjælpes til at se sig selv som et helt menneske og ikke blot være reduceret til en diagnose. Det arbejde beboerne på KE udfører, er ifølge KE funderet i det hele menneskesyn, en tro på at men-

³ § 107. Kommunalbestyrelsen kan tilbyde midlertidigt ophold i boformer til personer, som på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer har behov for det.

nesker med sindslidelser ligesom alle andre mennesker har ønskerne og evnerne til at udvikle sig (Wulf-Andersen & Neidel, 2009:19; www.kloeverengen.dk).

1.4.2 Præsentation af Psykiatrisk Center Glostrup

PCG hører under Region Hovedstadens Psykiatri. PCG's organisationsplan ser således ud:



Centret er opdelt i almen voksenpsykiatrisk afdeling P og retspsykiatrisk afdeling J. Afdeling P rummer forskellige almene og specialiserede psykiatrisk sengeafdelinger, ambulatorier samt opsøgende teams. Afdeling J består af to lukkede retspsykiatriske sengeafdelinger samt to opsøgende teams.

Før denne organisationsstruktur var afdeling P opdelt i stammoduler, hvilket betød at de 7 vestegnskommuner⁴ som udgør PCG's optageområde var tilknyttet hver deres stammodul,

⁴ Optageområdet består af følgende kommuner: Albertslund, Brøndby, Glostrup, Høje Taastrup, Ishøj, Rødovre og Vallensbæk

og kommunens beboere blev i videst muligt omfang altid indlagt på det modul, som kommunen var tilknyttet.

1.4.2.1 P68

Når beboere på KE har behov for indlæggelse i psykiatrisk regi, bliver de i dag typisk indlagt på PCG's afsnit P68, som er et akut lukket intensivt afsnit. Patienter indlægges på dette afsnit, når deres psykiske sygdom ikke kan behandles ambulantly. Her behandles almene psykiske sygdomme som svær depression, skizofreni, personlighedsforstyrrelse og andre psykotiske tilstande. Når patienter indlægges, får de tilknyttet to faste kontaktpersoner, som er deres primære kontakt under indlæggelsen. Ca. halvdelen af de indlagte patienter på P68 udskrives inden for en uge (Pjece: "Velkommen til afsnit P68). Afsnit P68 blev oprettet som akut lukket intensivt afsnit i forbindelse med omstruktureringer i 2010. Forskellen på P68 og et alment lukket døgnafsnit består i, at de har en højere normering på P68. De kan derfor rumme flere svært syge patienter, som eksempelvis er udadreagerende, skal have fast vagt eller har øget behov for kontakt.

1.4.2.2 Akut-OP

Region Hovedstadens Psykiatri har inden for de seneste år særligt haft fokus på udvikling og styrkelse af den ambulante psykiatri. I deres Virksomhedsplan 2013 fremgår det, at de vil reducere ventetider og sikre en langt bredere vifte af tilbud ved at etablere en række forskellige ambulante tilbud (Virksomhedsplan 2013:12). Et af disse nye tiltag på PCG er oprettelsen af et Akut Opsøgende Psykiatri-team (Akut-OP) i maj 2012. Teamet er tilknyttet psykiatrisk skadestue. På PCG's hjemmeside beskrives det, at formålet med teamet er at hjælpe patienter, så de kan udskrives direkte til eget hjem med intensiv støtte efter en akut indlæggelse og dermed undgå en efterfølgende indlæggelse på åben sengeafdeling (Region Hovedstadens Psykiatri's hjemmeside – Psykiatrisk Center Glostrup). Patienter henvises til Akut-OP via lægerne på PCG's sengeafsnit. Der er primært tale om henvisninger fra modtageenheden: psykiatrisk skadestue og P68, men henvisningerne kan også komme fra de almene sengeafsnit.

Teamet består af tre sygeplejersker og en socialrådgiver. Derudover har de fælles afdelings-sygeplejerske med skadestuen og fælles overlæge med P68.

1.4.2.3 Accelererede patientforløb på PCG

Omstruktureringen på PCG i 2010, som medførte oprettelse af P68, er i tråd med de accelererede patientforløb, hvilket der for alvor først blev sat ord på fra Region Hovedstadens side i 2011 jf. offentligt tilgængelige skrifter. PCG fører egne optegnelser over patientindlæggelser og indlæggelsesfrekvenser, hvilket jeg har fået indblik i. Optegnelserne for de seneste fire år ser således ud:

Indlæggelses frekvens og gennemsnitlig liggetid på Psykiatrisk Center Glostrup – almen voksenpsykiatri

| | Laveste frekvens 10 % (dage) | Median 50 % (dage) | Højeste frekvens 90 % (dage) | Gennemsnitlig liggetid (dage) | Antal indlæggelser |
|------|------------------------------|--------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| 2012 | 1 | 2 | 36 | 13,06 | 2.631 |
| 2011 | 1 | 2 | 35 | 13,90 | 2.746 |
| 2010 | 1 | 3 | 46 | 18,82 | 2.531 |
| 2009 | 1 | 5 | 63 | 22,42 | 2.321 |

Ser vi på 2009 før oprettelse af P68, var gennemsnitlig liggetid på 22,42 dage, hvorimod i 2012 er den nede på 13,06 dage. De accelererede patientforløb bliver ligeledes tydelige, hvis der ses på medianen, som er faldet fra 5 dage og til 2. Det er tydeligt at indlæggelserne på PCG er blevet markant kortere samtidig med, at antallet af indlæggelser er steget fra 2.321 indlæggelser i 2009 til 2.631 indlæggelser i 2012, hvad der gennemsnitligt svarer til næsten en ekstra indlæggelse per dag.

1.4.3 Samarbejdet mellem PCG og KE

I forbindelse med indførelse af sundhedsloven i 2007 blev det et krav til regioner og kommuner, at der skulle udarbejdes sundhedsaftaler, hvori samarbejdet formaliseres med det formål at sikre sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne (Sundhedsstyrelsens hjemmeside). Jf. sundhedsaftalerne kan der lokalt indgås samarbejdsaftaler eksempelvis mellem psykiatrisk center og botilbud. PCG og KE har indgået en sådan lokal samarbejdsaftale. Det fælles mål med samarbejdsaftalen er, at beboerne oplever en behandling, hvor samarbejdet er fagligt, sagligt og sammenhængende, at beboerne sikres den bedst mulige psykiatriske behandlingsindsats, og at de støttes i den psykosociale rehabilitering, samt at ressourcer udnyttes mest optimalt og fleksibelt (Samarbejdsaftale, 2010:1).

Noget af det, der ifølge samarbejdsaftalen skal gøre forløbene sammenhængende og helhedsorienterede, er, at når en beboer fra KE henvender sig i psykiatrisk skadestue, skal personalet på KE orienteres efter samtykke fra patienten. Henvender en beboer sig sammen med personalet, laves der aftales om, at et navngivent personale fra KE evt. deltager ved gennemgang af patienten den efterfølgende dag. Er beboeren indlagt længere end 8 dage, vil KE's personale deltage i udskrivningssamtalen. Såfremt patienten ønsker sig udskrevet tidligere end planlagt, informeres KE hurtigst muligt om dette. I samarbejdsaftalen indgår det, at PCG og KE afholder halvårslige samarbejds møder, hvor KE's ledelse, afdelingsledelsen fra PCG og den eller de tilknyttede lægekonsulenter deltager (Ibid.:2-3). Samarbejdsaftalen er indgået før oprettelse af Akut-OP, og deres funktion i samarbejdet er derfor ikke nedskrevet.

1.5 Samarbejde, de accelererede patientforløb og mennesker med psykiatiske lidelser

Socialt arbejde i psykiatrien handler ifølge det fælles værdigrundlag (Socialministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005:4) om at sammensætte et tilfredsstillende patientforløb for mennesker med en psykisk lidelse. Medarbejderne i hospitalspsykiatrien og socialpsykiatrien er derigennem forpligtede til at arbejde sammen om at sikre de ydelser, som en borger har behov for, og de er derfor opgaveafhængige. Når parterne, som skal levere disse ydelser, ikke kan samarbejde, går det ud over kvaliteten af ydelserne, og dermed får det også konsekvens for borgeren.

Behovet for sammenhængende patientforløb, hvor organisationerne nødvendigvis må samarbejde om ydelsen, skaber en risiko for, at behandlingen af patienten/beboeren kommer til at foregå hen over hovedet på vedkomne, og at de bliver ”kæstebolde” mellem to organisationer (Seemann i Bømler, 2008:186, 201).

På baggrund af ovenstående viden om socialpsykiatri og hospitalspsykiatri, accelererede patientforløb, min egen forforståelse om samarbejdet på tværs i psykiatrien og den betydning samarbejdet organisationerne imellem har for behandling af mennesker med sindslidelse, finder jeg det relevant, som nævnt i læsevejledningen, at undersøge følegnede problemformulering nærmere.

2 Problemformulering

Hvilken betydning har accelererede patientforløb i hospitalspsykiatrien for de organisatoriske grænseflader i samarbejdet mellem hospitalspsykiatri og socialpsykiatriske botilbud?

3 Teoretisk grundlag

I de følgende afsnit vil jeg introducere den teori, jeg har udvalgt til at udføre undersøgelsen. Jeg vil gennemgå teorien, argumentere for mine tilvalg og dels også fravalg, og jeg vil løbende hænge teorien op på undersøgelsens problemstilling. Den egentlige analyse kommer først senere, men for at koble teorien og problemstillingen sammen vil nogle afsnit have en analyserende karakter.

Formålet med undersøgelsen er, at øge forståelsen af, hvad der ligger til grund for disse udfordringer, og hvad det betyder for samarbejdet. Derfor har jeg i første omgang fundet det nødvendigt at definere og argumentere for det perspektiv, jeg anskuer organisationerne ud fra. Der er her tale om en relativt rationel tilgang til organisationer i et interorganisatorisk perspektiv.

Herefter vil jeg præsentere teorien om beskyttelsesstrategier og dysfunktioner, som er grundlæggende i undersøgelsen og gør det muligt at besvare min problemformulering. Da disse begreber kan være meget brede, benytter jeg nogle hjælperedskaber, som jeg finder nødvendige for at kunne besvare problemformuleringen ud fra beskyttelsesstrategier og dysfunktioner. Jeg vil her inddrage de organisatoriske begreber struktur, kultur og proces.

Disse begreber vil være gennemgående hjælperedskaber gennem hele undersøgelsen og hele den forudgående proces, både til identifikation af brændpunkter og til at analysere mig frem til hvilke beskyttelsesstrategier og eventuelt medfølgende dysfunktioner, der kommer til udtryk i samarbejdet, og ud fra dette vil det være muligt at øge forståelsen af de accelererede patientforløbs betydning for samarbejdet.

Struktur, kultur og proces er tre meget overordnede begreber, som stort set vil kunne rumme alle aspekter inden for organisationer, og jeg vil derfor argumentere for en relativt stram indsnævring af begreberne, som er med til at skabe fokus i undersøgelsen.

3.1 Organisation – en definition

Bømler henviser til Torben Agersnaps definition af en organisation fra 1968, som lyders således:

”Som et større antal personer, der er opdelt i mindre enheder inden for en større helhed i vekselvirken med en omverden, og hvis arbejde eller aktiviteter i en række nærmere præciserede henseender er samordnet under en ledelse til gennemførelse af en eller flere opgaver (mål) med iagttagelse af et sæt regler (normer), under udnyttelse af helhedens ressourcer.” (Bømler, 2008:11).

Ud fra den definition kan vi både betragte en kommune og en region som organisationer. Definitionen gør det endvidere muligt at betragte afdelinger inden for eksempelvis en kommune eller region som organisationer, da definitionen ifølge Bømler tager udgangspunkt i et problem eller en opgave, som organisationen ønsker at belyse (Bømler, 2008:11). Ud fra den definition vil jeg betegne både KE og PCG som to organisationer under henholdsvis Ishøj Kommune og Region Hovedstaden. To organisationer, som under hver deres ledelse, har hver deres opgaver, som de forsøger at løse med de ressourcer, de hver især har til rådighed. KE benytter ifølge deres eget værdigrundlag⁵ psykosocial rehabilitering med det mål, at beboere på sigt skal kunne klare sig i egen bolig, og PCG benytter behandling af den psykiatriske tilstand ud fra, som tidligere nævnt, en bio-psykosocial tilgang. PCG er bygget op omkring mindre afdelinger. Ud fra ovenstående definition vil jeg her argumentere for, at P68 og Akut-OP er to mindre enheder i samme organisation og dermed i undersøgelsen to organisationer. Dette er ud fra argumentet om, at de arbejder under delvist adskilt ledelse i form af hver deres afdelingssygeplejerske, men med fælles overlæge.

Ud fra ovenstående definition, er organisationer relativt formelt styret af regler (normer) og mål (opgaver), og på den baggrund anskuer jeg i undersøgelsen ud fra et relativt rationelt organisationsperspektiv (Jacobsen og Thorsvik, 2002:154). Graden af denne formalisering kan variere fra organisation til organisation, og der er forskel på hvor meget organisationer ”dyrker” det formelle i form af eksempelvis titler, uniformer osv., der vil også være forskel på graden af formalitet set ud fra organisationsplaner og eksempelvis hvilken lovgivning, der arbejdes under (Bakka og Fivelsdal, 2004:17-17).

Ifølge Jacobsen og Thorsvik består selve kernen i en organisation af organisationens opgaver, mål og teknologi. Altså det der skal udføres, de ambitioner organisationen sætter og de

⁵ www.kloeverengen.dk

hjælpemidler, der må tages i brug. Ingen af disse elementer kan ses som vigtigere end de andre, da de må ses i sammenhæng med hinanden (Jacobsen og Thorsvik, 2002:31).

I min undersøgelse tager jeg udgangspunkt i tre organisationer, der skal samarbejde. Organisationer som hver især har selvstændige opgaver, mål og teknologier. Hertil kommer, at de to af organisationerne, som hører under PCG, kan have både fælles og individuelle opgaver, mål og teknologier. Ved at tilføje begreberne mål, opgaver og teknologi om organisations kerne, bliver det muligt at sige noget mere konkret om, hvad organisationerne i min undersøgelse rummer, og hvordan eller med hvilken teknologi organisationerne gennemfører deres opgaver og mål. Dermed bliver det også muligt at identificere, hvor organisationerne adskiller sig fra hinanden, og dermed hvor der kan opstå udfordringer i samarbejdet.

3.1.1 ”Det” organisationerne arbejder hen imod

Både PCG og KE producerer det, som Jacobsen og Thorsvik begrebsligger som tjenesteydelser til psykisk syge borgere. De redskaber og metoder, som organisationen benytter for at løse sine opgaver, kaldes teknologi. Her kan både være tale om fysiske maskiner og redskaber eksempelvis diverse måleapparater (Jacobsen og Thorsvik, 2002:35). Teknologi i psykiatrisk behandling kan f.eks. være elektrochokbehandling i daglig tale ECT eller medicin. Men det er også den viden og de færdigheder og metoder, eksempelvis samtaleteknikker, de ansatte på KE og PCG benytter for at opnå det færdige produkt altså tjenesteydelserne.

KE og PCG er begge offentlige organisationer og noget af det, der ifølge Jacobsen og Thorsvik, kendetegner offentlige organisationer er, at de ofte skal varetage forskellige og modstridende hensyn, når der skal opstilles målsætninger. De er underlagt krav om økonomisk effektivitet. Endvidere skal de leve op til demokratiske idealer om forudsigelighed og forbud mod forskelsbehandling. De skal formidle centrale samfundsværdier, hvori der kan findes konfliktende idealer. Et af målene for den offentlige organisation er endvidere, at den skal være kontinuerlig. Det kan være vanskeligt at sige, hvornår den offentlige organisations mål er indfriet. Der taler Jacobsen og Thorsvik om, at mål er ”det”, som organisationen beskæftiger sig med fremfor egentlig definerede målsætninger. Endelig er det karakteristisk for en offentlig organisation, at den ikke frit kan vælge hvilke områder, den opererer inden for (Ibid.:54-55).

Ved at omtale målene som "det", gør jeg lidt op med den rationelle organisationstankegang. Det gør jeg, da jeg ikke mener, at den i sin rene form vil være tilstrækkelig til at belyse problemstillingen i undersøgelsen, og at det vil ifølge Bakka og Fiveldal (2004:18) være urealistisk at forestille sig at en organisation kan fastsætte et bestemt og klart mål, som den udelukkende arbejder hen imod. En sådan betragtning vil endvidere gøre definitionen af organisationer så snæver, at den bliver problematisk at foretage en analyse ud fra. Det rationelle udgangspunkt vil overordnet være gennemgående for min organisationsforståelse og dermed også i analysen, men jeg vil dog ud fra Bakka og Fiveldals kritik af det rationelle syn på mål arbejde ud fra "det", som organisationerne arbejder ud fra. I undersøgelsen vil jeg løbende benytte begreberne mål og målsætning, men der vil hele tiden være tale om "det", som er blevet ekspliciteret i ovenstående.

3.1.2 Udelukker fokus på interpersonelle relationer

Valget af organisatorisk perspektiv er ikke ensbetydende med, at der ikke ville være andre perspektiver, som ville være relevante for problemstillingen, men da det relativt rationelle organisationsperspektiv er forholdsvist stringent i forhold til opfattelsen af, at organisationer er styret af eksempelvis formelle interne strukturer og specifikke målsætninger, udelukker det muligheden for at anskue visse aspekter inden for organisationer.

Der er eksempelvis ikke fokus på de interpersonelle relationer. Til at anskue dette kunne et Human Relations-teoretisk perspektiv have været relevant. Altså et perspektiv, hvor der lægges vægt på at medarbejderes holdninger, følelser og interaktionsmønstre og arbejdsgruppens struktur og kultur, måske påvirker medarbejdernes præstation inden for organisationen i langt højere grad end selve organisationens rammer. Det er her særligt inden for relationsmønstre i konkrete arbejdsgrupper, at kvaliteten af medarbejdernes præstationer kommer til udtryk. Human Relations-teorien rummer i høj grad et socialpsykologisk perspektiv (Hasenfeld, 2003:42-43).

Teoriens alvorligste brist som Hasenfeld (Ibid.:49) ser det, netop at den ikke formår at tage andre organisatoriske variable i betragtning end den socialpsykologiske. Ifølge Hasenfeld er der andre variable, som kan være langt mere betydningsfulde eksempelvis omverdenskrav, ressourcer, organisatoriske mål, størrelse, klienters behov og personlige karakteristika, serviceringsteknologi og medarbejderkvalifikationer. Her mener jeg, at det perspektiv, som er relativt styrende for denne undersøgelse, gør det muligt at åbne op for en bredere forståelse af de accelererede patientforløbs betydning for de organisatoriske grænseflader. Dermed

ikke sagt, at Human Relations-teorien ikke også kunne bidrage til nogle interessante fund i empirien.

3.2 Det rationelle perspektiv i undersøgelsen

Som tidligere nævnt møder offentlige organisationer mange modstridende hensyn. Disse modstridende hensyn har indflydelse på det interne arbejde både på KE, P68 og Akut-OP, men ud fra min forforståelse om, at der opstår samarbejdsudfordringer organisationerne imellem, vil sådanne modstridende hensyn i særdeleshed også have indflydelse på de organisatoriske grænseflader i samarbejdet.

Alle parter beskæftiger sig med forskellige tjenesteydelser, og "det", som Jacobsen og Thorsvik kalder det, kan varieres fra patient til patient og fra beboer til beboer og kan derfor ikke entydigt defineres under et overordnet mål, som det også kommer til udtryk i den lokale samarbejdsaftale.

I forlængelse heraf er det interessant, at det danske sundhedsvæsen ifølge Seemann kun i ringe grad er styret af regler. Offentlige instanser bestemmer ikke selv, hvad de vil producere, hvad deres mål er, eller hvem de vil samarbejde med. De manglende regler skal forstås på den måde, at der nærmere er tale om generelle rammer for en udstrakt grad af professionsstyre. Det er i høj grad op til de professionelle parter at definere behov, og den indsats der skal ydes (Seemann, 1999:89).

Det betyder i praksis, som jeg ser det, at assistenten eller sygeplejersken vurderer ud fra deres observationer, om den medicin, patienten får, har den ønskede effekt, eller hvornår det eventuelt er behov for p.n.-medicin⁶. Pædagogen vurderer ud fra sit kendskab til beboeren, hvilken pædagogisk tilgang der vil være mest optimal i en situation, når en beboer får det dårligt, og lægen vurderer hvilken medicin, der er behov for i den givne situation. De professionelle på KE og PCG kan ikke forholde sig til et nedskrevet regelsæt i deres daglige arbejde, da deres arbejde er baseret på deres vurderinger og definitioner af behov og indsats.

Samarbejde på tværs af offentlige organisationer indebærer ofte også samarbejde på tværs af forskellige faggrupper altså tværfagligt samarbejde eller tværprofessionelt samarbejde. Dette gør sig også gældende i denne undersøgelse og kunne derved have været et andet

⁶ p.n.: forkortelse for pro necessitate. P.n. medicin bruges i daglig tale for ordineret medicin som kan tages efter behov

muligt perspektiv at forstå betydningen af de accelererede patientforløb ud fra. Et af de aspekter, som det tværfaglige perspektiv rummer, vil ifølge Lauvås og Lauvås (2004), til modsætning fra det meget rationelle organisationsperspektiv jeg har valgt, være muligheden for at komme nærmere en forståelse af de barrierer, fagene har bygget op mod hinanden. Det ville altså være muligt at sige noget om relationer mellem fagene (Ibid.:40-41). Endvidere ville det være muligt at lægge et magtperspektiv ned over undersøgelsen via tværfagligt samarbejde ud fra den betragtning, at nogle fag er mere dominerende end andre (Ibid.:44). Det er dog en vigtig pointe i forhold til fravalg af denne tilgang, at nogle faggrupper kan gå igen i begge organisationer, og den organisatoriske opdeling, som jeg har valgt, ville ikke på samme måde være mulig.

3.3 Interorganisatorisk perspektiv og interorganisatoriske netværk

Indtil videre har jeg hovedsageligt fokuseret på organisationer som selvstændige enheder med hver deres strukturer og hver deres "det", men for at komme nærmere en forståelse af samarbejdet de organisatoriske grænseflader imellem vil jeg nu trække et interorganisatorisk perspektiv ind i undersøgelsen, som gør det muligt at se på samarbejdet i et interorganisatorisk netværk.

For at samarbejde organisationer imellem kan gå op i en højere enhed må de, ifølge Seemann, lære at koordinere i forhold til andre organisationer. De kan ifølge Seemann (1999:90-91) ikke nøjes med at tænke i egen intern logik, da flere opgaver ikke kan løses inden for eget system.

Ifølge Seemann har studier af organisationsteorien både historisk og traditionelt set være domineret af organisationernes interne strukturer, kulturer og processor, men da organisationer i den grad også påvirkes af eksterne organisationer, er det også relevant at flytte fokus fra organisationens interne problemstillinger til de eksterne problemstillinger, organisationerne møder på tværs af organisationerne, det som af Seemann begrebsliggøres som det interorganisatoriske perspektiv (Seemann i Bømler, 2008:184).

Seemann argumenterer allerede i 1999 for et stigende behov for tværgående kommunikation: *"Organisationerne skal lære at koordinere i forhold til andre organisationer. Organisationerne kan ikke længere tænke i egen intern logik. Flere og flere opgaver kan ikke løses inden for eget system, men rækker ud over styresystemernes egne nedslagsfelter. Det stiller store krav til organisationernes koordinationssevner."* (Seemann, 1999:90).

For at få fokus på hvad der sker på tværs af organisationerne, er det en mulighed at lægge et interorganisatorisk netværksperspektiv ned over problemstillingen (Ibid.:87-88).

Et interorganisatorisk netværk kan ifølge teorien defineres som en gruppe mere eller mindre selvstændige organisationer, der har et relativt stabilt samarbejde over tid. I netværket foregår der forskellige former for interorganisatorisk aktivitet omkring udveksling af information, koordineret handling og fælles opgaveløsning (Jacobsen og Thorsvik, 2002:223; Seemann i Bømler, 2008:184-185).

Disse interorganisatoriske netværk kan, ifølge Seemann, ikke undgå overlappende arbejdsdeling, uklare ansvarsforhold, gensidig afhængighed, modstridende beslutninger og uløste opgaver, og deraf kan der opstå samarbejdsconflikter (Seemann, 1999:87-88).

Årsagen, til at organisationer samarbejder og dermed danner interorganisatorisk netværk, er ifølge Nylehn, at de kan opnå nogle fordele herved. Herunder f.eks. bedre udnyttelse af ressourcer i og med kompetencegrundlaget bliver større, øget fleksibilitet da organisationerne kan spille sammen, større forudsigelighed da der udveksles information og dermed indsigt i andre organisationer. (Nylehn, 1996:227-228, 239).

Selvom om parterne i social- og sundhedsvæsenet i stigende grad har opbygget tværgående relationer, er der stadig mange uoverensstemmelser og alvorlige sammenstød. Billedet er ifølge Seemann præget af fordomme og ikke indfrie forventninger, der tager afsæt i forskellige konflikter. De opgaver, der varetages i social- og sundhedssektoren, sker i forskellige netværkskonstellationer, hvor de involverede parter har forskellige mål, opgaver og delopgaver, behandlingsteknologier, arbejdsformer og kulturer (Seemann, 1999:88).

Seemann beskriver endvidere, at netværksorganisationerne ofte bruger megen energi på at forsvare sig mod pres fra samarbejdspartnerne og på at overtale og presse dem til at følge netop deres opgavelogik (Seemann i Bømler, 2008:187). Dette vil jeg komme nærmere ind på i afsnittet om beskyttelsesfaktorer og dysfunktioner.

Interorganisatorisk teori er blevet kritiseret for at koncentrere sig for meget om det statiske billede og ikke om den dynamik og de processer, som forandrer relationerne. Nylehns (1996) modsvar til denne kritik er, at samarbejdet har sin egen dynamik, som både udvikler parterne og relationerne, og det er herigennem, der kan skabes gensidig tillid og forståelse (Ibid.:233). Den tillid og de bånd, som udvikles i samarbejdet, er en forudsætning for, at

samarbejdet kan fungere, men det er både krævende, belastende og en usikkerhedsfaktor for det interorganisatoriske netværk. Netværket styres ikke af en bestemt instans, og det kan derfor siges at være i konstant dynamisk udvikling. Det giver fleksibilitet og høj grad af autonomi. Samtidig forudsætter det, at alle forholder sig aktivt til hinanden (Ibid.:240).

Offentlige organisationer som KE og PCG bestemmer ikke selv, hvad de vil producere, og hvem de ønsker at samarbejde med. At netop KE og PCG skal samarbejde, og hvad de skal producere, er besluttet på højere politisk niveau. Men begge parter har noget mere at skulle have sagt, når det kommer til at definere behov og indsats i opgaveudførelsen og det interorganisatoriske samarbejde i et sådan netværk.

3.4 Forandring i organisation

Problemstillingen i denne undersøgelse tager afsæt i, at der i den ene organisation er sket en forandring altså indførelsen af de accelererede patientforløb på P68, som har affødt en ny afdeling Akut-OP. Forandring i en organisation kan ifølge Jacobsen og Thorsvik (2002:355) indebære, at man enten udvikler nye elementer oveni de elementer, organisationen allerede har, at eksisterende elementer sættes sammen eller deles på nye måder, eller at man opgiver eksisterende elementer.

Denne forandring, der er hovedomdrejningspunkt i undersøgelsen, indebærer bl.a. forandringer i den ene part i det interorganisatoriske netværks struktur. Altså en forandring i hvordan PCG's organisationer inddeler og koordinerer deres arbejdsopgaver på ved at ændre i behandlingen af patienterne, så patienterne kan udskrives hurtigere. Man har taget den eksisterende behandling og sat sammen på en ny måde med henblik på højere effektivitet. Endvidere har man tilføjet et nyt element i form af Akut-OP, som skal være med til at gøre det muligt at udskrive patienterne hurtigere, end man tidligere har gjort. Dette sker ved, at Akut-OP skal varetage nogle af de opgaver, som tidligere blev udført under indlæggelse. Det indebærer endvidere forandring i forhold til teknologien altså metoderne til udførelse af arbejdsopgaven samt i forhold til kulturen, da medarbejderne bliver nødt til at ændre normer og værdier i forhold til, hvornår en patient er færdigbehandlet og klar til udskrivelse. En sådan forandring i en organisation (P68) vil føre til ændringer i både de interne magtforhold i PCG, men også i forhold til omgivelserne, i dette tilfælde bl.a. KE (Jacobsen & Thorsvik, 2002:355-356).

Ifølge Gustafsson og Seemann (1988) ses det alt for ofte, at organisationens foranstaltninger vurderes isoleret fra den sammenhæng, de indgår i, til trods for at der er tætte og betydningsfulde afhængighedsforhold. Fokus forbliver internt i organisationen, og der tages ikke højde for tilpasnings- og påvirkningsmekanismer udefra. Til at se nærmere på denne problematik har Gustafsson og Seemann udviklet brændpunktsanalysen, hvor der fokuseres på organisationens kritiske relationer til omgivelserne (Ibid.:155-156).

Selve brændpunktsanalysen vil jeg vende tilbage til i det metodiske afsnit, men jeg vil først redegøre for de begrebslige værktøjer, som vil være gennemgående for analysen. Først beskyttelsesstrategier og dysfunktioner efterfulgt af begreberne struktur, kultur og proces.

3.5 Beskyttelsesstrategier og dysfunktioner i netværket

Teorien forudsiger, at der opstår udfordringer, når ledelses- og autoritetsafhængige organisationer skal samarbejde. For at kunne komme nærmere en øget forståelse af de accelererede patientforløbs betydning for samarbejdet i det interorganisatoriske netværk, vil jeg nu inddrage Seemanns teori om beskyttelsesstrategier og dysfunktioner.

Med fokus på interorganisatoriske netværk har jeg rettet mit fokus mod kritiske relationer mellem organisationerne. Parterne i netværket kan som nævnt være underlagt modstridende krav og forventninger, og det kan dermed blive vanskeligt at etablere stabile relationer. Dette kan skabe en usikkerhed parterne imellem, og for at imødekomme disse usikkerheder benytter parterne sig ifølge Seemann (1996:240) af nogle forskellige beskyttelsesstrategier. Disse strategier kan medføre en række u hensigtsmæssige virkninger eller faretruende udviklingstendenser, som betegnes som dysfunktioner. Jeg vil her gennemgå de seks af Seemann ekspliciterede beskyttelsesstrategier og deres medfølgende dysfunktioner, som har relevans for besvarelse af problemstillingen.

| 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 |
| Gensidig beskyttelse | Uproduktivt samarbejde og uløste opgaver |

(Seemann, 1996:240; Seemann, 2008:197)

1. Alle vil være med og tages i ed om alting → Høje koordineringsomkostninger/uproduktivt samarbejde

De enkelte parter i et netværk kan ikke tage for givet, at de andre parter i netværket vurderer, om de bør inddrages i en aktuel situation, en strategi kan derfor være, at alle vil inddrages og være med i alting. Denne strategi betyder, at de samarbejdende parter rent faktisk mødes og lærer hinanden at kende. Der bliver dermed skabt nogle gode koordinationsfora i netværket, men det har også høje koordineringsomkostninger (Seemann i Bømler, 2008:198; Seemann, 1996:240).

For den enkelte part i netværket betyder det et tungt og tidskrævende arbejde med at håndtere alle relationerne og koordineringen, og det tager tid fra den professionelle kerneopgave. Dette leder videre til et yderligere problem, da det kan medføre, at det relevante arbejde med organisationens opgave træder i baggrunden til fordel for samarbejdsregulerende aktiviteter (Seemann, 1996:241).

2. Lav profil i forhold til netværket → Uløst eller dårlig opgaveløsning

Lav profil indebærer at parterne undlader at markere sig og i videst muligt omfang forsøger at glide af på uønskede krav og forventninger fra de øvrige parter. De parter, der benytter sig af at holde lav profil, kan imidlertid sidde inde med vigtige ressourcer, som bliver overset af de mere dominerende parter, og det medfører blokade for de knappe ressourcer (Seemann i Bømler, 2008:198-199). Der er endvidere risiko, for at opgaver ikke bliver løst, eller at de ikke bliver løst tilfredsstillende. Lavere kvalitet i opgaveløsningen medfører frustrerede medarbejdere, fordi de ikke kan levere deres bedste i forhold til opgaveløsningen (Seemann, 1996:242).

3. Forsøg på netværksdominans → manifeste konflikter, ”slidte” medarbejdere og brugere som ”kastebolde”

Denne beskyttelsesstrategi anvendes primært af netværkets stærke parter, hvor denne part forsøger at fastholde opgaveløsningen på egne præmisser, og de andre parter søges presset til at rette sig efter disse præmisser. Denne strategi kan virke fremmede for opgaveløsningen, da der ikke er nogen tvivl om, hvad den stærke part i netværket står for, men det giver ikke de andre parter i netværket mulighed for at finde en rimelig og fornuftig placering i netværket. Det kan medføre manifeste konflikter, som ikke er konstruktive, hvilket er opslidende på arbejdsmiljøet og kan medføre at patienterne/beboerne bliver ”kastebolde” i samarbejdet (Seemann, 1996:242).

4. Udstrakt brug af uformel kontakt → Skjulte aktiviteter/koordinering

Uformel kontakt kan lette og smidiggøre de formelle kommandoveje og kan dermed være en væsentlig forudsætning for, at netværket kan løse sine opgaver, men der er også risiko for, at det sker på områder med besværlige modsætningsforhold og kan dermed udvikle sig til skjult koordinering, som kan udvikle sig til mere eller mindre skjulte aktiviteter. Dette gælder særligt områder med besværlige modsætningsforhold. Der opstår risiko for, at vigtige udvekslinger i netværket bliver uigennemsigtige, og der sker en ikke konstruktiv forskydning af magtbalancen (Seemann i Bømler, 2008:198; Seemann, 1996:243).

5. Selvforsyning → Isolerede delsystemer

Selvforsyning, hvor parterne forsøger at klare alt selv, kan reducere afhængigheden af den anden organisation. Selvforsyning skal forstås ud fra, at parter i netværket forsøger at løse problematiske afhængighedsrelationer inden for egne rækker ved selv at varetage nogle funktioner, som ligger i den anden organisation. Det medfører den risiko, at parter i netværket kan være fristede til at isolere sig fra resten af netværket, og opgaveløsningen bliver indsnævret, da nogle parter forsøger at varetage problematikker, som andre parter er mere kompetente til (Seemann i Bømler, 2008:198; Seemann, 1996:243).

6. Gensidig beskyttelse → Uproduktivt samarbejde

Gensidig beskyttelse kommer eksempelvis til udtryk i brug af professionelle normer, som gensidig respekt for fagområder og kompetencer, hvilket kan have nogle meget vigtige regulerende funktioner i netværket. Problemet opstår, når den gensidige beskyttelse giver

anledning til dysfunktioner. Dysfunktionerne består her i, at den gensidige beskyttelse kan tenderer mod at blive et mål i sig selv, og der er hermed risiko for, at samarbejdet bliver uproduktivt. Det opgaverrelevante indhold i samarbejdsrelationen træder i baggrunden, og der fokuseres mere på samarbejdsregulerende aktiviteter (Seemann i Bømler, 2008:198).

3.5.1 Dysfunktionernes betydning for samarbejde

Som det fremgår af ovenstående gennemgang, har beskyttelsesstrategierne en bagside, nemlig at de kan medføre dysfunktioner. Opstår disse dysfunktioner i det interorganisatoriske netværk, opstår der nogle problemer og opgaver, som netværket ikke kan løse, selvom de gentagne gange støder på dem. Årsagen til dette er, at beskyttelsesstrategiernes negative effekter hindrer, at der udvikles nye løsninger på de pågældende problemer og opgaver (Seemann i Bømler, 2008:200).

P68, Akut-OP og KE skal altså for i fællesskab at skabe sammenhængende patientforløb samordne egne behov for autonomi og behovet for ekstern koordinering, hvilket ifølge Seemann konstant vil give anledning til dilemmaer (Ibid.:203).

For at kunne belyse undersøgelsens problemstilling, vil jeg fokusere på, hvor i de kritiske samarbejdsrelationer det er muligt at opspore beskyttelsesstrategier. Det relevante er herefter at have for øje, om der er noget i empirien, der giver anledning til tolkning af, at beskyttelsesstrategierne har medført dysfunktioner eller ej, da det er herigennem, det kan blive muligt at opspore hvilken betydning, de accelererede patientforløb har for de organisatoriske grænseflader.

For at kunne finde disse beskyttelsesstrategier og for at kunne sige noget om, hvad de rummer, og hvori dysfunktionerne eventuelt må bestå, har jeg behov for at indsnævre mit fokus i forhold til, hvad jeg særligt vil være opmærksom på.

Jeg vil derfor i næste afsnit komme nærmere ind på de organisationsteoretiske begreber struktur, kultur og proces. Begreberne vil, som nævnt indledningsvist i undersøgelsen, både ligge til grund for indhentning af data, for indkredsning af brændpunkter og igen som hjælpere til at identificere de beskyttelsesstrategier, organisationerne benytter, samt til at undersøge hvorvidt beskyttelsesstrategierne fører til dysfunktioner i samarbejdet.

3.6 Struktur, kultur og proces

Jeg har valgt de tre begreber struktur, kultur og proces ud fra Bømlers (2008:12) antagelse om, at organisationsteorien samler sig om netop disse tre temaer. Inden for alle tre begrebet vælger jeg at trække på teori fra Bømler (2008), Jacobsen og Thorsvik (2002) og Bakka og Fivelsdal (2004), og inden for kulturbegrebet inddrager jeg også Scheins (1994) teori om organisationskultur. De tre begreber er meget brede og kan rumme mange flere aspekter inden for organisationer, end det er analytisk muligt at rumme i denne undersøgelse. Jeg vil derfor i det følgende redegøre for, hvor jeg særligt vil rette mit fokus inden for hvert af de tre begreber for at besvare problemformuleringen.

3.6.1 Struktur

Strukturen er den formelle opbygning af organisationen, eller sagt på anden vis en stabil ordning af komponenter inden for en helhed, som ifølge teorien er vigtig, da den er en bestemmende faktor i organisationer (Bakka og Fivelsdal, 2004:45-46). Strukturen viser sig ved opdeling i eksempelvis afdelinger, regler, autoritets- og kommunikationsmønstre. Strukturen dannes af den rollefordeling, som organisationen anviser sine aktører, og spiller en væsentlig rolle for, hvordan medarbejderne trives. Hvis strukturen og rollefordelingen ikke er tydelig nok, kan der blive skabt urealistiske forventninger medarbejderne imellem (Bømler, 2008:12-13). Strukturen er altså med til at skabe stabilitet og regelmæssighed. Struktur skaber ifølge Jacobsen og Thorsvik også begrænsning i en organisation. Strukturen gør, at den enkelte medarbejder ved, hvilke opgaver de skal beskæftige sig med og i høj grad hvilke opgaver, de ikke skal beskæftige sig med (Jacobsen & Thorsvik, 2002:70).

Begrebet organisationsstruktur har sin relevans på flere niveauer i denne undersøgelse. Begrebet vil både blive brugt til at have for øje, hvilken rolle de interne strukturer og eventuelle modstridende aspekter spiller for samarbejdet mellem KE, P68 og Akut-OP, og samtidig også til at undersøge om der er nogle strukturer i det interorganisatoriske netværk, som skaber nogle urealistiske forventninger parterne imellem.

Som tidligere nævnt kan organisationsstrukturer være et meget bredt begreb, som kan rumme rigtig mange aspekter. Ud fra bl.a. den viden, jeg nu har om organisationers behov for koordinering for at kunne samarbejde og skabe stabile relationer, har jeg den forforståelse, at det vil være relevant at se nærmere på *stabilitet* og *regelmæssighed* inden for organisationsstrukturerne og betydningen af de *urealistiske forventninger*, der kan følge med. Endvidere,

på baggrund af at jeg i problemformuleringen lægger vægt på organisatoriske grænsefader, finder jeg det relevant for undersøgelsen også at fokusere på *opgaveafgrænsning* i forhold til organisationsstrukturerne.

3.6.2 Kultur

Ifølge teorien kan kulturer ses som de vaner, der er opstået i organisationen. Det handler altså om normer og værdier, der kommer til udtryk i organisationen herunder også, hvordan medarbejderne samarbejder indbyrdes. Organisationskulturer er et overleveret mønster af meninger og etiske koder for adfærd. Organisationskulturer er med til at skabe tryghed, forudsigelighed og mening for den enkelte medarbejder i organisationen. Forandringer i kulturene kan være med til at skabe utryghed, og det kan ifølge Bømler ligefrem være angstfremkaldende for medarbejderne, hvis de bliver nødt til at opgive de antagelser, der gør hverdagen i organisationen stabil. Dette også til trods for at nye antagelser vil være mere hensigtsmæssige (Jacobsen & Thorsvik, 2002:121; Bømler, 2008:12-14).

Organisationer, der producerer sociale tjenesteydelser, er ifølge Jacobsen og Thorsvik særligt afhængige af motiverede og serviceorienterede medarbejdere. Derfor spiller organisationskulturer en væsentlig rolle i disse organisationer. Jf. Bakka og Fivelsdal (2004) kommer kulturene til udtryk på forskellige måder, f.eks. gennem de fysiske forhold som bygningerne og indretning af disse, eller gennem den måde, hvorpå man i organisationen omgås, samarbejder og løser opgaver. Ovenstående tager afsæt i interne organisationskulturer, men i undersøgelsen vil jeg også overføre denne teori på de observationer, jeg gør i empirien ud fra den interorganisatoriske netværksteori.

For at komme organisationskulturens funktion nærmere og for at fokusere den, så den bliver brugbar for analysen, har jeg behov for at konkretisere og indsnævre dens betydning for min undersøgelse. Jeg vil hertil inddrage aspekter af Scheins teori om organisationskultur. Kultur er ifølge Schein et nyttigt begreb, hvis vi formår at benytte det til at hjælpe til bedre forståelse af de skjulte og komplicerede sider af livet i en organisation og dermed mindske sandsynligheden for forvirring, irritation og urolighed overfor det ukendte (Schein 1994:12-13). Schein definerer kultur i organisationer således:

"Et mønster af grundlæggende antagelser, som gruppen lærte sig, medens den løste sine problemer med ekstern tilpasning og intern integration, og som fungerer godt nok til at blive betragtet som gyldige og derfor

læres videre til nye gruppe-medlemmer som den korrekte måde at opfatte, tænke og føle på i relation til disse problemer” (Schein, 1994:20).

Det er altså, når en løsning på et problem virker gentagne gange, at den bliver til en grundlæggende antagelse, der manifesterer sig som normer og værdier i gruppen eller organisationen (Ibid.:28). De grundlæggende antagelser er fundamentet i kulturen, og når de først er skabt, kan de have stor permanens og være meget svære at ændre på. De kan på den baggrund ifølge Bakka og Fivelsdal (2004:141) blive en del af strukturen i organisationen forstået som varige og stabile mønstre. I analytisk øjemed kan der derfor opstå tilfælde hvor de to begreber ikke entydigt kan adskilles. Når en grundlæggende antagelse har været gennem denne proces kan den ifølge Schein fungere som en forsvarsmekanisme for både organisationen som helhed og dens enkelte medlemmer, den tilfører altså stabilitet og mening. Hvis de grundlæggende antagelser ikke er tilstrækkeligt tydelige, kan det give anledning til forvirring, irritation og urolighed. Det kan gøre det lettere at fordreje nye informationer eksempelvis ved benægtelse eller projektion end at ændre den grundlæggende antagelse (Schein, 1994:22, 34).

På den baggrund vil mit hovedfokus inden for organisationskulturer primært blive rettet mod de *grundlæggende antagelser* og deres betydning for samarbejdet i psykiatrien med fokus på, hvilken betydning forandringen, accelererede patientforløb, har medført. Med udgangspunkt i teorien om grundlæggende antagelser og min for forståelse af det interorganisatoriske samarbejde i psykiatrien vil jeg særligt fokusere på, hvornår de giver anledning til forvirring, irritation eller urolighed, samt medarbejderes *fastholdelse af uhensigtsmæssige antagelser*.

3.6.3 Proces

Sidste kernebegreb i organisationsteorien er proces. Proces omhandler bl.a. interaktion, motivation, ledelse og konflikter. Interaktion indebærer medarbejdernes gensidige afhængighed, som bevirker, at alles holdninger og adfærd hele tiden påvirker processerne (Bømler, 2008:15). Denne interaktion er interessant internt i organisationen, men i særdeleshed også organisationerne imellem i det interorganisatoriske netværk. Det er bl.a. i disse processer, der kan opstå konflikter parterne imellem (Ibid.).

Jacobsen og Thorsvik hævder, at omfanget af konflikter er forbundet med organisationernes afhængighed af hinanden, og jo stærkere afhængigheden til opgaveudførelsen er, jo større kan konflikten blive. De hævder endvidere, at konflikter ikke opstår så meget på

grund af enkeltpersoners opfattelse af, hvordan en opgave skal udføres, men mere af at en af parterne ikke gør det, den anden part forventer (Jacobsen og Thorsvik, 2002:164-165).

Konflikter rummer ikke kun et negativt aspekt. Ifølge Jacobsen og Thorsvik er sociale konflikter et element, som er medvirkende til, at mennesker stadig udretter mere og mere. Vi sætter os mål, som passer organisationen. Disse mål møder modstand, og vi er derfor nødt til at udvikle os for at blive i stand til at rydde modstanden af vejen (Ibid.:176).

Det er her relevant at skelne mellem funktionelle konflikter og dysfunktionelle konflikter. De funktionelle kan være gunstige for organisationen, mens de dysfunktionelle er destruktive og opslidende. Organisationer uden konflikt vil sandsynligvis stagnere, da det er konflikterne, der er med til at skabe udvikling. En organisation, som befinder sig i for meget konflikt, vil blive dysfunktionel. For intense konflikter vil flytte medarbejdernes fokus væk fra opgaven og målet og bliver opslidende for personalet. For at bevare effektiviteten er det nødvendigt at opnå et passende niveau af konflikt, som ligger midt imellem de to yderpunkter (Ibid.:176-177).

I forhold til det processuelle perspektiv er det særligt vigtigt at have for øje, at parterne i det interorganisatoriske netværk leverer forskellige ydelser, men med fælles ikke ekspliciterede mål – de skal hjælpe en fælles patient/beboer og for at kunne dette i forbindelse med indlæggelse, er organisationerne nødt til at interagere for at yde denne hjælp. Jeg vil derfor ud fra dette perspektiv lægge særligt vægt på, hvordan *interaktionen* kommer til udtryk. Som det fremgår af indledningen har jeg en fordom om, at der i interaktionen forekommer konflikter, og jeg er her særligt opmærksom på, om der er tale om *funktionelle konflikter* eller *dysfunktionelle konflikter*, da det kan have indflydelse på forståelsen af, hvad de accelererede patientforløb betyder for samarbejdet.

3.7 Teoretisk operationalisering

Mange forskere beskæftiger sig primært kun med et af de tre begreber. Strukturalister mener eksempelvis, at strukturerne er kilden til mange andre fænomener i organisationen, mens andre er mere optagede af bevægelse eller processerne eller de kulturelle normer og værdier som omdrejningspunkt for analyse af organisationer (Bakka og Fivelsdal, 2004:32). I denne undersøgelse er jeg dog i tråd med Bømler optaget af alle tre begreber, da jeg mener, at de er centrale for en organisatorisk analyse og ikke altid kan betragtes som skarpt opdelte, da de hænger sammen og gensidigt påvirker hinanden (Bømler, 2008:15).

Struktur, kultur og proces kan altså inden for undersøgelsens rationelle organisationsperspektiv ses som det, organisationer grundlæggende er bygget op over. Ud fra afgrænsningen i de ovenstående afsnit bliver det muligt at fokusere på nogle bestemte faktorer inden for hvert begreb. Afgrænsningen kan kort skitseres således:

| Struktur: | Kultur: | Proces: |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Stabilitet/regelmæssighed • Urealistiske forventninger • Opgaveafgrænsning | <ul style="list-style-type: none"> • Grundlæggende antagelser • Fastholdelse af uhensigtsmæssige antagelser | <ul style="list-style-type: none"> • Interaktion • Funktionelle konflikter • Dysfunktionelle konflikter |

Operationelt set vil jeg først benytte begreberne til at udfærdige og strukturere interviewguiden, hvilket jeg vil komme nærmere ind på i afsnittet om undersøgelsens empiriske grundlag. Dernæst vil de blive brugt til at opspore og indkredse brændpunkterne. Begreberne vil til sidst blive benyttet til at finde beskyttelsesstrategier, som giver sig til kende i empirien og de eventuelt medfølgende dysfunktioner, hvorved det er muligt at skabe en øget forståelse af, hvad de accelererede patientforløb betyder for det interorganisatoriske samarbejde.

4 Videnskabsteoretisk positionering

I de følgende afsnit vil jeg gøre rede for undersøgelsens grundlæggende hermeneutiske positionering. Min primære tilgang tager afsæt i den filosofiske hermeneutik, men jeg trækker også på veksler fra den kritiske hermeneutik og fra fænomenologien. Udover en redegørelse for undersøgelsens videnskabsteoretiske positionering vil jeg også redegøre for, hvilken betydning det har for udførelse af undersøgelsen samt for resultaterne af undersøgelsen.

4.1 Den hermeneutiske cirkel

Et centralt element inden for det hermeneutiske univers er den hermeneutiske cirkel. Den hermeneutiske cirkel går igen inden for alle retninger af hermeneutikken, men læsningen ud fra den hermeneutiske cirkel afhænger af, hvilken retning inden for det hermeneutiske univers der trækkes på. Det grundlæggende princip i den hermeneutiske cirkel er, at delene og helheden kun kan forstås i kraft af hinanden i en såkaldt vekselvirkning. Forholdet mellem

dele og helhed er ikke fastlåste, hvilket groft sagt, ifølge Højberg, betyder et utal af forskelligartede dele og helheder inden for det samme område (Højberg, 2004:312).

Et sted, hvor den hermeneutiske cirkel inden for den filosofiske hermeneutik adskiller sig fra f.eks. den metodiske hermeneutik, som primært tager afsæt i forståelse og fortolkning af tekster, er, at i den filosofiske hermeneutik inddrages forskeren i den cirkulære bevægelse. Forskeren får altså en aktiv rolle i fortolkningsprocessen (Ibid.:313). Det vil være et grundlæggende princip for undersøgelsen, og jeg vil gennem hele processen være opmærksom på, at fordi jeg har en grundlæggende filosofisk hermeneutisk tilgang, bringer jeg konstant mig selv i spil.

Argumentationen for denne positionering skal bl.a. findes hos en af grundlæggerne for den filosofiske hermeneutik, nemlig Gadamar. I tråd med Gadamar forstår jeg den hermeneutiske cirkel som et ontologisk princip (Ibid.:320). Dette skal forstås som, at fortolkning er en måde at være til på, mere end det er en metode til at opnå sand viden eller sand erkendelse. Det bliver hermed muligt for mig som fortolker, at indgå i en erkendelsesproces, hvor det er vigtigt at understrege, at vekselvirkningen i den hermeneutiske cirkel ikke kun går fra fortolker til genstand, men at den netop er karakteriseret ved, at bevægelsen virker tilbage på fortolkeren. Som forsker står jeg altså ikke over for en verden, der skal fortolkes, men er selv en del af denne verden. Den hermeneutiske cirkel bliver af Højberg også betegnet som en spiral, hvilket er en særdeles relevant betragtning for min undersøgelse (Højberg, 2004:313-314, 320-321; Juul, 2012:111). Årsagen til dette er, at det ikke er muligt at iagttage hverken en begyndelse eller en slutning, men at den i princippet kan ses som en uendelig og uafsluttet proces. Dette betyder eksempelvis, at jeg ikke på noget tidspunkt vil kunne argumentere for, at mine tolkninger er endelige, da de konstant vil gøre det muligt for mig at indgå i en ny erkendelsesproces.

Princippet i den hermeneutiske cirkel eller spiral vil altså kunne medføre et utal af forskellige fortolkninger. Resultaterne af denne undersøgelse vil kunne se forskellige ud, alt efter hvilke dele og helheder der tages afsæt i, samt være afhængig af hvilken forståelse og baggrund jeg har som forsker.

4.2 Forståelse, fortolkning og forklaring

En grundlæggende betragtning inden for hermeneutikken er, at forståelse og fortolkning kommer før forklaring. Fortolkning er et grundlæggende princip inden for hermeneutikken

og bygger på forskerens evne til at overskride det umiddelbart foreliggende og fremtolke den mening, der gemmer sig i det (Højberg, 2004:309; Juul, 2012:109). For at det kan blive muligt at komme med mulige forklaringer på, hvilken betydning de accelererede patientforløb i hospitalspsykiatrien har for de organisatoriske grænseflader, er det altså nødvendigt at gøre rede for den forståelse, der ligger bag, og som gør fortolkningen mulig.

4.3 Den filosofiske hermeneutik – fordomme og forforståelse

Set ud fra Gadamar's begrebsliggørelse af den filosofiske hermeneutik udgøres forståelse af forforståelse og fordomme. Begrebet forforståelse betyder, at der altid går en tidligere forståelse forud for vores nuværende forståelse. Det er altså ikke muligt at gå forudsætningsløst til et socialt fænomen, som man ønsker at forstå. Fordomme angår "*den bagage*", som tages med i forståelsesprocessen. Ifølge Gadamar er fordomme noget, der ligger til grund for forståelse. Det skal ses som en dom, der er fældet på forhånd på baggrund af, at man altid er præget af en forudfattet mening, om det sociale fænomen man går til, altså før man har undersøgt fænomenet grundigt. Fordommene stammer ifølge Gadamar fra kulturel arv, tradition og historie og er en naturlig del af vores forståelse af verden. Inden for den filosofiske hermeneutik vil det være en illusion at tro, at man kan gå fordomsfrit til verden, da det er disse fordomme, der binder mennesket til verden. Det handler derfor inden for den filosofiske hermeneutik om at acceptere disse fordomme som en produktiv forudsætning for at opnå erkendelse af verden (Højberg, 2004:322; Juul, 2012:123).

Metodisk trækker jeg i undersøgelsen flere gange på fænomenologien, hvilket vil blive uddybet senere, men netop i forhold til fordomme og forforståelse adskiller projektets videnskabssteoretiske positionering sig markant fra den fænomenologiske retning, som indebærer, at forskeren må sætte parentes om sine fordomme for at nå frem til de rene fænomener. Uden fordomme og forforståelse ville forskeren inden for den filosofiske hermeneutik være fortabt, da det netop er disse, der gør en i stand til at stille relevante spørgsmål og erfare noget som noget. Til sammen udgør fordomme og forforståelse det, som Gadamar kalder for en forståelseshorisont. Mennesket er et historisk væsen og de historiske forudsætninger, som udgør aspekter af forståelseshorisonten, er medbestemmende for, hvad vi forstår og ikke forstår. Fordommene er med til at gøre os i stand til at undre os (Juul, 2012:121-122).

Det er dog vigtigt at være bevidst om ens fordomme, da det ifølge Gadamar ikke er alle fordomme, der er bevaringsværdige. Det betyder ifølge Juul (2004), at forskeren konstant

må lade sine fordomme teste ved at sætte dem i spil med nye erfaringer. I denne proces må jeg som fortolker altså være åben over for det, der viser sig og lade mig belære af nye erfaringer. Det er her, den fænomenologiske side af hermeneutikken får sin berettigelse i denne undersøgelse (Ibid.:124-125).

4.4 Horisontsammensmeltning

Forståelseshorisonten er ifølge Højberg (2004:323) både noget, der tilhører det enkelte individ samtidig med, at det er noget individet deler med andre, den tilhører den enkelte, og samtidig transcenderer den enkelte. Forståelseshorisonten er med til at gøre det muligt at fortolke verden meningsfulgt. En horisontsammensmeltning kan beskrives som et forstående møde mellem forsker og det sociale fænomen, der ønskes undersøgt. Horisontsammensmeltning betyder ikke nødvendigvis enighed eller konsensus mellem to forståelseshorisonter, men det er i sammensmeltningen at forståelse og mening opstår. Horisontsammensmeltningen indebærer altså ikke at forskeren sætter sig ind i eller overtager en andens forståelseshorisont, men at man får provokeret sin egen forståelse af verden og derigennem kan få udvidet sin horisont og revurderet sine fordomme. Med andre ord sætter jeg mine fordomme i spil for at overskride tidligere forståelser, hvorved det er ønskeligt, at horisonten flytter sig, og jeg dermed opnår en hermeneutisk erfaring (Juil, 2012:125-126; Højberg, 2004:323-325). Denne pendlen mellem mine fordomme og nye erfaringer gør det muligt at forstå og opnå erkendelse, og jeg må altså inden for den filosofiske hermeneutik bestræbe mig på at opnå horisontsammensmeltning.

4.5 Den samlede videnskabsteoretiske positionerings betydning for undersøgelsen

For denne undersøgelse er det særligt relevant for min forforståelse, at jeg har praksiserfaring fra hospitalspsykiatrien, og at jeg derigennem har et kendskab til det samarbejde, der finder sted mellem social- og hospitalspsykiatri. Det er på baggrund af denne forforståelse, at jeg har dannet en forståelse af, at der er nogle udfordringer i samarbejdet organisationerne imellem. Med udgangspunkt i denne forståelse har jeg dannet nogle fordomme om, hvori disse udfordringer består, og hvad de betyder for samarbejdet, som er blevet præsenteret indledningsvist i undersøgelsen. Det gør mig i stand til at stille relevante spørgsmål til problemstillingen og dermed lade mine fordomme provokere ved at sætte dem i spil med de nye erfaringer, som min empiri bidrager med.

Derudover er det også relevant for min tilgang til undersøgelsen at være opmærksom på betydningen af, at jeg er uddannet socialrådgiver, samt at jeg har valgt et kandidatstudie i socialt arbejde. Dette bidrager til en forforståelse og nogle fordomme, som er med til at udgøre den forståelseshorizont, jeg går ind til denne undersøgelse med.

Den filosofiske hermeneutik og Gadamar er bl.a. blevet kritiseret for ikke at rumme et emancipatorisk sigte der omfatter kritisk samfundsanalyse (Højberg, 2004:335). En, som særligt har ekspliciteret denne kritik, er Habermas. Han hævder, at det ved den kritiske hermeneutik er muligt at forkaste sine fordomme, hvorved den kritiske hermeneutik rummer et frigørende potentiale og dermed også et forandringspotentiale. For at opnå denne frigørelse må forskeren på baggrund af den kritiske hermeneutik opstille og ekspliciterer et normativt ideal (Juul, 2012:143). I min undersøgelse opererer jeg, som tidligere nævnt, med kritiske samarbejdsrelationer, men det er vigtigt at pointere, at disse kritiske samarbejdsrelationer ikke udspringer af et normativt ideal, men af et filosofisk hermeneutisk, fænomenologisk inspireret ideal ud fra interviewpersonernes oplevelser og erfaringsverden. Det kritiske perspektiv i undersøgelsen skal ses i lyset af Gadamar, hvor kritikken er noget, der udspringer af en bestemt historisk situation og bestemte typer erfaringer, som den ”*kritiske fornuft*” både reflekterer over og forsøger at overskride (Ibid.:140).

5 Analysemetodik – Brændpunktsanalyse

Jeg vil i de følgende afsnit argumentere for, hvordan jeg vil udføre min brændpunktsanalyse i interorganisatorisk perspektiv samt argumenterer for, hvordan analysemetoden og valget af analytiske kernebegreber vil blive brugbare for besvarelsen af min problemformulering.

5.1 Identifikation og afgrænsning af det interorganisatoriske netværk

For at kunne foretage en brændpunktsanalyse i et interorganisatorisk netværksperspektiv er det først og fremmest nødvendigt at identificere og afgrænse det interorganisatoriske netværk.

En brændpunktsanalyse bygges ifølge Seemann og Antoft (2002:26) op omkring først en analytisk afgrænsning og indkredsning af det interorganisatoriske netværk. Netværket omkring beboeren på psykiatrisk botilbud, som indlægges i psykiatrisk hospitalsregi, kan i visse tilfælde være særdeles omfattende, og det kan variere fra beboer til beboer. Første skridt i min analyse vil derfor være at indkredse de parter i netværket, jeg ønsker at koncentrere

mig om samt at fravælge de parter, som ikke vil blive en del af denne undersøgelse. Kriteriet for valg af netværkets parter er, at de er særligt opgaveafhængige i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse af en beboer fra KE, samt at de i et eller andet omfang har haft mulighed for at stifte bekendtskab med betydningen af de accelererede patientforløb. Hvad dette indebærer, vil jeg komme nærmere ind på under identifikation og afgrænsning af det egentlige netværk i denne undersøgelse.

5.2 Definition af brændpunkter

Når det interorganisatoriske netværk er afgrænset, vil næste skridt være at identificere og indkredse de brændpunkter, som viser sig i empirien. Hertil finder jeg det nødvendigt at definere brændpunkter og ekspliciterer, hvordan jeg bruger brændpunkterne i analysen.

Seemann og Antofts (2002:30) ekspliciterer analysemetoden (brændpunktsanalyse) i en undersøgelse af *Demensudredningsmodellen*, hvor de undersøger de professionelles vurderinger af modellens styrker og svagheder. Brændpunkter identificeres i praksis ud fra aktørernes vurderinger af disse styrker og svagheder. Der tages særligt udgangspunkt i parternes ”*typiske beklagelser*” som, i deres undersøgelse begrebsliggøres som brændpunkter. Der lægges vægt på at:

”Ved brændpunkter (i organisatoriske grænseflader) forstås kritiske samarbejdsrelationer, hvor der er tilbagevendende problemer, selvom man ofte har prøvet at løse dem.” (Seemann og Antoft, 2002:26).

Andet sted i undersøgelsen bliver brændpunkter defineret ud fra Gouldners *”Disorganization Patterns”*, hvor der også tages udgangspunkt i aktørernes beskrivelser og gentagne beklagelser over forskellige relationer, men fokus er, som jeg ser det her, vinklet lidt anderledes:

”Man koncentrerer sig i stigende grad om de områder/ relationer, hvor der er fortætninger af frustrerede eller forstyrrede forventninger. Det er disse områder Gouldner kalder ”Disorganization Patterns” eller ”Zones of Disturbances”. ”Disorganization Patterns” begrebsliggøres i nærværende undersøgelse som brændpunkter.” Seemann og Antofts (Ibid.:11).

Ud fra ovenstående er der altså ikke tvivl om, at brændpunkter er en form for disorganiserede mønstre eller med andre ord kritiske samarbejdsrelationer, der viser sig i gentagne beklagelser, men jeg finder det ikke entydigt, hvilken rolle problemer eller konflikter spiller i indkredsningen af brændpunktet. Som jeg ser det ud fra første citat, fremgår det, at brændpunktet indeholder et problem, som har været forsøgt løst gentagne gange uden suc-

ces. Men ud fra andet citat vil det være muligt at se brændpunkter som sårbare områder, hvor frustrationer og forstyrrede forventninger udgør sandsynlig risiko for, at der kan opstå problemer, men det er ikke sikkert, at beklagelserne munder ud i egentlige italesatte problemer, og dermed heller ikke at det har været forsøgt løst.

Undersøgelsen omhandler organisationer med vidt forskellige organisations- og ledelsesstrukturer. Jeg antager, at der inden for nogle områder vil være stor forskel på, hvad interviewpersonerne lægger vægt på, og hvad de lægger til grund for deres beklagelser på baggrund af deres individuelle forforståelse og fordomme. Jeg vil derfor ikke stille som krav til brændpunkterne, at der nødvendigvis gensidigt har været problemer, som man gentagne gange har forsøgt at løse, men jeg vil lægge vægt på, at der fra en eller flere organisationer har været gentagne beklagelser, som giver anledning til udfordringer i samarbejdet, dog uden at de nødvendigvis har været italesat eller er kendt af alle organisationer. Fokus i indkredsningen af brændpunkterne vil altså i denne undersøgelse være på fortætninger af frustrationer og forstyrrede forventninger, som kommer til udtryk i mine interviewpersoners fortællinger om erfaringer med samarbejdet og de beklagelser, som kommer til udtryk derigennem.

5.3 Brændpunktsanalyse – teoretisk analysestrategi

Det vil efterfølgende være muligt at identificere, indkredse og ekspliciterede brændpunkterne, som vil være omdrejningspunkt for sidste del analysen.

I udviklingen af analysemetoden brændpunktanalyse har Seemann (1996:61), som nævnt i foregående afsnit, trukket på Gouldners overvejelser om ”Disorganization Patterns”, da hun mener, at den metode kan anvendes på interorganisatoriske netværk. Der sættes fokus på relationer mellem organisationer. Ud fra organisationernes beskrivelser og vurderinger af disse relationer kortlægges gensidige beklagelser. Ifølge analysemetoden kan der derved danne sig mønstre ud fra de typiske, gentagne beklagelser omkring de forskellige relationer.

For at indkredse brændpunkterne er det ifølge Seemann nødvendigt at identificere mine interviewpersoners vurderinger af stærke og svage sider ved samarbejdet, samt identificere de typiske beklagelser, som gentager sig. Ifølge Seemann er de stærke sider også en del af analysemodellen, men med udgangspunkt i min analyse, hvor jeg primært forholder mig til de kritiske samarbejdsrelationer og deres betydning for samarbejdet, vælger jeg ikke at gå systematisk ind i interviewpersonernes vurderinger af stærke sider. De stærke sider vil blive

inddraget i det omfang, det vurderes, at de er relevante for indkredsning af brændpunkterne og analysen af dem.

Når jeg ud fra interviewpersonernes fortællinger har identificeret de svage sider samt beklagelserne ved samarbejdet for henholdsvis KE, P68 og Akut-OP, vil jeg på baggrund af disse analysere mig frem til, hvor de kritiske samarbejdsrelationer opstår, og derudfra indkredse "Disorganization Patterns" eller her kaldet brændpunkter, som jeg vil benytte til den videre analyse. I min undersøgelse vil dette blive operationaliseret i et fælles afsnit, hvor de svage sider og typiske beklagelser vil blive diskuteret med henblik på indkredsning af fire brændpunkter.

Når brændpunkterne er identificerede, er det ifølge Seemann og Antoft muligt at foretage en analyse med henblik på at afdække, hvad det er der truer parterne, og hvilke forstyrrende forventninger, der kan ligge bag beklagelserne. Ifølge Seemann og Antoft (2002:11, 29) er det altså muligt at foretage en analyse af de bagvedliggende problemer, og dermed forstå baggrunden for brændpunkterne. Herunder er det relevant ud fra det empiriske materiale at forsøge at afdække, hvorfor parterne gør, som de gør, i forhold til de andre parter i brændpunkterne.

Ifølge Seemann (1996:62) er Gouldners teori om "Disorganization Patterns" eller "Zones of Disturbances" ikke tilstrækkelig til at analysere sig frem til en forståelse eller en forklaring på disse bagvedliggende problemer.

Beklagelserne, som danner grundlag for indkredsningen af brændpunkterne, kan ses som symptomer på de bagvedliggende problemer. For at have noget at holde brændpunkterne op imod, kan de ifølge Seemann og Antoft (2002:11-12) bringes i løbende vekselvirkning med den interorganisatoriske litteratur, og det er her, beskyttelsesstrategierne og risiko for medfølgende dysfunktioner kommer ind i billedet.

5.4 Operationalisering af brændpunktsanalyse

Opsummerende ser operationaliseringen af min brændpunktsanalyse således ud:

1. Indkredsning af interorganisatorisk netværk
 - Afgrænsning af parter som er særligt afhængige ved indlæggelse og udskrivelse af KE's beboere
2. Identifikation af brændpunkter

- Kritiske samarbejdsrelationer på baggrund af svage sider og typiske beklagelser
 - Analyseret og identificeret ved hjælp af begreberne struktur, kultur og proces
3. Analyse af bagvedliggende problemer
- Forstå brændpunkterne ud fra beskyttelsesstrategier og dysfunktioner
 - Analyseret ved hjælp af begreberne struktur, kultur og proces

Gouldners teori fra 1954, som Seemann trækker på til indkredsning af brændpunkter i det interorganisatoriske netværk, er relativt gammel, men da teorien bruges til at indkredse brændpunkterne i deres nutidige kontekst, finder jeg den fortsat relevant.

6 Egen empiri

6.1 Indsamling af data

For at kunne besvare problemformuleringen ved ovenstående analysemetode indhenter jeg egne empiriske data, da undersøgelsen bygger på parterne i det interorganisatoriske netværks oplevelser af og erfaringer med samarbejdet til analyse af de accelererede patientforløbs betydning for organisatoriske grænseflader i hospitalspsykiatri og psykiatrisk botilbud.

6.1.1 Samarbejds møde mellem PCG og psykiatriske botilbud

I marts 2013 fik jeg mulighed for at overvære og lave digital optagelse af det halvårslige samarbejds møde mellem PCG og de psykiatriske botilbud de samarbejder med. Mødestrukturen var netop blevet ændret, fra separate møder mellem de enkelte bosteder og det stammodul de var tilknyttet, til et stort samarbejds møde, hvor alle bosteder som PCG samarbejder med deltager. Det betyder at følgende parter var repræsenteret:

- Afdelingssygeplejerske og overlæge fra P68 (samme overlæge som er tilknyttet Akut-OP)
- Afdelingssygeplejerske og kontaktsygeplejerske fra Akut-OP
- Faglig leder og teamkoordinator fra KE
- Ledelsesrepræsentanter fra de øvrige botilbud PCG samarbejder med
- Socialrådgiver fra P68 som ledede mødet

6.1.2 Kvalitative interview

Som primære empiriske grundlag for denne undersøgelse vælger jeg at lave kvalitative enkeltmands interview. En af årsagerne til, at jeg finder denne metode relevant, er, at interview ifølge Kvale (2007:111) særligt egner sig til at undersøge menneskers forståelse af betydningerne i deres livsverden, til at beskrive deres oplevelser og selvforståelser samt til at afklare og uddybe deres eget perspektiv på deres livsverden. Da min undersøgelse indebærer at afdække accelererede patientforløbs betydning for interorganisatoriske grænseflader, og at indkredsning af brændpunkter skal ske via parterne i netværkets egne vurderinger, finder jeg det relevant at undersøge interviewpersonernes egne oplevelser og egne forståelser af den livsverden, de befinder sig i, når de agerer i det interorganisatoriske netværket.

Nogle af styrkerne ved enkeltmandsinterview er, at det bliver muligt at åbne op for nuancerede beskrivelser af forskellige aspekter af interviewpersonernes erfaringsverden. I interviewsituationen bliver det muligt gennem personlig kontakt at opnå nye indsigter. I interviewsituationen er det vigtigt, at jeg bestræber mig på at skabe en interaktion, hvor mine interviewpersoner føler sig sikre nok til at kunne tale åbent om deres oplevelser og følelser (Ibid.:41, 129-130).

For at kunne opnå ovenstående vælger jeg i tråd med Kvale (Ibid.:133-134) at lave en halvstruktureret interviewguide, som indeholder en skitse over de områder, jeg ønsker at få belyst under interviewene og derudfra få interviewpersonerne til at fortælle om oplevelser og erfaringer, som jeg efterfølgende kan holde op mod og tolke på ud fra den teoretiske tilgang, jeg har valgt. I interviewsituationen vælger jeg ikke at følge guiden punkt for punkt. Interviewguiden fungerer primært som en tjekliste for at sikre, at jeg kommer omkring alle områder og samtidig er åben over for det mine interviewpersoner fortæller mig. Nogle spørgsmål i interviewguiden vil kunne dække flere områder. På den måde bliver det muligt for mig at få interviewpersonerne til belyse teoretiske opfattelser fra flere vinkler, som de muligvis ikke selv er bevidste om.

Kvalitative interviews gør det ifølge Kvale (Ibid.:129) muligt at afdække en række temaer samtidig med, at der er mulighed for åbenhed over for både spørgsmålenes rækkefølge og form. Det bliver altså muligt at forfølge de svar og historier, interviewpersonerne giver. Med den viden bygger jeg min interviewguide (se bilag) op over fem områder. Først mine teoretiske kernebegreber struktur, kultur og proces, men da jeg, som nævnt i indledningen, endvidere har nogle fordomme og en forforståelse om, at der er nogle fortætninger af fru-

strationer og forstyrrede forventninger særligt i forhold til mål og teknologi i det interorganisatoriske netværk, får de i interviewguiden ligeledes selvstændige områder.

Interviewpersonerne har indledningsvis fået at vide at de meget gerne må besvare spørgsmålene ud fra konkrete samarbejdseksempler. De har endvidere på forhånd fået at vide, at de deltager i en undersøgelse om samarbejdet mellem KE, Akut-OP og P68, og de udfordringer der kan være opstået i forbindelse med accelererede patientforløb. Indledningsvis beder jeg mine informanter om at beskrive først et samarbejdsforløb, som er forløbet positivt efterfulgt af et samarbejdsforløb, som har båret præg af at have været svært. Dette gør jeg for at lede mine interviewpersoner tanker ind på konkrete eksempler på samarbejdsforløb.

Ifølge Kvale (Ibid.:108) er det optimale antal interviewpersoner lige så mange personer, som det er nødvendigt for at finde ud af det, jeg har brug for at vide. En kritik ifølge Kvale (Ibid.:108-109) er at kvalitative interviews som empirisk grundlag, ikke kan tegne et repræsentativt billede, da resultatet af undersøgelsen ikke kan generaliseres. Men da formålet med undersøgelsen er at forstå verden, som den opleves af en gruppe mennesker ud fra deres egne erfaringer set i et filosofisk hermeneutisk perspektiv, vil få livsverdensorienterede interview være tilstrækkeligt.

Jeg benytter samme interviewguide til alle interview. Dette gør jeg på baggrund af, at jeg for at få belyst min problemformulering har brug for, at alle interviewpersonernes fortællinger om erfaringer med samarbejdet er ud fra et så fælles grundlag som muligt. Jeg stiller altså de samme spørgsmål med de samme termer i et hverdagsprog, som kan give mig fortællinger om, hvilken betydning accelererede patientforløb har for de organisatoriske grænseflader i samarbejdet.

6.1.3 Interviewpersonerne

Mine interviewpersoner har jeg fået kontakt til ved direkte at kontakte lederne i de tre organisationer, som i første omgang samtykkede til deltagelse og efterfølgende var behjælpelig med at finde medarbejdere, som de vidste, havde erfaringer med samarbejde. Det er ikke alle interviewpersonerne fra KE, som har haft samarbejde med Akut-OP. Dette hænger sammen, med at det fortsat er et relativt nyt team, og at det langt fra er alle KE's beboere, der er tilknyttet en kontaktperson i Akut-OP. Alle interviewpersonerne fra KE har haft

samarbejde med P68, og alle interviewpersoner fra PCG (P68 og Akut-OP) har haft samarbejde med KE.

Fra Akut-OP talte jeg med Ingeborg, som er uddannet sygeplejerske. Hun har været ansat i Akut-OP siden teamet blevet etableret i maj 2012 og har før det arbejdet i en årrække i almen voksenpsykiatri på PCG.

På P68 interviewede jeg Ellen, Johanne og Knud. De er alle uddannede social- og sundhedsassistenter og har alle været ansat på PCG i henholdsvis 15, 14 og 13 år. Siden P68 blev oprettet som akut intensivt lukket sengeafsnit i 2010, har alle været tilknyttet dette afsnit.

På KE talte jeg i første omgang med Poul, Birthe og Anna, som har været ansat mellem halvandet og to år, og efterfølgende med Ruth som har været ansat i over 8 år. Alle fire er uddannede pædagoger.

6.1.4 Udfordringer ved udvælgelse af interviewpersoner

Da jeg sidder i interviewsituationen på KE, finder jeg ud af, at jeg ikke har været tilstrækkelig tydelig i min forudgående kontakt med KE, og den interviewperson, jeg taler med der, har været ansat længst tid, har været ansat i 2 år. Alle interviewpersoner er blevet ansat, før Akut-OP blev etableret, så de har haft mulighed for at gøre sig nogle erfaringer med samarbejdet før og efter Akut-OP. Mine interviewpersoner kan give mig et tydeligt billede af, hvordan samarbejdet fungerer efter indførelsen af accelererede patientforløb, men da de ikke har mulighed for at have erfaringer med samarbejdet i en lidt længere årrække, og dermed ikke kan berette om erfaringer fra før accelererede patientforløb, vælger jeg at tage tilbage til KE og lave endnu et interview med en medarbejder, som har været ansat i over otte år.

6.1.5 Ethiske overvejelser i forbindelse med indsamling af data

Af anonymitetshensyn er navnene i denne undersøgelse ikke interviewpersonernes rigtig navne. Alle interviewpersoner gav under interviewene mundtligt samtykke til, at jeg måtte benytte deres rigtige navne, men af hensynet til interviewpersonerne og organisationernes videre samarbejde, finder jeg det ikke relevant at benytte disse. Det skal dog alligevel nævnes, at det ikke er en fuld anonymisering i og med interviewpersonerne fortæller konkrete eksempler, hvoraf nogle af eksemplerne vil være genkendelige for de medarbejdere, som har været involveret i det omtalte samarbejde. Endvidere skal det bemærkes at Akut-OP er

et lille team med kun tre sygeplejersker, og det vil derfor også være muligt for flere medarbejdere på KE og P68 at identificere den deltagende sygeplejerske på baggrund af hendes fortællinger.

En overlæge vil også blive citeret, hvilket heller ikke vil kunne anonymiseres for undersøgelsens parter, da der kun er tilknyttet en overlæge til P68 og Akut-OP, men overlægen vil kun blive citeret for ting, der blev sagt på samarbejdsrådet, hvor alle tre organisationer var repræsenteret. Disse citater vil altså ikke rumme ukendte elementer for nogle af organisationerne.

6.1.6 Refleksion over dataindsamlingsmetode og fravalg

Seemann (1996:61) påpeger at enkeltinterviewmetoden, som jeg har valgt som primær empirisk informationskilde i denne undersøgelse, er anvendelig ved brændpunktsanalyse, men hun påpeger også, at gruppeinterviews er ganske anvendelige for metoden, da det bliver muligt at observere netværksprocesser i gruppen mere direkte. Det kan give en indsigt i de dynamikker, der kommer til udtryk i interviewpersonernes udtrykte holdnings- og meningstilkendegivelser. Metoden åbner ifølge Seemann op for større spontanitet og åbenhed. Den kan give en bredere informationsmængde og mulighed for at undgå overfladisk information. Dialogen i gruppesammenhænge skal ifølge Seemann stimulere til mere ægte og nuancerede udsagn, samtidig med at kontrollen mod urigtige eller ekstreme informationer sikres (Ibid.:63).

I min undersøgelse fravælges egentlige fokusgruppeinterviews. Min deltagelse under samarbejdsrådet gjorde det muligt for mig at observere dynamikken mellem de forskellige organisationer, men det er her væsentligt at nævne, at alle botilbud, som PCG samarbejder med, samt overlæger fra distriktpsychiatrierne deltog. Jeg så derfor ikke, hvordan samspillet med de tre organisationer er alene.

Min deltagelse på det møde åbnede dog op for muligheden for at indsamle viden, som kom til udtryk ved spontane reaktioner på samarbejdspartneres udmeldinger, og jeg har dermed opnået dele af fokusgruppeinterviewenes fordele. Men det, jeg ønsker at belyse i min undersøgelse, er også parternes oplevelser og erfaringer med samarbejdet, da jeg mener, at deres erfaringsverden spiller en vigtig rolle i forhold til, hvordan de agerer i det interorganisatoriske netværk. Jeg mener at jeg ved enkeltinterviewene kan sikre at interviewpersonerne ikke holder igen med information, fordi det er ubehageligt at udtrykke utilfredshed over for

de andre interviewpersoner, som de også skal arbejde sammen med efter interviewene og denne undersøgelse. Seemann (1996:64) er ikke uenig i at gruppeinterviewene har deres begrænsninger, da de gør, at undersøgeren kun får den information, som interviewpersonerne er villige til at dele med ”*et offentligt rum*”.

Fravalget af gruppeinterview sker ikke på baggrund af, at det ikke ville være en relevant informationskilde. Det ville have været relevant at supplere op med efter enkeltinterviewene, men på baggrund af det datamateriale jeg har fået indsamlet ved samarbejds mødet og min 8 enkeltinterview, vurderer jeg, at jeg har tilstrækkelig information til at belyse min problemformulering. Dette bl.a. på den baggrund at enkeltmandsinterviewene har gjort det muligt at skabe en interaktion i interviewsituationen, hvor jeg oplevede at der opstod en tillid som gjorde det muligt for mig at få indsigt i nogle nuancerede informationer, som jeg ikke ville have fået indblik i, i et gruppeinterview.

7 Databearbejdning

Ifølge Kvale giver den hermeneutiske tilgang mulighed for at lytte fortolkende til interviewpersonernes mangfoldige betydningshorisonter. Dette åbner op for mulighed for kontinuerlige genfortolkninger inden for interviewets hermeneutiske cirkel (Kvale, 2007:139). For denne undersøgelse betyder det, at bearbejdningen og analysen af data starter allerede under selve interviewene.

Alle interview er optaget digitalt af hensyn til den videre bearbejdning samt dokumentationshensyn. Seemann og Antoft (2002:10) benytter sig i deres undersøgelse af demensudredningsmodellen af en metode, hvor de også optager interviewene og efterfølgende skriver interviewene ud. Udskrifterne er ikke gengivet ordret, men som fyldige referater, hvor de har forsøgt at være loyale overfor interviewpersonernes sproglige formuleringer. Lange passager er også gengivet ordret. Jeg vælger dele af denne metode kombineret med metodekondenserede referater som næste skridt i behandling af mit datamateriale. Metodekondensering indebærer jf. Kvale (2007:190), at interviewpersonernes udtrykte meninger trækkes sammen til kortere formuleringer, hvor hovedbetydningen af det, der bliver sagt, omformuleres i få ord.

I denne undersøgelse operationaliseres dette ved at inddele interviewguiden skematisk (se bilag). Efterfølgende udskrives interviewene i hvert sit skema, som meningskondenserede

referater med lange direkte gengivne passager formuleret i læsevenligt skriftsprog til brug til citater i undersøgelsens analyse. Dette vil ifølge Kvale (2007:171-172) være rimeligt, da der er tale om en analyse, der former sig om en kondensering af den almindelige betydning i interviewpersonernes fortællinger.

Samarbejds mødet behandles i første omgang ligeså, men med angivelse af, hvilken organisation personen, som taler, kommer fra. Andre botilbud end KE, bliver behandlet som ”andet botilbud”, da det for denne undersøgelse ikke har relevans, hvilken institution de kommer fra, men kun at de udtaler sig som botilbud.

Efterfølgende tager jeg med udgangspunkt i Seemanns brændpunktanalyse først et induktivt afsæt i behandling af mine data. Analysemetoden foreskriver, at der tages udgangspunkt i interviewpersonernes vurderinger af stærke og svage sider i forbindelse med de organisatoriske grænseflader. Som tidligere nævnt vil jeg ikke gå eksplicit ind i de stærke sider i analysen, men da jeg alligevel vil inddrage interviewpersonernes vurderinger af de stærke sider, hvor det er relevant, vælger jeg at udføre kodningen på lige fod med de svage sider og typiske beklagelser.

I overensstemmelse med Grounded Theory leder jeg i denne fase efter mønstre i mine data, som kan give anledning til generelle udtalelser, om det, jeg ønsker at undersøge (Olsen, 2003:74). Her er der altså tale om generelle udtalelser og gentagne beklagelser over samarbejdet, som kan tolkes som stærke og svage sider. Det er her afgørende, at det er muligt ved konstant sammenligning at bevæge sig fra empiri til teori, der gør det muligt for empirien hele tiden at være styrende. For at opnå dette er det ifølge Olsen (Ibid.:73-74) vigtigt at være empirinær for at sikre, at sociale fænomener anskues ud fra interviewpersonernes synsvinkel. Dette udmønter sig i en induktivt inspireret kodning.

Ifølge Olsen (Ibid.:76) er denne behandling at sidestille med induktiv kodeprocedure, hvor undersøgeren ikke benytter teoretiske begreber på forhånd, og dermed ikke har en startkodeliste. Jeg kan dog ikke hævde, at der er foretaget en ren induktiv kodning, da jeg allerede på forhånd har lagt mig fast på nogle teoretiske termer, som ligger til baggrund for hele undersøgelsen i denne del af processen struktur, kultur og proces. Det vil heller ikke være i tråd med min filosofisk hermeneutiske positionering at fralægge mig al teoretisk viden på forhånd. Men for at være åben over for hvad empirien viser mig, vil jeg lade mig inspirere

af metode til induktiv kodning i fænomenologisk perspektiv, velvidende at det i denne undersøgelse ikke kan eller skal kunne lade sig gøre i sin rene form.

På baggrund af denne induktivt inspirerede behandling af mine data, vil det med udgangspunkt i modellens analysemetode for interviewdata, som er gennemgået i operationalisering af analysemetodik være muligt at identificere brændpunkterne.

For at kunne foretage en analyse af de bagvedliggende problemer i brændpunkterne og dermed kunne sige noget om de accelererede patientforløbs betydning for det interorganisatoriske samarbejde, vil metodekombination efterfølgende være nyttig. Næste trin i analysen er derfor en mere ren deduktiv behandling af datamaterialet med udgangspunkt i brændpunkterne og undersøgelsens centrale teoretiske underbegreber til struktur, kultur og proces med det formål at opspore beskyttelsesstrategier og dysfunktioner.

I den deduktive tilgang ligger ifølge Olsen (2003:74, 78), at analysen styres af begreber, som med udgangspunkt i teorien eller anden empiri er foretrukket. Denne metode muliggør en systematisk startkodeliste. Det afgørende for kvaliteten af deduktiv kodning er ifølge Olsen, at kodelisten indeholder præcise definitioner. Startkodelisten bygges op omkring brændpunkterne og tager derfra afsæt i de teoretiske kernebegreber.

Om induktiv og deduktiv kodning siger Olsen således:

"Induktiv kodning har – fx inden for grounded theory – også deduktive aspekter. Det gælder fx, når hypoteser genereres undervejs i analyseprocessen. Omvendt har deduktiv kodning også induktive aspekter, da forskere ellers næppe ville kunne afdække nye sociale eller andre fænomener. Der peges derfor på vedvarende pendlen mellem induktion og deduktion."(Ibid.:79).

Denne vedvarende pendlen gør sig i særdeleshed gældende i denne undersøgelse, da analysen hele tiden vil ske i samspil mellem en fremstilling af interviewpersonernes synsvinkler på de organisatoriske grænseflader og det teoretiske analyseapparat og delene og helhederne vil altså konsekvent være i spil med hinanden.

I denne metodekombination trækker jeg på elementer fra den adaptive teori. Den adaptive teoris ambition er ifølge Jacobsen (2007) at transcendere kløften mellem den induktive og den komplementære deduktive form for vidensudvikling. Den adaptive teori forsøger at bygge bro mellem aktør- og strukturtænkning (Ibid.:252). Det betyder, at virkeligheden inden for den adaptive teori skal undersøges i sammenhæng mellem handling og struktur,

men at den ontologisk består af relativt adskilte domæner, der hver især har deres særegne karakteristika (Ibid.:256).

Jacobsen citerer Layder således:

”Den adaptive tilgang reagerer på den sociale verdens kompleksitet ikke ved at opgive en søgen efter ’sandhed’ i form af større tilstrækkelighed og gyldighed (som i postmodernismen), men ved at accelerere indsatsen for at forstå denne verden og ved at udarbejde stadig mere sofistikerede metoder, strategier og forklarende anordninger, hvorved den kan indfanges. (Layder 1998a:9)” (Jacobsen, 2007:257-258).

Både den induktive og den deduktive kodning i min undersøgelse trækker på veksler fra kodning inden for den adaptive teori jf. Jacobsen (Ibid.:268). Den åbne kodning er ikke kun forbeholdt den indledende undersøgelsesproces, men den videreføres konstant, og udviklingen af begreber foregår parallelt med inddragelse af eksisterende teoretiske begreber, som er fundet anvendelige til undersøgelsens formål. Det er derfor vigtigt i den adaptive teori, at kodningen ikke bliver for detaljeret, da det kan skabe uoverskuelighed. Den adaptive teori anbefaler, at man hurtigst muligt spotter det, der er vigtigt ved hjælp af eksisterende teori og udviser forsigtighed, klarhed og påholdenhed i udviklingen af kodningskategorier. Jacobsen (Ibid.) finder imidlertid dette problematisk, da han mener, at man risikerer at frasortere empiriske aspekter, som på sigt kan vise sig at være brugbare.

7.1 Opsummering

På baggrund af denne argumentation vælger jeg en indledende induktivt inspireret kodning, hvor jeg er åben over for datamaterialets bud på stærke og svage sider – velvidende at jeg har mine teoretiske forforståelser med mig. Efterfølgende laver jeg en deduktivt inspireret kodning på baggrund af brændpunkterne og de teoretiske kernebegreber. Jeg vælger en relativt løst defineret kodeliste for ikke at frasortere brugbar information. I begge kodninger vil jeg trække på vekselvirkningen fra den adaptive teori, og kodeskemaerne kommer derfor til at se således ud:

Det induktivt inspirerede kodeskema ser således ud:

| | Bud på stærke sider | Bud på svage sider | ”Typiske beklagelser” |
|-----------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| Kløveren | | | |
| OP-teamet | | | |
| P68 | | | |

Startkodelisten til den efterfølgende deduktivt inspirerede kodning ser således ud:

| Brændpunkter: | Struktur | Kultur | Proces |
|---------------|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Stabilitet/ regelmæssighed • Urealistiske forventninger • Opgaveafgrænsning | <ul style="list-style-type: none"> • Grundlæggende antagelser • Fastholdelse af uhenigtsmæssige antagelser | <ul style="list-style-type: none"> • Interaktion • Konflikter: Funktionelle/ dysfunktionelle |
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |

Ud fra denne først induktivt inspirerede, efterfulgt af deduktiv behandling af datamaterialet, vil det nu være muligt at foretage sidste del af brændpunktsanalysen – altså analysen af de bagvedliggende problemer og dermed besvare problemformuleringens spørgsmål om, hvilken betydning accelererede patientforløb har for de interorganisatoriske grænseflader mellem PCG og KE.

8 Kvalitetssikring

I det følgende afsnit vil jeg argumentere for, hvordan jeg vil sikre kvaliteten og validiteten i min undersøgelse, herunder i undersøgelsesprocessen, under dataindsamlingen samt kvaliteten og validiteten i selve analysen.

Ifølge Juul (2010:91) kan validitet og reliabilitet af kvalitative analyser ses som et spørgsmål om generaliserbarhed. Generaliserbarhed i denne sammenhæng er ikke et spørgsmål om statistisk repræsentativitet, men mere om almengørelse af analytisk og teoretisk generalisering. Altså at resultater opnået i en kontekst velbegrunderet kan overføres til andre lignende kontekster. Olsen (2003:91) lægger vægt på, at kvalitative analyser skal leve op til kravet om en argumenteret gennemsigtighed, det skal altså være muligt for læseren at kigge forskeren i kortene (Kvale, 2007:204). For at undersøgelsen kan gøre krav på at leve op til disse forskrifter om generaliserbarhed og analytisk transparens, har jeg i høj grad lagt vægt på at eksplicite dataindsamlings- og analysemetodikken.

For at undersøgelsen endvidere kan gøre krav på at være valid, vil det ifølge Kvale (Ibid.:228) være vigtigt, at jeg underbygger analysen med overbevisende argumenter. Det vil jeg eksempelvis bestræbe mig på ved i analysen at benytte citater til at fremlægge eksempler på det, der fortolkes ud fra. Citaterne vil på baggrund af digitale lydoptagelser fra interviewene være loyale over for mit materiale med henblik på at inddrage relevante nuancer. På den måde vil jeg ifølge Juul (2012:109, 128) bestræbe mig på at opnå et, for den filosofiske hermeneutik, vigtigt validitetskriterium, som ikke udelukkende består af mit empirisk observerede grundlag, men også i styrken i argumentationen som helhed.

Herved adskiller analysen sig i høj grad fra f.eks. et positivistisk ideal, da undersøgelsens problemstilling ikke lægger op til validitet og reproducerbarhed som et udtryk for, at jeg rent faktisk måler det jeg ønsker at måle og om andre forskere, der lavede samme undersøgelse ville nå frem til præcist samme resultat (Ibid.:132). Men snarere en fortolkning af medarbejderes erfaringsverden set i lyset af de udfordringer, interorganisatorisk samarbejde medfører på baggrund af de accelererede patientforløb.

Kvale (2007:202-204) nævner to metoder til sikring af analysekontrol i kvalitative undersøgelser. Første metode er at anvende flere fortolkere for at undgå vilkårlighed og ensidig subjektivitet i analysen. Denne metode har jeg ikke kunnet benytte mig af, da jeg udfærdiger undersøgelsen alene. Jeg har derfor valgt at lægge særligt vægt på den anden metode,

som omhandler redegørelse for procedurer. Dette gør jeg bl.a. ved, som nævnt ovenfor, at fremlægge eksempler på det materiale der er anvendt til fortolkningerne i form af citater i analysen, derudover udførlig argumentation for analysemetodik samt fokus på gennemsigtige kodeprocedurer, som er gennemgået i metodeafsnittet.

9 Analyse – afgrænsning af det interorganisatoriske netværk

Jeg vil nu udfolde den egentlige analyse, som indleder argumentation og afgrænsning af det interorganisatoriske netværk efterfulgt af en indkredsning af de fire brændpunkter, som til sidst vil blive analyseret med henblik på at besvare problemformuleringen.

I denne undersøgelse afgrænses det interorganisatoriske netværk til at bestå af det psykiatriske botilbud KE, som er beboerens hjem og dermed deres primære opholdssted, den intensive lukkede sengeafdeling P68, som er den afdeling beboerne bliver indlagt på, når de har behov for indlæggelse i psykiatrisk hospitalsregi, og det opsøgende psykoseteam Akut-OP, som kan følge beboeren i en periode efter en indlæggelse.

Dette er ikke ensbetydende med at netværket i samarbejdet omkring beboeren på KE, som har behov for indlæggelse i psykiatrisk regi, ikke indebærer flere samarbejdsparter. Beboeren har muligvis kontakt til egen læge, en eller flere sagsbehandlere i kommunen og/eller distriktpsychiatrien, men da et centralt omdrejningspunkt i undersøgelsen er de accelererede patientforløb, har jeg valgt at afgrænse netværket til disse tre organisationer, som i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse er særdeles opgaveafhængige og alle under påvirkning af de accelererede patientforløb. Her bryder jeg bevidst med min hermeneutiske tilgang, da jeg ikke er åben for alle dele og helheden i netværket, med den begrundelse det ikke vil være muligt i forhold til undersøgelsens omfang at inddrage alle tænkelige parter og på baggrund af dette, er et acceptabelt fravalg ud fra Seemanns brændpunktanalyse.

10 Analyse – indkredsning af brændpunkter

I det følgende vil jeg bringe dels de stærke sider, men i særdeleshed de svage sider og typiske beklagelser fra empirien i spil i en analyse, som danner grundlag for indkredsning af de fire brændpunkter, som jeg i næste kapitel vil analysere ved hjælp af beskyttelsesstrategier og dysfunktioner. Jeg vil i denne del af analysen endvidere argumentere for fravalg af to brændpunkter, som også viser sig i empirien.

10.1 Indkredsning af 1. brændpunkt – aktørvurderinger: Brændpunkt om teknologi

Første brændpunkt handler om, hvordan de forskellige organisationer ser forskelligt på teknologi som redskab til behandling af mennesker med sindslidelse. Jeg vil her præsentere, analysere og diskutere mine interviewpersoners vurderinger af de svage sider ved samarbejdet og deres typiske beklagelser, hvoraf jeg kan konkludere, at de forskellige syn på teknologi kan medføre et brændpunkt. Det er her tydeligt, at særligt den medicinske teknologi giver anledning til samarbejdsudfordringer, hvilket jeg vil belyse i det følgende.

10.1.1 Medicin i det daglige på KE

Under mine interview på KE blev det hurtigt tydeligt blandt alle fire interviewpersoner, at medicin og dens effekt på beboerne spiller en stor rolle i deres daglige arbejde, herunder også den ændrede brug af medicin som afspejler de accelererede patientforløb. På KE ser de beboerne på alle tider af døgnet samt oplever alle facetter af deres sygdom. De giver udtryk for en oplevelse af, at de accelererede patientforløb og den ændrede brug af medicin har medført nogle ændringer i den måde, de må udføre deres arbejde på med beboerne. Det kommer til udtryk som bekymring for beboerne. Ruth fra KE nævner særligt en målgruppe, hvor de store mængder medicin giver udfordringer nemlig de unge debuterende sindslidende. Hun fortæller således:

”Debutanterne, de ganske, ganske unge, de får det faktisk dårligere. Der har vi faktisk også appelleret igennem min teamleder, som sidder i en gruppe, hvor de samarbejder med Nordvang [PCG – her P68], om at tage det op på de samarbejds møder, og gøre opmærksom på at de unge mennesker, dem skal man prøve at tage lidt mere hånd om, i stedet for hurtigt at sætte dem op i medicin og så udskrive dem 3-4 døgn efter med den store dosis medicin. Så hellere beholde dem lidt længere og udrede dem ikke kun medicinsk, men også i forhold til hvor er de henne lige nu.” (Citat af Ruth, KE)

Medicin og tilgangen til brug af medicin giver anledning til en del frustrationer i arbejdet for KE. Ruth (KE) beskriver, at hun oplever, at de gentagne indlæggelser og udskrivelser er et skridt tilbage hver gang for de unge *debutanter*. Hun fortæller et eksempel om en ung kvindelig beboer, som var indlagt et år på PCG, og ved udskrivelse flyttede hun ind på KE. KE oplevede, at det var svært for denne unge kvinde at flytte ind på botilbuddet efter at have været indlagt så længe i hospitalsregi. Efter at hun flyttede ind på KE, har hun haft mange korte indlæggelser, og KE oplevede, at hun blev sat op i medicin i forbindelse med

hver indlæggelse. Det, der endvidere gjorde episoden svær for KE og gav anledning til frustrationer, var, at beboerens kontaktperson på KE ikke havde en oplevelse af at blive inddraget. Ruth beskriver sin oplevelse af sin kollegas erfaring således:

"Hun har prøvet at gøre opmærksom på de ting, der skete, at for hver gang hun blev udskrevet med højere dosis medicin, så forsvandt hun for os. Hun levede i en osteklokke. (Citat af Ruth, KE)

Ved en af de seneste indlæggelser blev det besluttet, at patienten skulle skifte til et andet medicinsk præparat – kontaktpersonen havde heller ikke her en oplevelse af at blive inddraget, og efter denne indlæggelse oplevede personalet på KE ifølge Ruth (KE) patienten således:

"Hun blev sat på leponex[antipsykotisk medicin], hun har taget 20 kg på på to måneder, hun blev apatisk. Hun sover, når jeg sidder med hende i stemmehøringsgruppen, så kan jeg ikke bryde igennem. Hun kan ikke tage stilling til, hvad der foregår omkring hende, hun savler, hun tisser i sengen." (Citat af Ruth, KE)

Oplevelser som denne er med til at sætte et tydeligt præg på KE's holdning til medicin.

Ud fra det kan jeg se, at KE's oplevelse af og deres *typiske beklagelser* over hvad medicinen gør ved beboerne, som dermed får betydning for deres arbejde, samt at de ikke tages med på råd i forbindelse med medicinændringer, giver anledning til fortættede frustrationer, og danner derfor grundlag for et brændpunkt.

10.1.2 Medicin – en stor del af hverdagen på P68

KE's oplevelse af at P68 har meget fokus på medicinen underbygges også af interviewet med Johanne fra P68, som fortæller følgende eksempel om en indlæggelse:

"Den kontaktperson, der var med den anden aften, blev her faktisk, mens jeg fik givet en masse medicin, og vi fik snakket, om at lige nu var det vigtigste, at vi ikke snakker, alt det med lange snakke, det kan vi gøre i morgen, når du vågner, så kan vi se om du får det bedre." (Citat af Johanne, P68)

Dette citat kan tolkes som et udtryk for, at det ikke er samtale, der anses for den vigtigste teknologi i den akutte fase, men at medicinen er i fokus. Sættes dette citat i relation til ovenstående afsnit, bliver det tydeligt, at der i forbindelse med uenighed omkring brugen af medicin opstår nogle kritiske samarbejdsrelationer og dermed også et brændpunkt.

10.1.3 Negativ bivirkning vs. positiv effekt

KE giver udtryk for at kunne se visse fordele ved accelererede patientforløb, men de står også med nogle nye udfordringer, som påvirker deres arbejde med beboerne, Anna (KE) beskriver dette således:

”Ud så hurtigt som muligt er også godt, men ikke hvis de ikke er stabile, for så ryger de bare ind igen. Stabil er, at man kan tage var på sig selv og få en hverdag til at fungere, at man kan komme op om morgenen. Jeg er rigtig glad for at 68 er der, for de hjælper os rigtig meget, men der er også nogle ting, hvor jeg ikke synes, at det er så godt.” (Citat af Anna, KE)

KE anerkender, at de har behov for at samarbejde med P68, og også at deres beboere kan have behov for medicinsk behandling, men de er ikke altid enige i hvor stor vægtning, der skal lægges på den medicinske behandling frem for andre behandlingsmetoder. Dette kommer frem i følgende citat af Birthe fra KE:

”Udfordringen er, at inde på 68 der er medicinen en rigtig stor del af det og nogle gange også i forhold til OP [Akut-OP]. Det er som om, at man sidder og taler medicin og medicin og medicin med beboeren fremfor at tale om et samarbejde. Lige nu har de måske nok brug for den medicin, de får, men jeg har også oplevet, at nogle fra 68 og OP ikke har lyttet til vores observationer i forhold til voldsomme bivirkninger osv. Selvfølgelig giver vi dem medicin, men det er ikke det, der er afgørende for os herude, for vi arbejder ud fra, at folk godt kan komme sig... .. Vi træner dem i at arbejde i cafeen, firmaet eller ud og motionere. Nogle gange bliver de så sløvede af medicinen, så de vil måske gerne, men deres krop den vil ikke.” (Citat af Birthe, KE)

Det, at noget medicin kan have en sløvende virkning på beboerne/patienterne, giver også anledning til udfordringer i samarbejdet, da der kan være forskellige holdninger om denne sløvende effekt er en negativ bivirkning, som det fremgår af ovenstående citat, eller om det er en nødvendig effekt, som det kommer til udtryk i følgende citat af Ingeborg fra Akut-OP:

”Patienten for stærk medicinsk behandling, hun er meget psykotisk og har mange suicidale impulser. Der var behov for den sedation,⁷ som medicinen gav hende. Der er nogle retningslinjer for medicinen, som skal overholdes eksempelvis, hvis der er svigt med medicinen... .. og der kunne man godt mærke, at det havde

⁷ Sedation – medicinens sederende effekt = medicinens sløvende effekt

de ikke helt forstod på derude, det er primært pædagoger der har taget medicinkurser, så de kan give og holde medicin op.” (Citat af Ingeborg, Akut-OP)

Det, at der kan være så forskellige opfattelser af om noget, ses som en positiv effekt eller en negativ bivirkning, giver klart anledning til nogle mulige uoverensstemmelser. De to oplevelser, af de følger medicinen kan have er så forskellige, at jeg kan konkludere, at det har betydning for samarbejdsrelationen, da det kommer til udtryk som *typiske beklagelser* og det bliver dermed et brændpunkt i samarbejdet.

10.1.4 Beboere kræver mere opmærksomhed, når de udskrives

Det, som KE oplever som negative bivirkninger, har medført nogle konsekvenser for, hvordan medarbejderne på KE må tilrettelægge deres arbejde, når deres beboere udskrives i en sådan tilstand. Ruth fra KE beskriver det således:

”Ja, men det er mere, at vi bliver nødt til at være mere omkring beboerne, vi bliver nødt til at være mere i lejlighederne, fordi vi er så bekymrede for, hvad der sker, fordi beboeren har det dårligt. Vores natmedarbejder holder tilsyn engang i timen eller hver halve time, fordi bivirkningerne af medicin ofte er så stærke, at vi bliver bekymrede... .. Det tager ressourcerne fra de andre beboere, for dem har vi ikke tid til, fordi vi skal koncentrere os om den beboer, der lige er blevet udskrevet og har det rigtig dårligt.” (Citat af Ruth, KE)

Citatet kan tolkes som et udtryk fra KE's side som en oplevelse af at stå i nogle nye situationer, hvor de skal løse nogle opgaver, som de ikke har ressourcer til, men som kunne være afhjulpnet af en eller to dages ekstra indlæggelse, så medicinen kunne nå at få den effekt, KE ønsker. Det kan her tolkes som en følge af de accelererede patientforløb, som får konsekvenser for KE's arbejde. Dette kommer yderligere til udtryk ved frustrationer over egne begrænsninger. Birthe (KE) fortæller:

”... f.eks. er vi kun to på arbejde [om aftenen], så vi kan ikke sidde nede hos beboeren. Det har vi ikke ressourcerne til, det er ikke fordi vi ikke vil. Man kan godt gå ned og tale med dem, men det er noget med at kigge på uret, og man har en telefon på sig, som kan ringe når som helst. Det i sig selv kan være en udfordring.” (Citat af Birthe, KE)

Der danner sig her et mønster af *typiske beklagelser* over, at patienterne udskrives i dårligere psykiatrisk tilstand, end KE hidtil har været vant til, hvilket giver anledning til frustrationer, hvor de forskellige tilgange til medicinen endnu engang står i centrum for et brændpunkt.

10.1.5 KE må være ”med på beatet”

Som det fremgår af ovenstående, er der også forskellige holdninger til medicin, og hvornår en følge af medicin er en bivirkning, og hvornår det er en ønsket effekt. Også her er der opmærksomhed fra P68's side på, at øget brug af medicin har medført flere opgaver på KE. Johanne (P68) beskriver dette således:

”De[KE] er nødt til at sætte sig mere ind i, hvad er en bivirkning, for de plejer jo næsten at have nået at stilne af, fordi de[KE] har været vant til, at vi har haft dem[patienterne], indtil de er habituelle, hvor de nu er nødt til at mærke, at de er dårligere, når de kommer hjem, men det kan de godt rumme. De er nødt til at være med på beatet... . . . Når de [beboerne] kommer hos os, er de psykotiske, vi når at starte behandling, vi når at opstarte medicin, men nogle gange er de ikke så udskrivningsklar, som et botilbud godt kunne tænke sig.” (Citat af Johanne, P68)

Det at være ”med på beatet” kan altså her tolkes ud fra en betragtning, at P68 sætter dagsordenen, når det handler om medicin, en dagsorden som samarbejdspartnerne er nødt til at indordne sig efter. KE mærker, at beboerne er dårligere, når de kommer hjem, men de har ikke fået flere ressourcer til at håndtere de udfordringer, som de øgede mængder medicin og hurtigere udskrivelse har medført, og jeg ser derfor disse *typiske beklagelser* som et brændpunkt.

KE ønsker som tidligere beskrevet, at der ikke kun tages højde for den medicinske udredning, men også *hvor er de [patienten] henne lige nu*, og P68's fokus er i dag at *opstarte medicin*. Disse modsatrettede holdninger ser jeg også som en del af dette brændpunkt, som omhandler forskellige syn på teknologi.

10.1.6 Udfordringen går hovedsageligt den ene vej

KE oplever altså en udfordringer i forhold til den medicinske behandling både i forhold til Akut OP og P68. Men det billede, der viser sig fra P68's side, er ikke helt magen til. P68 oplever problemer i samarbejdet med bosteder, hvor beboerne ikke altid får deres medicin, men dette er ikke oplevelsen i samarbejde med KE. Ellen fra P68 fortæller således:

”Jeg kan ikke altid forstå, hvorfor de ikke altid får deres medicin. Jeg tænker, hvor svært kan det være? Men det har jo også noget med vores rammer berinde at gøre. Det kan godt give anledning til konflikter, at vi har forskellige tilgange til medicin, men det har jeg heller ikke oplevet med KE” (Citat af Ellen, P68)

Jeg har valgt, at et brændpunkt ikke nødvendigvis skal rumme et hverken gensidigt eller italesat problem, og jeg kan derfor holde fast i min konklusion om, at den medicinske tek-

nologi er et brændpunkt i det interorganisatoriske netværkssamarbejde. Det skal dog bemærkes at P68 anerkender, at medicin kan give anledning til kritiske samarbejdsrelationer til trods for, at P68 ikke oplever problemer i forhold til dette, når det kommer til KE.

10.1.7 Forskellige syn på medicin – opsummering

På baggrund af ovenstående bliver det hurtigt tydeligt, at medicin fylder meget i hverdagen, dette gælder både for hospitalspsykiatrien, som behandler med medicinen og for KE, som er i beboernes hjem, hvor de oplever både positive og mindre positive aspekter ved medicinens virkning og bivirkning. Det er tydeligt, at der er meget forskellige syn på hvilke argumenter, der ligger til grund for at give medicinen. Dels er der nogle grundlæggende opfattelser af, hvad der skal prioriteres, om det er ud fra et hospitalspsykiatrisk synspunkt, at patienterne ikke skal være forpinte af deres symptomer, eller ud fra KE's synspunkt at det er vigtigt, at medicinen ikke gør, at beboerne ikke kan mærke og arbejde med sig selv. Disse uoverensstemmelser giver anledning til gentagne beklagelser fra alle tre organisationer, som kommer til udtryk i utilfredshed med samarbejdet. Hospitalet udskrives deres patienter tidligere, hvilket gør, at de ikke når at behandle alle symptomer i samme grad som tidligere, og patienterne udskrives til egen bolig med flere bivirkninger, end de tidligere har været vant til, ud fra den vurdering af at det kan behandles ambulant. KE oplever, at beboerne er mere ressourcekrævende, når de udskrives, og giver udtryk for, at det dels handler om den hurtige udskrivelse og dels de store mængder medicin, som de oplever at beboerne og særligt de debuterende unge sindslidende udskrives med. Således kan det altså konkluderes, at når jeg kigger på organisationernes forskellige tilgange til teknologi, er det hovedsageligt medicinen, som giver anledning til konflikter, og det er på den baggrund, at medicin som teknologi udgør et brændpunkt i samarbejdet.

10.2 Indkredsning af 2. brændpunkt – aktørvurderinger: Brændpunkt om mål

Andet brændpunkt handler om de forskellige organisationers mål, og hvordan vidt forskellige mål kan give anledning til kritiske samarbejdsrelationer. Jeg vil igen ud fra præsentation, analyse og en diskussion af interviewpersonernes vurderinger af de svage sider ved samarbejdet og deres typiske beklagelser, identificere det næste brændpunkt, hvor jeg kan se, at organisationernes mål ikke altid er kompatible, hvilket medfører nogle udfordringer i samarbejdet, som det fremgår af det følgende.

10.2.1 Hurtig udskrivelse

Indføring af accelererede patientforløb er en organisatorisk ændring sket i hospitalspsykiatrisk regi. Under alle interview spørger jeg ind til, hvad interviewpersonerne ser som målet med deres for deres arbejde med henholdsvis patient og beboer. På P68 bliver de accelererede patientforløb hurtigt tydelige i denne sammenhæng. Knud beskriver det de arbejder mod således:

”Det er ud fra problematikker, de kommer med, og ellers så er målet også at få dem hurtigt hjem igen.”
(Citat af Knud, P68)

At målet er at kunne udskrive patienterne hurtigst muligt bekræftes i empirien af både Ellen og Johanne. Derudover taler flere af interviewpersonerne om symptombehandling, som en af de primære opgaver på P68. Det er altså i høj grad den medicinske vinkel, der er i fokus, når der tales mål på P68. Ud fra empirien gør dette sig også gældende i Akut-OP.

10.2.2 Fastholdelse af medicinsk behandling

Ingeborg giver udtryk for, at Akut-OP er oprettet som et led i indføringen af de accelererede patientforløb, hvilket kommer til udtryk således:

”Vi er til for at forbinde genindlæggelser og være brobygger mellem de forskellige instanser i venteforløb for eksempel, men absolut også til at udskrive tidligere end, hvad man plejer at gøre, fordi vi er behandling i hjemmet. Før var der ikke nogen, der tog over, så det, vi gør, er, at vi kan behandle i hjemmet, så vi er faktisk en fortsættelse af indlæggelsen.” (Citat af Ingeborg, Akut-OP)

De accelererede patientforløb skinner igennem i form af hurtigere udskrivelse. Akut-OP er en behandlende instans i hospitalsregi, hvilket også kommer til udtryk, da Ingeborg bliver bedt om at forklare, hvilke mål, de arbejder ud fra i Akut-OP:

”... det kan være at fastholde medicinsk behandling. Det er rigtig vigtigt for mig.” (Citat af Ingeborg, Akut-OP)

I Akut-OP er fokus altså i høj grad også på mål som indebærer medicinsk behandling.

10.2.3 Beboerens mål er KE's mål

Ved at se nærmere hvad KE ser, som det, de arbejder hen imod, bliver det muligt at forklare mere konkret, hvori forskellene består. Alle fire interviewpersoner fra KE definerede

deres mål ud fra beboerens egne ønsker og mål for deres liv – målene tager hele tiden udgangspunkt i beboernes ressourcer. Birthe beskriver det eksempelvis således:

”Det er meget forskelligt, hvad målet er. Det, vi gør her, er, at vi sætter os sammen med beboeren og taler om, hvad er det, de ønsker med deres liv... .. Eksempelvis en af dem jeg har [er kontaktperson for], har som overordnet mål at flytte ud i egen lejlighed, og det er ikke urealistisk. Da hun flyttede ind, var det at komme i gang med at arbejde, og det gør hun nu her på stedet på kontoret og i cafeen. Jeg sætter ikke mål på deres vegne.” (Citat af Birthe, KE)

Her bliver det igen tydeligt, at bivirkningerne spiller en stor rolle for det arbejde, der udføres på KE, og for hvilke muligheder medarbejderne har for at udføre deres arbejde med henblik på at opnå deres mål, da bivirkningerne kan medføre at beboeren ikke når sine mål og KE dermed heller ikke når sine mål.

I de tre foregående afsnit er alle tre organisationers mål ekspliciterede ud fra medarbejderens vurderinger. Organisationernes interne mål er så forskellige, at de i sig selv, kan ses som et brændpunkt, da de i udførelsen af arbejdet kan være direkte modstridende. I de følgende afsnit vil jeg uddybe, hvor der i det konkrete samarbejde kan identificeres kritiske relationer, som udspringer af disse uoverensstemmende mål.

10.2.4 Laissez faire holdning til medicin

Forskellene i målene bliver tydelige i forhold behandlingsmetoder og måder at prioriterer på. Ingeborg giver udtryk for, at KE har en mere afslappet holdning til medicin, hvilket giver anledning til frustrationer, hun fortæller her:

”Det er det, jeg primært ser på KE, at de har en anden holdning til medicin, end vi har, de er mere laissez faire, end vi er herinde på hospitalet. F.eks. når jeg siger, at det er vigtigt, at hun bliver observeret, at man så ikke gør det, at man ikke finder det så vigtigt, og hun så alligevel kaster op [medicinen]. Det kan også være uenighed omkring behandlingen, de[KE] mener, at de ikke skal have så meget medicin, eller at de måske skal trappe ud af det igen, de kan ikke helt se bivirkninger i forhold til effekt nogle gange, hvad der er vigtigst. Der er bivirkninger ved ret meget psykotisk medicin, men hvad er så vigtigst – er det, at de ikke har nogle bivirkninger, eller er det, at de ikke er psykotiske? Jeg tænker, at KE ser, at så snart de [beboeren] har bivirkninger, skal de ikke have så meget medicin, hvor vi ser, at bivirkninger kan man håndtere.” (Citat af Ingeborg, Akut-OP)

Ifølge Ingeborg er bivirkninger altså noget, der kan behandles, og det vigtigste er, at patienten ikke er psykotisk. Som det fremgik af indkredsning af ovenstående brændpunkt, så ligger KE mere vægt på, at det kan være bedre at have nogle symptomer fremfor at være medicineret i en sådan grad, at det ikke er muligt for beboerne at passe deres arbejde i eksempelvis KE's cafe, eller komme ud og motionere, fordi deres kroppe ikke kan. Her ses det altså, at de modstridende mål giver anledning til frustration hos medarbejderne, og jeg kan således konkludere, at der opstår et brændpunkt i forbindelse med forsøget på at opfylde egne mål, som i et vist omfang bliver modarbejdet af samarbejdspartneres mål.

10.2.5 Intern uenighed om optimalt indlæggelsestidspunkt

For at P68 hurtigere kan nå deres mål om hurtig udskrivelse, giver alle tre interviewpersoner udtryk for, at KE endelig skal lade deres beboere indlægge, hvis de vurderer, at der er behov for det, og hellere at de kommer ind på hospitalet en gang for meget end en gang for lidt. Som et eksempel på dette fortæller Knud her, at der har været et par tilfælde, hvor de har oplevet, at patienter har været dårlige for længe, før de blev indlagt:

"At en patient har fået lov til at gå rundt og være dårlig i en måned – altså psykotisk – det har vi set nogle gange. Man ved, at jo længere tid de går og er dårlige, jo længere tid tager det også at stabilisere dem igen, jo længere tids indlæggelse tager det. Så vi vil gerne have dem så hurtigt som muligt, så vi kan få det gjort færdig igen så hurtigt som muligt." (Citat af Knud, P68)

Samtidig giver alle tre interviewpersoner dog også udtryk for, at de ikke altid forstår rationalerne bag tidspunkt for indlæggelse fra KE's side. Som eksempler på dette her et citat af Ellen fra P68:

"Det, der nogle gange kan ske, er, at vi arbejder i to forskellige lejre, hvor man godt kan tænke, hvorfor bliver de lige indlagt nu, men det er jo rammerne, der gør det. Et eksempel først så tænkte jeg, det er da utroligt, at de kommer med hende nu, de kunne da bare have sat en fast vagt på, så havde hun ikke behovet at blive indlagt." (Citat af Ellen, P68)

Dette står i modsætning til ønsket, om at patienterne indlægges hurtigt, og kan tolkes som et udtryk for at der ikke altid internt er tydeligt, hvad der er det optimale indlæggelsestidspunkt.

Det kan endvidere tolkes som et udtryk for, at det ikke altid er tydeligt organisationerne imellem, hvilke rationaler der ligger til grund for, hvorfor de handler, som der gør, her at P68 ikke altid forstår KE's begrundelse for at lade en beboer indlægge.

Der opstår også frustrationer hos KE, som kan tolkes som udtryk for, at de heller ikke altid er sikre på, hvornår det mest optimale tidspunkt for en indlæggelse er. Anna fortæller her:

"Vi gør alt, hvad vi kan for at undgå at indlægge dem, men der kan også komme et tidspunkt, hvor vi ikke kan tage ansvar for, at de er hjemme mere, og så må vi tage på 68... .. Men nogle gange har jeg næsten lyst til at tage dem [beboeren] med hjem igen og sige, så finder vi en løsning her." (Citat af Anna, KE)

Disse typiske beklagelser kan delvist tolkes som et begrænset kendskab til, hvad det er samarbejdspartnerne arbejder hen imod altså deres mål, at målene til tider også interne er uklare, eller at målene i et eller andet omfang er tydelige nok til, at de oplever konsekvenserne af, at målene er så modstridende.

Det, at der opstår udfordringer i samarbejdet, når målene er så forskellige, bliver særligt tydeligt her i disse mange modsatrettede tolkninger, og jeg kan således konkludere, at der opstår et brændpunkt.

10.2.6 Uoverensstemmelse af mål – opsummering

Alle interviewpersoner blev spurgt, hvad de så som mål for behandling af beboer/patient. På interessant vis var alle svar for hver enkelt organisation meget samstemmende og kan i grove træk stille op således:

| | |
|---------|--------------------------------------|
| Akut-OP | fastholde medicinsk behandling |
| P68 | udskrive hurtigt, behandle symptomer |
| KE | beboerens egne mål |

Alle interviewpersoner startede med at sige, at målet for arbejdet med beboer/patient kom an på den enkelte og dennes situation efterfulgt af, hvad de overordnet så som organisationens mål for arbejdet med patient/beboer. I forhold til Akut-OP har jeg ikke noget sammenligningsgrundlag, da jeg kun har lavet et interview i dette team, men på P68 brugte alle tre interviewpersoner termene hurtig udskrivelse, og to ud af de tre talte i samme anledning om symptombehandling. Målet om hurtig udskrivelse ses af flere interviewpersoner på

P68 som en direkte konsekvens af indførelsen af accelererede patientforløb. Der er dog lidt uoverensstemmelse i forhold til hvordan de bedst opnår disse mål, i forhold til hvornår en patient bør blive indlagt. På KE var der også klar enighed blandt alle interviewpersoner om, at deres mål for beboerne blev opsat ud fra beboerens egne mål og ønsker. På den måde blev det tydeligt, at organisationernes mål i et vist omfang er integrerede i interviewpersonerne, og jeg vælger derfor at acceptere deres vurderinger af mål som valide for den videre analyse.

Målene er ikke altid kompatible. Hvis en beboer eksempelvis ønsker at blive medicinfri, så er det det, KE støtter beboeren i at arbejde hen imod, men hvis beboeren får brug for indlæggelse, vil der blive tænkt i medicinsk behandling, hvilket, KE oplever, står i vejen for beboerens og dermed også deres mål. En anden beboer har måske et ønske om at gennemføre et skoleforløb eller passe et arbejde, men kan på P68 blive sat i behandling med noget medicin, som er sløvende og derfor, ud fra KE's synspunkt, gør det vanskeligt for den unge at komme op om morgenen. I tilfælde af at Akut-OP bliver koblet på, vil behandlingen få tilført en ny vinkel. Akut-OP agerer i det daglige arbejde i begge organisationer og vil have fokus på opvejning af bivirkning overfor symptomer, men stadig ud fra et medicinsk perspektiv. Tre organisationer med tre forskellige udgangspunkter for deres mål skal forsøge at sammensætte en fælles behandling til beboerens/patientens bedste. På den baggrund kan jeg konkludere, at der ud fra organisationernes uforenelige interne mål og et ikke ekspliciteret fælles mål om, hvad det indebærer at hjælpe beboeren/patienten bedst muligt, er et brændpunkt i det interorganisatoriske netværk.

10.3 Indkredsning af 3. brændpunkt – aktørvurderinger: Brændpunkt om tidsmæssige ressourcer

Tredje brændpunkt handler om hvordan organisationer kan have forskellige oplevelser af, hvilke ressourcer deres samarbejdspartnere har til rådighed, og de udfordringer divergerende oplevelser kan medføre. I det følgende præsenteres, analyseres og diskuteres interviewpersoners vurderinger af de svage sider ved samarbejdet og deres typiske beklagelser, som ender ud i en identifikation af det tredje brændpunkt om kritiske samarbejdsrelationer i forbindelse med divergerende oplevelser at tidsmæssige ressourcer.

10.3.1 KE er meget villige til at hente og bringe

Medarbejderne på P68 har mange rosende ord at sige om KE og den måde, de oplever, at KE behandler deres beboere på, og den måde de oplever, at KE prioriterer deres tid på. Knud fortæller således om KE:

"De er meget villige til at komme og både hente, bringe og besøge deres patienter, bedre end de fleste andre botilbud. De har været rigtig gode til at komme ind og være der for deres patienter, hvis de [patienterne] mangler noget, er de her i løbet af 5 minutter." (Citat af Knud, P68)

En ting der særligt bliver lagt vægt på er, at de altid er der for deres beboere, og at de har fokus på beboernes behov. Ud fra dette kan det ses, at dette brændpunkt igen omhandler en problematik, som ikke giver anledning til frustrationer hos alle organisationerne.

10.3.2 Kører "skolebussen" frem – et "urimeligt" pres

Ifølge empirien kan det ses, at medarbejderne på KE umiddelbart også bestræber sig på at være der mest muligt for deres beboere, men det at blive ringet op uden varsel giver også nogle udfordringer og nogle frustrationer. Poul giver her udtryk for dette:

"Nogle gange får man bare en besked fra en kollega om, at den beboer, som man er kontaktperson for, bliver udskrevet, så bliver man bare nødt til at køre skolebussen frem og hente. Vi har behov for tingene på forskellige tidspunkter, og nogle gange presses der urimelig meget på i forhold til forskellige beslutninger." (Citat af Poul, KE)

Oplevelsen af at der *presses urimeligt meget på* kan ses som en *beklagelse* og er med til at danne grundlag for dette brændpunkt, altså kritiske samarbejdsrelationer ud fra en oplevelse af, at P68 ikke har et realistisk billede af, hvordan KE's tid er struktureret, og hvor meget tid han har til rådighed.

Anna (KE) giver udtryk for et andet aspekt, som kan tolkes som en *typisk beklagelse* i form af frustrationer, nemlig det at hun har oplevet at være indkaldt til udskrivningssamtale, hvorefter hun sidder og venter en time, fordi lægen er forsinket. Hun fortæller således:

"Min tid er ikke ad libitum, vi har også ting vi skal. F.eks. at man sidder og venter en time på et møde, det virker som om, de ikke tror, at jeg har andet at tage mig til. Der kunne man have nået masser her hjemme, vi har f.eks. rigtig meget skrivearbejde og dokumentation overfor kommunen, om hvorfor de bor her." (Citat af Anna, KE)

Også dette citat er et udtryk for, at når organisationerne ikke har en realistisk oplevelse af hvilken tid samarbejdspartnerne har til rådighed og dermed hvad de kan forvente af hinanden, opstår der et brændpunkt i samarbejdet.

10.3.3 Manglende kendskab til hinandens begrænsninger

Flere steder i empirien kommer det til udtryk, at P68 og Akut-OP muligvis ikke har kendskab til disse begrænsede tidsmæssige ressourcer. Eksempelvis giver Ingeborg fra Akut-OP udtryk for, at det er frustrerende, når personalet på KE ikke følger hendes anvisninger:

”... hvis jeg siger, at hun skal observeres, så er det, fordi det er relevant, ikke bare fordi jeg synes, at det er sjovt, at de skal sidde fast vagt på hende i en halv time, det er for beboerens eget bedste.” (Citat af Ingeborg, Akut-OP)

Eller Ellens, som er citeret i indkredsning af forrige brændpunkt, der udtrykker undring over, at KE lader en beboer indlægge, hvilket de kunne have undgået ved at sidde *fast vagt*.

Beklagelserne kan også tolkes, som at organisationerne vægter forskelligt, hvilke opgaver der vurderes mest relevante, hvilket kommer til udtryk i frustrationer over tid, eller at der er forskellige oplevelser af, hvordan tid og ressourcer anvendes optimalt og mest hensigtsmæssigt for beboerne.

Citaterne giver endvidere anledning til en tolkning af, at det er forskelligt, hvilke rationaler der ligger til grund for, hvorfor de handler, som de gør. Disse typiske beklagelser kan umiddelbart tolkes som et begrænset kendskab til samarbejdspartnerne tidsmæssige ressourcer.

Johanne fortæller endvidere:

”Men dagene er for travle, man glemmer hinanden, vi er bare en institution, og de er bare en institution ude i periferien. Hvad de går og gør, er vi absolut ikke altid opmærksomme på... Så meget kender jeg dem heller ikke, og det gør jeg af gode grunde ikke, for så skulle jeg kende til rigtig mange botilbud.” (Citat af Johanne, P68)

Det Johanne på P68 giver udtryk for her kan tolkes som en oplevelse af, at det manglende kendskab til hinandens ressourcer er en præmis for arbejdet på P68, en præmis som giver anledning til nogle kritiske samarbejdsrelationer.

10.3.4 ”De formår at gøre nogle ting...”

Som tidligere nævnt taler P68 ofte i positive vendinger, når de taler om KE. Ud fra ovenstående analyse af de forskellige oplevelser af de tidsmæssige ressourcer kan det tolkes, at KE ud fra deres arbejde formår at sende nogle signaler til samarbejdspartnerne om, at de har tiden til at *kører skolebussen frem* og møde op og sidde og vente en time på en lægesamtale. Det giver umiddelbart anledning til nogle frustrationer hos KE, men fordi de gør disse ting gentagne gange, uden at P68 oplever, at det er problematisk, kommer de kritiske samarbejdsrelationer inden for dette brændpunkt kun til udtryk den ene vej.

10.3.5 Divergerende oplevelser af ressourcer – opsummering

P68 ser det som en styrke i samarbejdet, at når de ringer til KE og orienterer om, at en af deres beboere skal udskrives eller allerede er blevet udskrevet og skal hentes, kommer de meget hurtigt. Eller hvis en af KE's beboere skal have lægesamtale, og der er behov for deltagelse af beboerens kontaktperson fra KE, oplever de også, at de i stort omfang kommer, når de ringer.

KE har derimod en lidt anden oplevelse af selv samme situation. Når der bliver ringet med orientering om, at en beboer er eller skal udskrives, kører de ind og henter beboeren. Men det er med en oplevelse af, at der ikke tages hensyn til, at personalet på KE har en hverdag i egen organisation, som indebærer mange møder, administrativt arbejde og mange andre beboere, hvilket giver anledning til frustrationer hos KE's personale. Disse frustrationer kommer eksempelvis til udtryk, når Poul sammenligner det at hente beboerne med at kører *skolebussen frem*, eller Anna som giver udtryk for stor frustration over at blive tilkaldt til en lægesamtale, hvorefter hun skal sidde og vente en time. Interviewpersonerne fra KE giver ikke direkte udtryk for, at de oplever, at disse forstyrrede forventninger til deres ressourcer er blevet øget i takt med de accelererede patientforløb, men på baggrund af indlæggelsesfrekvensen på P68, antager jeg, at disse kritiske samarbejdsrelationer, som de forstyrrede forventninger til samarbejdspartnerne tid og ressourcer skaber, ikke er blevet mindre, og det er derfor relevant for min analyse. På den baggrund kan jeg altså konkludere, at der er et brændpunkt i samarbejdet, idet organisationerne har så forskellige oplevelser af de tidsmæssige ressourcer.

10.4 Indkredsning af 4. brændpunkt – aktørvurderinger: Brændpunkt om magtforhold

Fjerde og sidste brændpunkt, som vil blive brugt til at besvare undersøgelsens problemformulering, handler om, hvordan magtforholdene udspiller sig mellem de tre organisationer. Også her vil jeg gennem en præsentation, en analyse og en diskussion af interviewpersonernes vurderinger af de svage sider ved samarbejdet og deres typiske beklagelser, identificerer jeg det sidste brændpunkt, hvor det bliver tydeligt, at der på nogle områder er en relativt stor magtforskydning organisationerne imellem, som udgør nogle kritiske samarbejdsrelationer. Dette vil jeg komme nærmere ind på i de følgende afsnit.

10.4.1 Definition af magt

Magtbegrebet, som er centralt i dette brændpunkt, er et vidt begreb inden for organisationsteorien. Jeg vil derfor kort redegøre for, hvad jeg forstår ved magt i denne sammenhæng. Jeg vælger her den definition af magt, som anvendes af Jacobsen og Thorsvik (2002:162), da den er i tråd med mit relativt rationelle organisationsperspektiv og dermed anvendeligt for analysen. Det, at nogle har magt, er med andre ord, at de er i stand til at påvirke en situation eller at få noget til at ske, som påvirker andres interesser. En definition af magt inden for organisationsteorien kan derfor lyde således: en aktørs evne til at overvinde modstand for at opnå et ønsket mål eller resultat. Magtanvendelse forekommer, når en aktør formår at få sine synspunkter igennem på trods af at andre er uenige.

10.4.2 Må pædagoger stille spørgsmål?

På KE fortæller Ruth, at hun oplever, at der gennem tiden er sket en udvikling i arbejdet med psykisk syge borgere, en udvikling der har medført, at organisationerne på tværs af sektorer er begyndt at arbejde sammen:

”Man har udviklet sig i psykiatrien, tidligere var det ikke tilladt for en pædagog at sidde over for en psykiater og stille spørgsmål ved, hvad de sagde... .. Der var ikke lagt op til samarbejde dengang.” (Citater af Ruth, KE)

Implicit kan det ud af dette citat tolkes, at Ruth rent faktisk ser, at der i dag er lagt op til en form for samarbejde mellem botilbud og psykiatrisk sengeafdeling, og at det tidligere var endnu tydeligere, hvem der sad på magten, end det er i dag. Dermed siger hun dog ikke noget om, at der ikke fortsat er store forskelle i magtfordelingen mellem social- og hospitalpsykiatrien, når det kommer til samarbejdet om den psykiatriske patient/beboer.

10.4.3 Lægens medicinkompetence – en magt

Magtens ulige fordeling giver stadig anledning til udfordringer i samarbejdet. Det kommer eksempelvis til udtryk i frustrationer over det direkte samarbejde med hospitalspsykiatrien, hvor flere medarbejdere på KE giver udtryk for en oplevelse af, at det er svært at samarbejde med en organisation, hvor det er meget forskelligt, hvor tungtvejende de forskellige samarbejdspartneres vurderinger er. Her giver Ruth udtryk for et eksempel på dette:

”Det er svært som personale i psykiatrien at gå ind og få indflydelse, når man sidder over for en psykiater, der sidder med en magt og en kompetence i forhold til medicin og sygdom. Der bliver ikke lyttet til vores erfaringer til vores kendskab til beboerne. Der bliver ikke lyttet til selve de unge i forhold til medicin, det bliver besluttet af den læge, der er på Nordvang [PCG – her P68]. Lægerne har en enorm stor magt, og i forhold til medicin deltager personale, der er på afdelingen, ikke aktivt i at støtte op omkring beboeren eller stille kritiske spørgsmål til medicinen.” (Citat af Ruth, KE)

Citatet her kan tolkes som et udtryk for, at KE har en oplevelse af at være afmægtige over for lægerne og den medicinske behandling, og at de savner aktiv deltagelse og opbakning fra plejepersonalet på P68 i forhold til diskussion af medicin. Denne oplevelse af en skarp opdeling af magt på P68 stemmer overens med plejepersonalets oplevelse af deres eget arbejde, hvilket kommer til udtryk i følgende citat af Knud:

”I bund og grund er det kun lægen, der kan indlægge og udskrive, men selvfølgelig vil vi høre, hvad de [KE] har at sige og hvorfor.” (Citat af Knud, P68)

Flere af de tidligere beskrevne eksempler, som har givet udfordringer i samarbejdet, støtter op om denne tolkning af den skarpe opdeling af, hvem der har magten. Eksempelvis Ruths fortælling om en ung pige som blev sat op i medicin, hver gang hun blev indlagt, og som *forsvandt* mere, og mere for hver gang hun blev indlagt. KE havde en oplevelse af, at de fortalte P68 om disse erfaringer, men hun blev alligevel øget i dosis.

I ovenstående ses særligt to *beklagelser*, som kommer til udtryk i frustration hos KE. For det første at de ikke oplever, at lægen lytter til deres erfaringer, og for det andet at plejepersonalet forholder sig passivt i forhold til den medicinske behandling. Begge dele kan ses som et udtryk for den lægelige magt i samarbejdet, og der opstår dermed nogle forstyrrede mønstre – et brændpunkt – i samarbejdet, som kan have betydning for udførelsen af arbejdet med patient/beboer.

10.4.4 Viden som magt

Hertil kommer en interessant betragtning fra Birthe på KE, som udtrykker, hvilken magt de sidder med som medarbejdere tilknyttet beboerens hjem:

"Jeg er godt klar over, at jeg ikke er læge, men nogle gange får jeg fornemmelsen af, at vi er "bare" de der pædagoger, men det er os der ser dem 24 timer i døgnet, og vi arbejder også inden for psykiatrien, og vi ved også en hel masse. Så det er der, det er gået skævt: Man lægger planer uden at tage os med på råd." (Citat af Birthe, KE)

KE sidder her med en magt i form af deres viden, som de ikke oplever, at de får mulighed for at udnytte. Flere interviewpersoner på KE taler om den viden, de sidder med, som de ikke oplever, bliver taget i betragtning, men det har ikke været muligt for mig i empirien at finde citater, som kan give anledning til en tolkning om, at KE rent faktisk selv ser deres viden som en enorm magt.

10.4.5 Må man blande sig eller ej?

Denne magtfordeling blev også tydelig på samarbejds mødet mellem de socialpsykiatriske botilbud og PCG, hvor overlægen på P68 og Akut-OP tydeligt ridser op, hvordan PCG ser at arbejdsfordelingen bør være:

"...vi blander os ikke i den pædagogiske vinkel, og dermed blander I [botilbuddene] jer heller ikke i den farmakologiske, for det er I ikke uddannede til. Det synes jeg er blevet meget bedre efter, at I [sygeplejerskerne fra Akut-OP] har haft jeres gang der ude. Vi mener, at antipsykotisk behandling tit er et udgangspunkt for rehabilitering og recovery osv. Man er nødt til at tænke klart for at kunne komme videre." (Citat af overlæge, P68 og Akut-OP)

Ud fra ovenstående definition af magt, kan det ud fra dette citat tolkes, at lægen påvirker en situation, hvor andre har modsatrettede interesser. Botilbuddene ønsker en form for indflydelse på den medicinske behandling, men lægen benytter sin magt og overvinder den modstand for at opnå sit ønske om, at botilbuddene ikke blander sig i den medicinske behandling.

Jeg kan således konkludere, at det, at P68 og dels Akut-OP på grund af fælles læge, har formået at indtage positionen som den stærke part, hvilket medfører nogle kritiske samarbejdsrelationer set i lyset af KE's *beklagelser* over at deres magtform, ikke anerkendes som en egentlig magt.

10.4.6 Akut-OP – magtforskydning

Før de accelererede patientforløb var KE vant til at have kontakt med det stammodul, hvor deres beboere var indlagt, og når beboeren blev udskrevet, var der umiddelbart ikke mere kontakt til sengeafdelingen. I dag har det ændret sig for nogle beboere, da de nu efter en indlæggelse på P68 kan have et forløb hos en kontaktperson i Akut-OP, og i og med Akut-OP og P68 har samme overlæge er adskillelsen ved udskrivelse ikke længere helt så skarp. Det giver anledning til en tolkning af, at der i takt med de accelererede patientforløb er sket en magtforskydning. Denne tolkning bygger jeg på, at PCG's kontakt til beboeren nu også rækker ind i beboerens hjem, hvilket vil sige at PCG's magt er øget, da den er rykket ind på KE.

På baggrund af den magtforskydning der har fundet sted med oprettelsen af Akut-OP, kan det konkluderes, at de ulige magtforhold ikke har givet anledning til færre kritiske samarbejdsrelationer i samarbejdet, og den ulige magtfordeling udgør dermed et brændpunkt i samarbejdet.

Det er her relevant at nævne, at det er Distriktspsykiatrisk Center Ishøj under PCG som er ansvarlige for mange af KE's beboeres medicin, når de ikke er indlagt. Distriktspsykiatrisk Center Ishøj er geografisk placeret i Ishøj. Beboerne på KE tager i videst muligt omfang selv ud til centret, når de har behov for at tale med den medicinansvarlige overlæge, som altså kun ser beboerne på ambulant basis. Det kunne i denne sammenhæng have været interessant at inddrage denne overlæge i undersøgelsen, men på baggrund af afgrænsningen af det interorganisatoriske netværk, er de ikke inddraget her.

10.4.7 Ulige magtforhold – opsummering

Som det fremgår af første brændpunkt, er det tydeligt, at medicinen spiller en stor rolle i samarbejdet mellem KE, Akut-OP og P68. Medicinen har indflydelse på det arbejde, det er muligt at udføre i alle tre organisationer, men ansvaret for den medicinske behandling ligger i hospitalsregi, og ansvaret er i sidste ende juridisk set professionsbundet hos lægerne. Dette betyder, at det er dem, der i sidste ende afgør, hvilken medicin de vurderer, er den rette for den enkelte patient. Dertil kommer, at det også er et lægeligt ansvar at vurdere, hvornår en patient er klar til at blive udskrevet. Dette medfører et ulige magtforhold mellem to organisationer (KE og PCG), som udadtil er autoritært uafhængige, men som skal samarbejde om behandling af fælles borger.

Behandlingsansvaret har hele tiden har ligget hos lægen, og der har dermed altid været en ulige magtfordeling hvad angår beslutninger om medicin, indlæggelse og udskrivelse. Men der er sket en forskydning af denne magt i og med Akut-OP, som har fælles læge med p68, er blevet oprettet, og PCG har på den måde fået en anden magt end tidligere, som har betydning for arbejdet på KE. På den baggrund kan jeg konkludere, de accelererede patientforløbs betydning for samarbejdet ud fra disse ulige magtrelationer udgør et brændpunkt i samarbejdet.

10.5 Fravalg af 5. brændpunkt – personlige relationer

Interviewpersonerne udtrykker gentagne *typiske beklagelser*, som handler om, at kvaliteten af samarbejdet afhænger af, hvem det er, de samarbejder med, altså at de personlige relationer til medarbejderne i de andre organisationer er afgørende for, hvordan udfaldet af samarbejdet bliver.

Dette er et brændpunkt, men på baggrund af det rationelle organisationsperspektiv, hvor medarbejder ses som aktører, der handler ud fra organisationens strukturer, kulturer og processer, er de personlige relationer ikke relevante i denne sammenhæng. Havde jeg taget udgangspunkt i eksempelvis Human Relations-teorien, havde det været yderst relevant at udføre en analyse at denne problemstilling.

10.6 Fravalg af 6. brændpunkt

På samarbejds mødet blev det tydeligt at PCG og KE har en tredje samarbejdspartner, som også kan give anledning til brændpunkter i et interorganisatorisk netværksperspektiv, nemlig socialforvaltningen i kommunen. Begge parter gav på mødet udtryk for frustrationer og beklagelser i forbindelse med, at kommuner begynder at hjemtage deres borgere eller flytte borgerne ud i egne boliger, hvorved der opstår et brændpunkt.

Dette brændpunkt er særdeles relevant til videre analyse, også sat i relation til de accelererede patientforløb, men da det interorganisatoriske netværk er afgrænset til ikke at indebære socialforvaltningen, er denne analyse ikke relevant i denne undersøgelse.

11 Brændpunktsanalyse

På baggrund af ovenstående analyse kan jeg altså konkludere, at der er konflikter i samarbejdet mellem KE, Akut-OP og P68, som i et vist omfang har tilknytning til de accelerere-

de patientforløb, samt at konflikterne i særlig grad udspiller sig inden for disse brændpunkter:

1. *Forskelligt syn på teknologi - medicin*
2. *Uoverensstemmelse af mål*
3. *Divergerende oplevelse af ressourcer*
4. *Ulige magtforhold*

I de følgende afsnit vil jeg tage udgangspunkt i de identificerede brændpunkter. Jeg vil med afsæt i teorien og empirien foretage en analyse af, hvilke beskyttelsesstrategier organisationerne anvender i brændpunkterne og undersøge, hvorvidt det har medført nogle dysfunktioner. Dette vil jeg operationelt set undersøge ved hjælp af mit teoretiske analyseapparat med afsæt i struktur, kultur og proces. Derudfra bliver det muligt at finde et svar på, hvordan vi kan forstå de brændpunkter som indførelsen af de accelererede patientforløb giver anledning til og dermed besvare undersøgelsens problemformulering.

11.1 Analyse af 1. brændpunkt: Forskellige syn på og tilgange til teknologi – medicin

11.1.1 Øget opgaveafgrænsning har medført urealistiske forventninger

Som følge af indførelsen af accelererede patientforløb, er der sket en ændring i de interne strukturer i hospitalspsykiatrien, når patienter indlægges sættes der hurtigere ind med medicin for at opnå målet om hurtig udskrivelse. Den medicinske tilgang kan hermed ses som en strukturel ændring hos den ene part i det interorganisatoriske netværk. Det er samtidig en teknologisk ændring, der er blevet indarbejdet over tid, som er med til at skabe stabilitet og regelmæssighed i arbejdet for personalet på P68. Strukturændringen har været med til at tydeliggøre og afgrænse opgaveløsningen på afdelingen. De strukturelle ændringer i hospitalspsykiatrien har også medført strukturelle ændringer i forhold til samarbejdet i det interorganisatoriske netværk. Den formelle opbygning af samarbejdet bar tidligere præg af at beboerne kunne være indlagt til observation og stabiliserende forløb, hvor i dag bliver de straks sat i gang med den medicinske behandling. På KE giver Anna udtryk for at opleve denne strukturelle ændring således:

”Derovre [P68] prøver de også at gøre dem raske, men på en anden måde i form af medicin og behandling. Jeg er ikke i tvivl om, at medicin er en nødvendighed, men der skal være balance i hvornår det er overmedi-

cinering. De skal også være velfungerende og kunne gå på gaden uden at ligne zombier... ...Det, jeg tit ser, er, at når beboeren bliver udskrevet, at deres medicin er steget, og hvis det er deres behandling at stige folk i medicin, så tænker jeg ikke at det er en god behandling. Det handler også om at komme i kontakt med deres [beboernes] egne følelser, og det gør de ikke, når de får så meget medicin. Jeg synes, at de får mere end rigeligt i forvejen.” (Citat af Anna, KE)

Frygten for at KE's beboere skal blive udskrevet i tilstande, der kan skabe metaforer til *zombier*, kan tolkes som et udtryk for usikkerhed overfor den ændring, som er sket i samarbejdet i netværket. Den ændring i behandlingsteknologien, som har øget stabiliteten og opgaveafgrænsningen hos en part i netværket, har medført urealistiske forventninger hos anden part, og skaber dermed usikkerhed i forhold til rollefordelingen.

Ændringen i den medicinske tilgang har øget stabilitet og regelmæssighed på P68, og oplevelsen af at KE må være *med på beatet* og *sætte sig mere ind i hvad en bivirkning er*, som Johanne gav udtryk for i tidligere citat, kan i denne sammenhæng ses som et udtryk for, at P68 er den dominerende part, som fastholder opgaveløsningen på egne præmisser. Det har medført usikkerhed hos KE, som oplever, at beboerne får *rigeligt i forvejen*, når det kommer til medicin. Der er altså nogle urealistiske forventninger til den medicinske behandling, og jeg kan dermed se, at beskyttelsesstrategien *netværksdominans* i dette tilfælde har medført en dysfunktion, som medfører dilemmaer for KE, hvilket kan være opslidende for KE's arbejdsmiljø.

11.1.2 Recovery som grundlæggende kulturel antagelse

Det fremgår gentagne gange af empirien, at KE anerkender behovet for medicin, men den medicinske tilgang som i høj grad benyttes på hospitalet, er ikke altid kompatibel med den teknologi, som de arbejder med på KE, i dette tilfælde den recoveryorienterede tilgang KE bekender sig til. Ud fra Scheins teori vil grundlæggende antagelse hos KE kunne være, at recovery ses som vejen frem for deres beboere. Ruth (KE) beskriver dette således:

”I recoverybegrebet lægger jeg empowerment – det der er blevet så tydeligt med recovery er empowerment. Det er at et menneske skal have indflydelse på sit liv. Et menneske er et levende væsen og ikke en genstand, som andre kan flytte rundt på og forme, som de vil – nej et menneske former sig selv. Så længe et menneske ikke får indflydelse på sit eget liv og ikke bliver hørt, så kan et menneske heller ikke udvikle og forme sig. Det handler om at give magten til beboeren.” (Citat af Ruth, KE)

Dette kan tolkes som det grundlæggende menneskesyn, der ligger til grund for de normer og værdier KE arbejder efter, men med indførelsen af de accelererede patientforløb har det givet anledning til nogle udfordringer. Dette kommer bl.a. til udtryk via KE's beklagelser over at den medicinske virkning og de medicinske doser, P68 benytter. Disse beklagelser kan ses som et udtryk for forvirring, irritation eller urolighed for, at der opstår hindringer for, at de kan arbejde ud fra deres grundlæggende antagelser. Det kan samtidig ses som en dysfunktion af P68's *netværksdominans*, i og med beklagelserne her kan tolkes som udtryk for, at medicinens effekt har en *opslidende* følge på arbejdsmiljøet.

Til trods for at KE oplever, at medicinen skaber hindringer for, at de kan leve op til deres normer og værdier om en recoveryorienteret tilgang, kommer det til udtryk i interviewene med P68 og Akut-OP, at de udefra tydeligt kan se disse interne normer og værdier i KE. Eksempelvis giver Johanne (P68) udtryk for dette således:

”Det må jeg virkelig give KE, og skulle man nogen sinde blive syg, så ville det jo være sådan et sted, man ville hen, hvor man ser mennesket som helhed, altså man rejser med patienterne, man giver dem opgaver, de har små delmål hver dag. Vi mærker, at når patienter kommer herind, de glæder sig til at komme hjem igen og vise, at de kan noget, ”vi er unge mennesker, som har en psykiatrisk lidelse, men vi kan noget.””
(Citat af Johanne, P68)

I dette citat kommer strategien om *gensidig beskyttelse* til udtryk. P68 giver udtryk for respekt over for KE's kompetencer. Der er dog ikke noget i empirien, der tyder på, at denne beskyttelse bliver et mål i sig selv, eller at de relevante opgaver træder i baggrunden, og jeg ser derfor ikke, at beskyttelsesstrategien i denne sammenhæng fører til en dysfunktion i netværket.

11.1.3 Interaktion præget af ”*medicin og medicin og medicin*”

Behandlingen inden for hospitalspsykiatri har, som tidligere nævnt, altid hængt meget sammen med medicinsk behandling. I takt med implementeringen af accelererede patientforløb har måden medicin bruges på, som redskab til behandling, udviklet sig. Oplevelsen i hospitalspsykiatri af denne udvikling blev særligt tydelig, da jeg talte med personalet på P68. Johanne (P68) forklarer således:

”Vi er blevet meget dygtigere i psykiatrien inden for de seneste par år, vi er blevet hurtigere til at spotte, hvad det handler om, og vi er blevet hurtigere til at give medicin, og det ser jeg kun fordele i. De [patienter-

ne] kommer hurtigt ind og kommer hurtigt hjem igen, så de kan få en hverdag til at fungere igen.” (Citat af Johanne, P68)

Og Ellen (P68) fortæller ligeledes:

”Tænker jeg tilbage, kan jeg huske dengang de [patienterne] blev indlagt, hvor man så dem lidt an og tænkte, skal de have medicin, eller skal de ikke have medicin, hvor i dag går man prompte i gang med behandlingen, og det er givet godt ud i den anden ende.” (Citat af Ellen, P68)

Det er her tydeligt, at på P68 er der ikke tvivl om, at den medicinske tilgang og den teknologiske udvikling er en forbedring, og at det *kun* har sine *fordele*. Her ses strategien *forsøg på netværksdominans*, da det her bliver tydeligt, at det er P68's tilgang til den medicinske behandling, der bliver udført under indlæggelse. Det er lægerne tilknyttet PCG, som har retten til at ordinere medicin. Denne præmis i samarbejdet kan medføre dysfunktioner i form af *manifeste konflikter*, som i empirien kommer til udtryk ved oplevelsen af, at P68 formår at gennemtrumfe deres synspunkter, selvom KE sidder inde med en viden, som de ikke oplever bliver taget i betragtning. Dette kommer i tråd med teorien til udtryk som frustrationer hos medarbejderne på KE, som kan være opslidende på arbejdsmiljøet. Denne præmis kan her også tolkes som en faktor, der bidrager til de *manifest konflikter*, i og med ansvaret for den medicinske behandling juridisk set er placeret i lægeprofessionen. Det kan altså på den baggrund konkluderes, at lovgivningen spiller en rolle i forhold til P68 og Akut-OP's position som den stærke part i det interorganisatoriske netværk.

I værste fald kan det medføre at patienterne/beboerne bliver *kastebolde*, men da patienterne/beboerne ikke direkte er del af denne undersøgelse, er det ikke muligt at sige noget om, hvorvidt dette reelt er tilfældet i samarbejdet mellem PCG og KE.

Som det flere gange er fremgået af tidligere citater, er KE ikke enige i, at ændringen i brugen af den medicinske teknologi er, *kun* har *fordele*. Som det fremgår af citat af Birthe, som oplever, at de på P68 taler *medicin og medicin og medicin* uden at *lytte* til KE's *observationer i forhold til voldsomme bivirkninger*, bliver det tydeligt, at de oplever den *netværksdominans*, som P68 og Akut-OP udøver i kraft af deres medicinske kompetencer.

Den beskyttelsesstrategi gør det svært for KE at finde en rimelig og fornuftig placering i forhold til netværket, hvorved der opstår det, som kan tolkes som en dysfunktionel konflikt. Konflikterne bliver dysfunktionelle, i og med P68 internt bekender sig den magt, som

kommer med det medicinske ansvar. Der er ikke umiddelbar åbent for en diskussion i interaktion mellem dem og KE, og der fremtræder i empirien ikke tegn på, at udfordringen benyttes konstruktivt i forhold til det interorganisatoriske netværk. Dertil kan det endnu engang konkluderes, at KE anvender *lav profil*. Det medfører igen en dysfunktion, hvilket fremgår af det før nævnte citat af Birthe, hvor hun udtrykker frustrationer over ikke at kunne levere sit bedste til opgaveløsningen, da det betyder, at de ikke kan støtte beboerne til at passe deres arbejde eller skolegang.

11.1.4 Delkonklusion

Ud fra ovenstående kan jeg altså inden for dette brændpunkt konkludere, at ud fra et

Strukturperspektiv, ser jeg følgende beskyttelsesstrategier/dysfunktioner:

- **Beskyttelsesstrategier:** P68 benytter *forsøg på netværksdominans*, KE må følge med deres udvikling i forhold til ændret brug af medicin
- **Dysfunktion:** Den strukturelle ændring har medført nogle urealistiske forventninger hos KE, som er *opslidende for medarbejderne*

Kulturperspektiv, ser jeg følgende beskyttelsesstrategier/dysfunktioner:

- **Beskyttelsesstrategi:** P68 benytter *netværksdominans* for at kunne give patienterne den medicin de vurderer optimal
- **Dysfunktion:** Medfører *frustrerede medarbejdere* på KE, som i visse tilfælde ikke kan leve op til deres grundlæggende antagelse om en recoveryorienteret tilgang pga. medicinens sløvende virkning
- **Beskyttelsesstrategi:** P68 benytter strategien *gensidig beskyttelse* i form af respekt for kompetencer
- **Dysfunktion:** Beskyttelsesstrategien bliver ikke et mål i sig selv og der viser sig ingen dysfunktioner

Procesperspektiv, ser jeg følgende beskyttelsesstrategier/dysfunktioner:

- **Beskyttelsesstrategi:** P68 benytter *forsøg på netværksdominans* da medicinen er et lægeligt ansvar
- **Dysfunktion:** da det juridiske ansvar ligger hos lægen medfører det manifesterede konflikter, da KE ikke kan få indflydelse, hvilket kan være *opslidende for medarbejderne*

- **Beskyttelsesstrategi:** KE benytter *lav profil* da de ikke kan få indflydelse
- **Dysfunktion:** Medfører *frustrerede medarbejdere* da det får indflydelse på deres opgaveløsning

11.2 Analyse af 2. brændpunkt: Uoverensstemmelse af mål

11.2.1 Modstridende mål – slørede forventninger

Det, at et af hospitalspsykiatriens teknologiske redskaber hedder medicin, er altså ikke nyt, men udviklingen og holdningen i den måde teknologien anvendes på er ny. I hospitalspsykiatrien er oplevelsen, at de er blevet fagligt dygtigere til at diagnosticere, og at de dermed kan gå i gang med behandlingen hurtigere med henblik på hurtigere at opnå målet – at udskrive deres patienter. På P68 ses dette som en tydelig fordel for patienterne, da de hurtigere kan vende tilbage til deres almindelige hverdag ude i samfundet. På KE kan denne intensivering af behandling ses som en faktor, der har indflydelse på, hvordan de opnår deres mål. Akut-OP kommer til at stå mellem de to yderpunkter, men i og med de er en del af PCG og er underlagt diskursen om hurtig medicinsk behandling og hurtig udskrivelse, kommer det medicinske fokus også i høj grad til udtryk i deres målsætning.

Det, at alle svarer så samstemmende på mål inden for egen organisation, kan tolkes som et udtryk for, at organisationerne har formået at skabe relativt tydelig opgaveafgrænsning, stabilitet og regelmæssighed for medarbejderne. Medarbejderne er ikke i tvivl om, hvad de arbejder hen imod internt i organisationen. Men at målene, de enkelte parter i netværket arbejder hen imod, er så forskellige, kan gøre, at det ikke bliver muligt at opnå en fælles struktur i det interorganisatoriske netværk. Når der ikke er fælles struktur i forbindelse med opgaveløsningen i netværket, kan det medføre, at der bliver skabt nogle urealistiske forventninger medarbejderne imellem.

Hospitalspsykiatrien står igen overfor en situation, hvor de er den stærke part, når det gælder opgaveløsning med henblik på indfrielse af mål, og deres beskyttelsesstrategi i dette brændpunkt bliver endnu engang et forsøg på *netværksdominans*. De opnår deres mål bl.a. ved at benytte den teknologi, som var omdrejningspunkt for første brændpunkt, og i og med den medicinske behandling og beslutning om indlæggelse og udskrivelse i sidste ende suverænt er en lægelig opgave, bliver de den stærke part. Det, at P68 er den stærke part, gør, at de kan forcere deres interne mål, hvilket medfører, at det ifølge teorien ikke er muligt for KE at finde en passende placering i netværket, hvilket i empirien kommer til udtryk

gennem beklagelser, over eksempelvis ikke at blive lyttet til, som jeg ser som et udtryk for urealistiske forventninger til netværkets ikke eksplicerede fælles mål.

I empirien finder jeg endvidere eksempler på, at KE benytter sig af beskyttelsesstrategien *selvforsyning* i et forsøg på opnå deres interne mål. Dette bliver tydeligt, da Poul fortæller:

”Jeg er mere ærlig i forhold til, hvad muligheden er. Jeg har oplevet med en beboer, der rigtig gerne ville indlægges – jeg spurgte ind til, hvad der lå i det, og sagde, at i sidste ende var det en mulighed at komme derud, men jeg synes ikke at jeg kunne se en mening med det, fordi at han i sidste ende alligevel ville komme tilbage dagen efter. Det gav mere mening, at vi fandt nogle løsninger her.” (Citat af Poul, KE)

Anna fortæller ligeledes, som det tidligere er fremgået af citat, at de gør alt, hvad de kan for at undgå at skulle indlægge deres beboere, og at hun nogle gange har lyst til at tage dem med hjem igen. KE forsøger i nogle tilfælde at løse problemerne inden for egen organisation, de forsøger at reducere afhængigheden til P68 ved selv at varetage nogle funktioner, som ligger i anden organisation. De benytter altså beskyttelsesstrategien *selvforsyning*. Dette medfører en dysfunktionel *isolation* fra netværket, da KE forsøger at løse opgaver, som P68 til tider er mere kompetente til.

Valget af denne beskyttelsesstrategi fra KE's side, kan muligvis tolkes som et udtryk for, at der er nogle urealistiske forventninger i forhold til, hvornår det er optimalt for en beboer at blive indlagt på P68. Heller ikke på P68 er der enighed om, hvornår det er det rette tidspunkt for en beboer at blive indlagt, jf. analysen hvoraf det fremgik, at personalet på P68 ikke altid kan forstå, hvorfor KE lader deres beboere indlægges i stedet for at sidde *fast vagt* på dem over for deres beklagelser over at de nogle gange lader dem indlægges for sent. Ud fra dette kan det konkluderes, at der både er nogle urealistiske forventninger i strukturen internt i organisationen og i det interorganisatoriske netværk i forbindelse med indlæggelsestidspunkt af beboere, som er afgørende for udførelse af organisationernes interne mål.

11.2.2 I passer jeres, vi passe vores – eller gør vi?

Fra hospitalspsykiatrisk ledelses side er der en klar tilgang til håndtering af denne dobbeltthed i målene. Som det fremgår af tidligere citat af overlægen på P68 og i Akut-OP på samarbejds mødet, at de har haft en oplevelse, hvor medarbejdere på et andet bosted modarbejdede den farmakologiske behandling. Af citatet fremgår det, at overlægen ikke mener, at PCG skal *blande* sig i den pædagogiske vinkel, og at bostederne ikke skal *blande* sig i den

medicinske vinkel, for det er de ikke udannede til. Denne udtalelse kan tolkes, som en grundlæggende antagelse for, hvordan KE oplever arbejdsfordelingen i forhold til mål.

Dette ser jeg som et udtryk for, at hospitalspsykiatrien forsøger at fokusere på de interne strukturer i organisationerne inden for dette brændpunkt, og jeg tolker det endvidere som et udtryk for, at den grundlæggende antagelse omkring opgavedeling fra P68's side er blevet så indarbejdet i organisationen, at det er gået hen og blevet en del af strukturen. P68 benytter her *forsøg på netværksdominans*, ved at fastholde opgaveløsningen på egne præmisser.

På dette møde blev det også tydeligt at der arbejdes ud fra forskellige tilgange, hvilket gav anledning til følgende spørgsmål fra overlægen på P68:

”Jeg har en enkelt ting i forhold til det med borgere i eget hjem osv. og det med, hvad man accepterer i forhold til eksempelvis, hvor meget der må gro til, og hvor ringe beboeren må have det i eget hjem, hvor der trods alt er døgnbemanding, og man ved, at en kommune betaler en million om året? Det synes jeg nogle gange er lidt svært for os at accepterer, at man har den holdning, at det er eget hjem, så man lukker døren ind til, og så må det ligesom gå sin skæve gang. Det er ikke så tit det sker, men der har været nogle enkelte gange, hvor vi har tænkt, ”åhh” kunne man ikke skubbe lidt mere på, eller konkludere at så er patientens tilstand så ringe, at så må de jo indlægges – gribe ind tidligere.” (Citat af overlæge, P68 og Akut-OP)

Her bliver det tydeligt at strukturerne på i de forskellige organisationer også bærer præg af nogle udefra kommende faktorer såsom lovgivning, altså om der arbejdes efter en psykiatrilov eller en servicelov, hvor mulighederne for at gribe ind uden beboerens/patientens ønske, stiller organisationerne vidt forskelligt. I denne diskussion på mødet blev der trukket tydelige retningslinjer op i forhold til, at botilbuddene ikke ønsker at *lukke døren*, men at beboerne rent faktisk bor i eget hjem og har rettigheder herefter. Men samme problematik kom frem i flere interview på P68, hvor en af deres beklagelser over samarbejdet med KE gik på, at de nogle gange lod deres beboere indlægges for sent. Dette giver igen anledning til at se på denne dobbelthed i målene ud fra et strukturelt synspunkt. Når en beboer får det dårligt, er det en opfattelse på P68, at jo hurtigere patienten bliver indlagt, jo hurtigere kan de komme i gang med behandling, og jo hurtigere kan de igen udskrives. KE's mål stiller dem anderledes i den forstand, at hvis de kan undgå, en indlæggelse, kan de eksempelvis undgå, at patienten bliver øget i medicin og dermed undgå at det bliver sværere for dem at arbejde med deres mål, og de kan på den måde hurtigere opnå de interne mål.

Endvidere kan det endnu engang konkluderes, at PCG benytter strategien *netværksdominans*, da lægen i første omgang pointerer, at botilbuddene og PCG ikke skal *blande* sig i hinandens arbejde, og så alligevel går ind og kommer med anvisninger, der kan tolkes som et forsøg på alligevel at få indflydelse på, hvordan der arbejdes på botilbuddene. Der kunne i den forbindelse forventes at komme nogle reaktioner fra nogle af bostederne på denne udtalelse, da den skaber nogle ulige forhold i forhold til opgaveafgrænsning, men dette var ikke tilfældet, og det er derfor ikke i denne sammenhæng muligt at konkludere, hvorvidt beskyttelsesstrategien her medfører en dysfunktion.

11.2.3 Konflikter – øget ansvar eller isolation?

De uoverensstemmende strukturer og kulturer inden for dette brændpunkt må nødvendigvis have betydning for processerne i netværket. Den interaktion, der finder sted, eller i nogle tilfælde manglende interaktion, eksempelvis når KE undlader at lade en borger indlægge, fordi de vurderer, at de kan takle en muligvis kritisk situation i eget regi, eller når P68 benytter deres rolle som den stærke part i netværket og ikke involverer KE trods deres viden om beboeren, må have betydning for samarbejdets karakter. Det kan tolkes, som at målene ikke bliver inddraget i interaktionen, og det kan dermed føre nogle *dysfunktionelle konflikter* med sig.

Det kan undre hvordan det med så uforenelige mål, alligevel kan lade sig gøre for KE og P68 at udføre hver deres opgaver. Her er det interessant at se nærmere på KE's måde at agere i den udadtil *dysfunktionelle konflikt*, der er lagt op til når P68 fortæller KE hvordan de skal arbejde, eller når KE undlader at indlægge beboere. Poul (KE) fortæller således:

"Det positive er, at der kræves mere af os, at der kræves mere ansvar, og at vi tager stilling. Jeg er blevet langt mere villig til at tage ansvar på mig, end jeg var tidligere, også i forhold til at jeg ikke altid synes, at det giver mening, at man kun er indlagt en eller to dage. Jeg føler ikke at den løsning, er så meget bedre, end det jeg kan tilbyde. Grænsen for behov for indlæggelse har rykket sig med kortere indlæggelsestider. Hvis de er her så slipper man for de afbrudte forløb, og dermed tror jeg, at man når længere med den enkelte." (Citat af Poul, KE)

Dette kan tolkes som et forsøg fra KE's side på at benytte beskyttelsesstrategien *sehforsyning* til at gøre en mulig konflikt til en *funktionel konflikt* ved at reducere afhængigheden til de andre organisationer og klare opgaverne selv og ved at fokusere på intern positiv udvikling til trods for *dysfunktionelle manifesterede målkonflikter* i det interorganisatoriske netværk.

Det som bliver vendt til en funktionel konflikt af KE, men dog stadig en konflikt, som har givet anledning til frustrationer, hvilket er kommet til udtryk i tidligere citater, opleves i Akut-OP snarere som et brugbart resultat af de accelererede patientforløb, og den interaktion disse har medført til. Ingeborg forklarer således:

"Det gode er, at de [KE] er blevet meget bedre til at mestre symptomerne ude i egen lejlighed. Det vil sige, at forhen hvis de havde en lille forværring af tilstanden f.eks. var mere bøllesballucinerede, at de nu er bedre til at bruge afledningsstrategier at bede om p.n., eller personalet sørger, for at de får p.n. sådan, at de faktisk ikke behøver at blive indlagt så hyppigt længere." (Citat af Ingeborg, Akut-OP)

Det at KE her benytter beskyttelsesstrategien *selvforsyning* kommer ikke i sig selv til udtryk som et problematisk aspekt i denne sammenhæng, der er ikke noget, der peger direkte på, at det medfører dysfunktioner. Tværtimod opleves det af Akut-OP som en positiv følge ved de accelererede patientforløb. Der er dog stadig ifølge teorien risiko for, at opgaveløsningen bliver snæver, og at KE varetager nogle opgaver, som Akut-OP eller P68 ville være mere kompetente til.

I citatet fremgår også en uoverensstemmende oplevelse, hvis PCG ses som et samlet hele i hospitalspsykiatrien. Akut-OP oplever ikke, at beboerne *behøver at blive indlagt så hyppigt længere*, hvilket ikke er i overensstemmelse med tidligere oplevelser af, at accelererede patientforløb har medført flere, men kortere indlæggelser. Jeg tolker dette, som et udtryk for at alle interviewpersonerne taler ud fra individuelle forståelseshorisonter, og de har derfor meget forskellige oplevelser af både dele og helhed i den psykiatriske behandling, hvilket i nogle situationer kan øge forståelsen af de meget forskellige oplevelser af samme situation. Dette gør sig eksempelvis også gælden i forbindelse med de meget forskellige oplevelser af, hvornår det er mest optimalt, at en beboer/patient bliver indlagt.

11.2.4 Delkonklusion

Ud fra ovenstående kan jeg altså inden for dette brændpunkt konkludere, at ud fra et

Strukturperspektiv, ser jeg følgende beskyttelsesstrategier/dysfunktioner:

- **Beskyttelsesstrategier:** P68 benytter *netværksdominans* i form af deres medicinan-svar til at opnå deres mål
- **Dysfunktion:** Medfører at KE ikke kan finde en passende position i netværket, da de ikke kan få indflydelse i forhold til opnåelse af mål

- **Beskyttelsesstrategi:** KE benytter *selvforsyning* til at undgå indlæggelse, og dermed lettere kunne opnå egne mål
- **Dysfunktion:** Medfører *isolerede delsystemer* og risiko for utilstrækkelig opgaveløsning

Kulturperspektiv, ser jeg følgende beskyttelsesstrategier/dysfunktioner:

- **Beskyttelsesstrategi:** P68 benytter *netværksdominans* til at undgå at KE *blander* sig, samtidig med at de forsøger at få indflydelse på KE's arbejdsgange, den grundlæggende antagelse som ligger til grund for denne beskyttelsesstrategi, ser jeg også som en del af strukturen i dette brændpunkt
- **Dysfunktion:** Medfører i situationen ikke reaktioner, der kan ses som dysfunktioner

Procesperspektiv, ser jeg følgende beskyttelsesstrategier/dysfunktioner:

- **Beskyttelsesstrategi:** KE benytter *selvforsyning* da de hurtige udskrivelser har givet anledning til en konflikt, som KE har vendt til en funktionel konflikt – de har valgt at påtage sig et større ansvar
- **Dysfunktion:** Det er ikke muligt at spore en direkte dysfunktion på baggrund af denne beskyttelsesstrategi, da den snarere ses af Akut-OP som en positiv effekt af de accelererede patientforløb

11.3 Analyse af 3. brændpunkt: divergerende oplevelse af ressourcer

11.3.1 Et botilbud blandt mange – betydning for stabilitet og regelmæssighed

I det tredje brændpunkt, som omhandler, at personalet i det interorganisatoriske netværk giver udtryk for ikke at opleve forståelse for, hvordan hverdagen internt er struktureret særligt med fokus på de tidsmæssige ressourcer.

Organisationerne har interne strukturer, som er med til at skabe stabilitet og regelmæssighed. I nogle situationer giver de interne strukturer anledning til udfordringer, Anna fra KE fortæller:

"Det er tit vi ikke når at deltage, det handler om kommunikation, nogle gange ringer de og siger at der er udskrivningssamtale på onsdag kl. 10, og de ved, at hver onsdag holder vi møde, så det er rigtig problema-

tisk, at man ikke kan deltage. Nogle gange er beboerne meget sårbare og ved ikke, hvad de skal svare, og vi er lidt deres advokat, når vi er med til de møder.” (Citat af Anna, KE)

Udtalelsen her kan tolkes som et udtryk for frustration over de konsekvenser, det kan have for deres arbejdsgange og for beboerne, at P68 har nogle urealistiske forventninger til deres tidsmæssige ressourcer. Dette kan også tolkes som et udtryk for manglende struktur i det interorganisatoriske netværk, som får konsekvenser for den interne struktur særligt hos KE.

Brændpunktet rummer det aspekt, at når P68 beder KE om at hente deres beboere eller deltage ved læge- eller udskrivningssamtale uden videre varsel, gør de det i videst muligt omfang, selvom det medfører, at den opgave de er i gang med ikke blive løst tilstrækkeligt, eller at det tager ressourcer fra de andre beboere, hvilket kan ses i Pouls citat, om at når P68 ringer, kører KE *skolebussen frem*. Dette kan ud fra de accelererede patientforløb, tolkes som et tiltagende problem, da nogle af beboerne er indlagt af kortere varighed, end de hidtil har været vant til, men oftere.

Ud fra frustrationerne over at KE's mødestruktur ikke respekteres, og at KE i videst muligt omfang kører ind til P68 når de ringer, kan jeg konkludere, at KE her benytter beskyttelsesstrategien *lav profil*, de undlader at markere sig trods store frustrationer over, at det går ud over løsning af andre opgaver. Jeg kan dermed konkludere, at beskyttelsesstrategien medfører dysfunktioner i form af *uløste eller utilfredsstillende løsning* af opgaver og *frustrerede medarbejdere*, da den utilfredsstillende opgaveløsning går ud over andre beboere, som også har behov for støtte.

Samarbejdet kommer på den måde til at have betydning for den stabilitet og regelmæssighed som KE, ifølge det rationelle organisationsperspektiv, er afhængige af for at kunne overleve. Fra P68's side kommer dette primært til udtryk, som manglende kendskab til KE's daglige struktur. Johanne giver udtryk for, at strukturen i dagligdagen på P68 bærer præg af travlhed, og at KE er en af mange samarbejdspartnere *ude i periferien*, og at KE derfor må være *med på beatet*. Her ses det igen, at P68 benytter beskyttelsesstrategien *forsøg på netværksdominans* og dermed deres rolle, som den stærke part i netværket til at presse andre parter til at rette sig efter deres præmisser og dermed fremme deres mulighed for at løse deres opgaver.

P68 bliver, på baggrund af deres struktur og deres mål, nødt til at udskrive patienter, når den akutte tilstand er behandlet af hensyn til, at der kommer nye patienter, som har behov for behandling og sengepladser. I denne sammenhæng kan der ikke altid tages hensyn, til om det eksempelvis er op til en weekend. De konflikter, der kan opstå i denne sammenhæng, kan have tilbøjelighed til at være *manifeste konflikter*, i og med de udspringer af nogle strukturelle åbenlyse vilkår, som kan tolkes som nødvendige for at skabe stabilitet og regelmæssighed hos P68, men som kan være opslidende for samarbejdsrelationerne i det interorganisatoriske netværk.

Ud fra tidligere citater kan det ses, at P68 oplever det som en ressource for samarbejdet, at Akut-OP og KE oftest er fleksible og kan stille op ved behov, eksempelvis Knud der fortæller, at hvis de ringer til KE, så *er de her i løbet af 5 minutter*. Men bevæggrundene for at KE kommer med kort varsel kan tolkes anderledes ud fra KE's perspektiv, hvor de anser det for at være frustrerende, at de uden at være forberedte kan være nødt til at lægge det, de er i gang med fra sig for at køre ind til P68. Men de gør det, da de ser det som deres opgave at være der for deres beboere, når beboeren har behov for det. P68 er endnu engang den *netværksdominerende* part. De ringer og *forventer* at KE kommer, når de har brug for det, men fra KE's side opleves det som *urealistiske forventninger* til strukturerne, og jeg kan på den baggrund konkludere, at der er en dysfunktion. KE har ikke fået tilført flere ressourcer i forbindelse med accelereringen af patientforløbene, men de må altså indordne sig af hensynet til deres beboere, og det giver *frustrerede medarbejdere*.

11.3.2 Grundlæggende antagelser om tidsmæssige ressourcer – forvirring og irritation

I empirien kommer det til udtryk, at der altid har været kultur for i samarbejdet mellem PCG og KE, at KE deltager i videst muligt omfang i lægesamtaler, når beboerne ønsker det, og at KE henter og bringer beboerne til og fra hospitalet i det omfang, beboerne ønsker det. På baggrund af ovenstående analyse er der grundlag for at antage, at nogle beboere indlægges oftere, men af kortere varighed end personalet tidligere har været vant til. Dette kræver flere ressourcer for medarbejderne på KE, hvis de fortsat skal forsøge at løse opgaven på samme niveau som tidligere. Dette kan, ud fra et kulturelt perspektiv, tolkes, som at netværket forsøger at fasholde nogle uhensigtsmæssige antagelser, ved ikke at re-vurdere hvad den faktuelle forandring har af betydninger for opgaveløsningen. Der bliver altså holdt fast i en norm om, hvordan der arbejdes, og det fremgår ikke af empirien, at

medarbejderne på nogle af institutionerne har taget stilling til, om den grundlæggende antagelse er hensigtsmæssig for det interorganisatoriske netværkssamarbejde.

KE oplever, at deres beboere ofte bliver udskrevet op til en weekend, hvilket giver udfordringer, da en beboer, der netop er udskrevet, kræver ekstra opmærksomhed. I særlig grad efter at P68 udskrives hurtigere, og beboernes tilstand er ikke så habituel som tidligere. P68 anerkender, at de til tider kan se sig nødsaget til at udskrive fredag eftermiddag grundet afdelingens behov for at forsøge at opfylde mål om patientgennemstrømning. P68 giver i den forbindelse udtryk, for at de er en akutafdeling i tråd med de accelererede patientforløb – hurtigt ind hurtigt ud – hvilket gør, at der ikke altid kan tages hensyn til, hvornår i ugen en patient udskrives. Knud (P68) udtrykker sig således:

"Meget af det her på en akutafdeling handler om medicin og stabilisering. Alt det andet foregår stort set ude på KE og i de grupper de går i." (Citat af Knud, P68)

Det kan tolkes som en grundlæggende antagelse fra P68's side, som afspejler sig i konkrete erfaringer med, at KE også henter deres beboere fredag eftermiddag, men ikke desto mindre giver det anledning til irritation og urolighed for opgaveløsningen hos KE. KE's struktur tillader ikke, at afsætte en-til-en ressourcer i weekenderne. For P68 handler det om, om patienten er opstartet i medicinsk behandling, og om patienten vurderes klar til udskrivelse, altså at resten af behandlingen kan foregå ambulantly eller i eget hjem. Tidligere var der mulighed for at lade patienterne forblive indlagt, til de var mere habituelle og i højere grad bivirkningsfri. Den mulighed er der ikke længere i takt med de accelererede patientforløb. KE undrer sig over, hvad rationalerne er bag dette. Dette kommer til udtryk da Poul fra KE fortæller:

"Jeg synes ofte, at det er sådan, at der er meget fokus på medicin, og at det ofte skal gå så hurtigt, så det er her-og-nu, løsninger man skal have fat i. Det må være grunden til, at man fokuserer mere på det end på hvorfor, de [beboeren] har det som de har det." (Citat af Poul, KE)

Ud fra ovenstående kan det ses, at P68 har klare forestillinger om hvilke opgaver, der skal foretages hvor, og at der dermed ikke altid kan tages hensyn til samarbejdspartners tidsmæssige ressourcer. P68 benytter her *netværksdominans*, dels fordi de har magten til at udskrive patienter, når de vurderer, at de er udskrivningsklar, og andre har behov for sengepladsen, og dels fordi de har en grundlæggende antagelse, om at KE tager over. Det, at der ikke altid kan tages hensyn til KE's tidsmæssige ressourcer, ses også gennem den dysfunk-

tion, som medfører undring og frustration, hvilket kommer til udtryk i ovenstående citat af Poul, som prøver at forstå, hvorfor P68 handler, som de gør. Herigennem udtrykker han også en oplevelse af at P68 ikke fokuserer på, hvorfor *beboeren har det som de har det*.

I empirien kommer denne undring til udtryk flere gange, men den kommer til udtryk som passiv undring og kan dermed tolkes som lav profil, i og med KE forsøger at hente og bringe, når P68 har brug for det uden at opleve, at de altid har tiden til det. Dette til trods for frustration over P68's *ubensigtsmæssige antagelse* om at de har tiden til det. De forsøger altså at *glide af* og holde *lav profil*, selvom det kan medføre, at andre *opgaver ikke* bliver *løst tilfredsstillende*, i forhold til eksempelvis de andre beboere på KE, som ikke er dårlige og har brug for indlæggelse.

11.3.3 Vilje til at samarbejde eller indbildte forventninger

På baggrund af analysen af det strukturelle og det kulturelle perspektiv i forhold til brændpunktet om divergerende oplevelser af tidsmæssige ressourcer, bliver det tydeligt, at PCG har en oplevelse af, at KE har mere tid, end KE selv har oplevelsen af at have. Dette gælder både i forhold til at sidde og vente en time på at komme til lægesamtale, men også i forhold til at P68 og til dels Akut-OP ser det som en løsning for at undgå indlæggelse, at personalet på KE kan sidde *fast vagt* på en beboer, hvilket ikke er muligt med de ressourcer, KE har i forhold til deres bemanning. Om aftenen og i weekenden er der meget få på arbejde, som Anna giver udtryk for således:

"Eller at man udskriver op til en weekend, og vi er jo lidt skrøbelig op til en weekend, vi er ikke så mange på arbejde." (Citat af Anna, KE)

I dagtimerne er der mange praktiske gøremål og administrative opgaver som skal udføres, så det er ikke muligt at gøre, som P68 og Akut-OP forventer eller ønsker. KE har ud fra deres fortællinger ikke mulighed for at bruge tid på at sidde *fast vagt* eller observere en beboer i længere tid. Akut-OP har nogle gange kunnet komme ud på KE og varetage disse opgaver, men de er ikke på arbejde i aften timerne og weekenderne, så der har de ikke mulighed for at hjælpe til, så løsningen må i nogle tilfælde blive indlæggelse.

Ud fra dette er det muligt at se nærmere på, hvad det betyder for processerne i samarbejdet og særligt den interaktion, der foregår i det interorganisatoriske netværk, når det handler om udfordringer eller konflikter, som udspringer af divergerende oplevelser af tidsmæssige ressourcer. Omfanget af konflikternes størrelse afhænger, ud fra teorien, af afhængigheds-

forholdet. Og som det allerede nu er blevet tydeligt i analysen af dette brændpunkt, er dette forhold ikke ligevægtigt.

Et gennemgående træk i dette brændpunkt er, at P68 er den stærke part i samarbejdet. Ved at benytte beskyttelsesstrategien *netværksdominans*, kan jeg konkludere, at de fastholder opgaveløsningen på deres præmisser og gør sig mindre afhængige af KE, og KE må indordne sig dog uden at kunne finde en passende *rimelig placering* i netværket, hvilket ifølge teorien er opslidende for arbejdsmiljøet på KE, og det medfører altså en dysfunktion. Hermed bliver konflikten også tydeligere set ud fra KE's synspunkt, og den får større betydning for det arbejde de skal udføre. I interaktionen kommer det til udtryk ved, at KE oplever, at der er en divergens i forhold til, hvor meget tid P68, tror at KE har til rådighed, de oplever altså et egentligt problem. I empirien giver P68 ikke udtryk for at være bekendte med, at de er en del af dette problem, selvom de spiller en afgørende rolle i det. På baggrund af ovenstående kan det altså konkluderes, at der er stor opgaveafhængighed, i netværket – en opgaveafhængighed som for det meste kun går den ene vej, hvilket giver anledning til dysfunktionel konflikt.

11.3.4 Delkonklusion

Ud fra ovenstående kan jeg altså inden for dette brændpunkt konkludere, at ud fra et Strukturperspektiv, ser jeg følgende beskyttelsesstrategier/dysfunktioner:

- **Beskyttelsesstrategier:** KE holder *lav profil*, trods utilfredshed med P68's urealistiske forventninger, undlader de at markere sig
- **Dysfunktion:** Medfører at *opgaver ikke løses tilfredsstillende*, får konsekvenser for andre beboere, hvilket medfører *frustrerede medarbejdere*
- **Beskyttelsesstrategier:** P68 benytter *netværksdominans*, de har ikke kendskab til KE's interne strukturer, og KE må følge udviklingen på P68
- **Dysfunktion:** Medfører *manifeste konflikter*, da P68 må sørge for, at der er sengepladser til de borgere, som har det største behov, kan ikke tage hensyn til KE's beemandingssituation eller deres interne mødestruktur, hvilket medfører frustration
- **Beskyttelsesstrategier:** P68 benytter *netværksdominans*, de forventer, at KE kommer, når de ringer, og det skal bemærkes, at det gør KE i videst muligt omfang også
- **Dysfunktion:** Men KE oplever det samtidig som urealistiske forventninger, som medfører frustrationer hos medarbejderne

Kulturperspektiv, ser jeg følgende beskyttelsesstrategier/dysfunktioner:

- **Beskyttelsesstrategier:** P68 beslutter, hvornår en beboer er udskrivningsklar uden at tage hensyn til KE og benytter dermed *forsøg på netværksdominans*
- **Dysfunktion:** Medfører *frustrerede medarbejdere* hos KE over, at der fokuseres mere på hurtig behandling, end hvorfor beboerne har det, som de har det
- **Beskyttelsesstrategier:** KE *glider af* på P68's uhensigtsmæssige antagelse om, at de har tid til at komme, når P68 ringer og holder dermed *lav profil*
- **Dysfunktion:** Medfører *frustrationer* over *utilfredsstillende opgaveløsning* i forhold til andre beboere

Procesperspektiv, ser jeg følgende beskyttelsesstrategier/dysfunktioner:

- **Beskyttelsesstrategier:** P68 benytter *netværksdominans*, opgaveafhængigheden i netværket går primært den ene vej, KE er mere afhængige af P68, end P68 er afhængige af KE
- **Dysfunktion:** KE har svært ved at finde en *rimelig placering* i netværket, hvilket er *opslidende for arbejdsmiljøet*

11.4 Analyse af 4. brændpunkt: Ulige magtforhold

11.4.1 Netværksdominans og lav profil på P68

Som det løbende er blevet tydeligt i undersøgelsen, har PCG en magt, som er manifesteret i et juridisk aspekt, i og med medicin er en væsentlig del af den psykiatriske behandling og det medicinske ansvar og ansvar for udskrivelse er professionsplaceret hos lægen. Den magt kan tolkes som en strukturel præmis, som er med til at øge stabiliteten i organisationen. P68 benytter derfor den oplagte beskyttelsesstrategi *forsøg på netværksdominans*, hvormed de øger effektiviteten og for at opnå den tilsigtede patientgennemstrømning i takt med de accelererede patientforløb.

KE oplever dog, at plejepersonalet på P68 altså sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter benytter beskyttelsesstrategien *lav profil* i forhold til lægen. Denne tolkning bygges på Ruths fortælling om en oplevelse af, at personalerne ikke deltager aktivt og eller stiller kritiske spørgsmål når, det handler om medicin. KE oplever altså, at magten udelukkende

ligger hos lægen, hvilket også bekræftes af Knud fra P68, som under interviewet fortæller, at det altid er et lægeligt ansvar og dermed en lægelig beslutning at udskrive.

Der ses altså et overlap af modstridende beskyttelsesstrategier i denne sammenhæng. Overordnet set ligger magten hos P68 som organisation, så KE's oplevelse af, at plejepersonalet benytter lav profil, får altså ikke nogle konsekvenser for opgaveudførelsen set ud fra P68's synspunkt, men fra KE's synspunkt bliver opgaveudførelsen af en lavere kvalitet, da de oplever at P68's plejepersonale sidder inde med vigtige ressourcer og beskyttelsesstrategien *lav profil* medfører dermed en dysfunktion.

11.4.2 Ulige fordeling af opgaveafhængighed

KE er beboernes hjem, hvor de skal være både før og efter indlæggelse og under behandlingsforløb i Akut-OP. Det betyder, at for at de kan skabe stabilitet og regelmæssighed i hverdagen og forsøge at undgå uhensigtsmæssige forventninger, må de have fokus på beboeren hele tiden både i eget hjem og under indlæggelse. Når en patient udskrives behøver P68 ikke at tage stilling til patienten eller samarbejdspartnerne, før patienten eventuelt indlægges igen. Patientens forløb bliver altså afsluttet, og PCG behøver ikke at forholde sig til KE's forventninger. På baggrund af dette kan de strukturelle magtforhold ses som meget ulige, opgaveafhængigheden fra KE's side er stor og konstant, mens den er ganske begrænset hos P68 og Akut-OP.

Fordi KE har behov for at have kontakt til borgeren hele tiden for at kunne udføre deres opgave, forsøger de at benytte beskyttelsesstrategien, hvor *alle skal være med i alting*, med delvis succes. Anna fra KE beskriver således:

"Samarbejdet og behandlingen synes jeg er meget bedre i forhold til Akut-OP. De er til at komme i kontakt med, de er tilgængelige også over for beboeren, og det er rigtig godt. Vi ville ønske, vi kunne have dem her noget mere. Det er nemmere at få møder igennemovre på afdelingen." (Citat af Anna, KE)

KE har altså en oplevelse af, at det er blevet mere tilgængeligt at få synspunkter igennem på P68, når de går gennem Akut-OP, på den måde oplever de altså, at de kan få mere indflydelse på behandlingen. P68 er bekendte med KE's ønske om at mødes mere, men Ellen fra P68 beskriver således:

”Nogle gange vil de gerne have man holder store møder, hvor vi har sagt, at vi er det akutte, og så blander vi os ikke i alt det andet, men vi skal selvfølgelig vide, hvad der bliver arbejdet med.” (Citat af Ellen, P68)

Ud fra dette kan det tolkes, at den grundlæggende antagelse om ikke at *blande* sig i hinandens arbejde, der er blevet en del af strukturen, benyttes til at afværge KE's strategi om, at *alle skal være med i alt* med beskyttelsesstrategien *netværksdominans*. For P68 og Akut-OP vil det være forbundet med for *hoje koordineringsomkostninger* at skulle samarbejde så intensivt med alle botilbuddene, de samarbejder med. På den måde udnytter de deres magtposition til at fremme effektiviteten i forhold til udførelse af egne opgaver og opnåelse af egne mål.

11.4.3 Gamle antagelser – ikke længere reel mulighed

Som nævnt i indkredsningen af brændpunktet, er det ikke et nyt aspekt i psykiatrien, at medicinansvaret er placeret hos lægen. Det har altså hele tiden været en indlejret del af kulturen, at der er denne ulige magtfordeling. Det interessante for analysen er dermed, om indførelsen af de accelererede patientforløb har rykket noget ved den ulige magtbalance.

Ruth fra KE beskriver, at hun tidligere oplevede, at der blev arrangeret udskrivningssamtaler. Det er der langt fra altid tid til i dag, hvilket viser sig i forbindelse med frustrationerne fra KE's side over at blive ringet op, når deres beboere allerede er udskrevet. Det er ikke muligt at konkludere, at det direkte udspringer af de accelererede patientforløb, der kan naturligvis også være mange andre årsager til dette. Men umiddelbart er der i hvert fald noget, der tyder på, at de accelererede patientforløb har haft en indflydelse på, at P68 i høj grad benytter *netværksdominans* for at opnå denne ønskede patientgennemstrømning i afdelingen.

De grundlæggende antagelser, KE tidligere havde om samarbejdet i det interorganisatoriske netværk i forbindelse med udskrivelse, har de altså været nødt til at revurdere. Det kan eksempelvis ses i Ruths udtalelse:

”Tidligere var det længere indlæggelser op til 14 dage og gerne længere, og der var som regel to samtaler. En hvor man sad med kontaktperson fra afdelingen, beboeren og psykiateren, hvor man talte om, hvad perspektivet var og hvad skal der til for at blive udskrevet. Og så til sidst en samtale, som kun handlede om udskrivelse. Siden da har jeg ofte oplevet, at vi bliver ringet op enten af beboeren selv, ”kan du komme at hente mig, for jeg er blevet udskrevet”, eller også får vi besked fra personalet [på P68] om, at psykiateren har udskrevet en beboer, som gerne vil hentes.” (Citat af Ruth, KE)

Dette citat kan tolkes som en frustration over, at P68 har benyttet *netværksdominans*, og at de bliver kontaktet efter, at en beslutning om udskrivelse er truffet, uden at de har været involveret. Det er tydeligt, at det er frustrerende for medarbejderne på KE, men hvorvidt det kan ses som en direkte dysfunktion altså en faretruende udviklingstendens for udførelsen af den samlede sociale indsats, fremgår ikke af empirien.

11.4.4 Uformelle kommandoveje

Som beskrevet i ovenstående afsnit om ”Ulige fordeling af opgaveafhængighed” forsøger KE at benytte strategien, *alle skal være med i alting* med delvis succes, fordi de har fået mulighed for at kommunikere via Akut-OP. Der er en oplevelse af, at dette har lettet samarbejdet til P68, at Akut-OP er kommet ind i billedet. KE forsøger altså her at interagere med P68 via Akut-OP og benytter her beskyttelsesstrategien *uformelle kommandoveje* for at opnå noget på P68, eksempelvis et møde.

Det skal her nævnes, at den formelle kommandovej hovedsageligt foregår ved, at en kontaktperson i en organisation kontakter en kontaktperson i anden organisation om den konkrete situation. Der er altså rimelig let adgang til de formelle kommandoveje i det almindelige arbejde – der kan dog være undtagelser i forhold til større samarbejdsudfordringer, eksempelvis Ruth der fortæller, at de har appelleret til deres temaleder, at han bringer problemstillingen om tidlig udskrivelse af debutanterne, op på højere niveau, som er det halvårslige samarbejds møde jf. samarbejdsaftalen.

I empirien er der intet der tyder på, at brug af uformelle kommandoveje i denne situation har medført dysfunktioner, da det ikke er muligt at opspore udtalelser, der viser, at det har medført skjulte aktiviteter. Men det skal igen også bemærkes, at beskyttelsesstrategien i et vist omfang afværges af P68’s brug af *netværksdominans*.

11.4.5 Delkonklusion

Ud fra ovenstående kan jeg altså inden for dette brændpunkt konkludere, at ud fra et Strukturperspektiv, ser jeg følgende beskyttelsesstrategier/dysfunktioner:

- **Beskyttelsesstrategier:** P68 benytter *netværksdominans* til at opnå den ønskede patientgennemstrømning i kraft af lægens magt, KE oplever, at plejepersonalet benytter *lav profil*

- **Dysfunktion:** Ud fra P68's perspektiv medfører det ikke dysfunktioner, da de har mulighed for at løse deres opgaver ud fra deres interne strukturer, men for KE betyder det *lavere kvalitet i opgaveløsningen*, og beskyttelsesstrategien *lav profil*, da den *blokkerer for vigtige ressourcer* hos plejepersonalet
- **Beskyttelsesstrategier:** KE forsøger at benytte beskyttelsesstrategien, *alle skal være med i alting*, som bliver afværget af P68 ved at benytte *netværksdominans*, ved at tydeliggøre at de kun tager sig af den akutte tilstand
- **Dysfunktion:** P68 benytter beskyttelsesstrategien for at undgå dysfunktionen *for høje koordinationsomkostninger*, det fremgår ikke tydeligt af empirien, hvorvidt denne beskyttelsesstrategi medfører *frustrerede medarbejdere* på KE

Kulturperspektiv, ser jeg følgende beskyttelsesstrategier/dysfunktioner:

- **Beskyttelsesstrategier:** P68 benytter sin stærke position i til at udføre *netværksdominans*, for at fremme opgaveløsningen og opnå den ønskede patientgennemstrømning
- **Dysfunktion:** KE har været nødt til at revurdere deres grundlæggende antagelser om magtforhold, hvilket kommer til udtryk i frustrerede medarbejdere, men hvorvidt det har medført en egentlig dysfunktion fremgår ikke af empirien

Procesperspektiv, ser jeg følgende beskyttelsesstrategier/dysfunktioner:

- **Beskyttelsesstrategier:** KE forsøger at benytte *uformelle kommandoveje*, at få møder igennem på P68 via Akut-OP
- **Dysfunktion:** Der er ingen tegn i empirien på, at beskyttelsesstrategien medfører dysfunktioner i form af *skjulte aktiviteter*, men i et vist omfang afværges KE's beskyttelsesstrategi også af P68's beskyttelsesstrategi *netværksdominans*

12 Konklusion

Formålet med denne undersøgelse er at opnå indsigt og forståelse af de accelererede patientforløbs betydning for de organisatoriske grænseflader i samarbejdet mellem hospitalspsykiatri og psykiatrisk botilbud. For at opnå dette var det først nødvendigt at undersøge, hvorvidt der er udfordringer i samarbejdet, som i et vist omfang kan kobles sammen med

de accelererede patientforløb. Det er der, og det viser sig, at især inden for disse områder kunne jeg identificere kritiske samarbejdsrelationer – eller brændpunkter:

1. Forskellige syn på teknologi – medicin
2. Uoverensstemmelse af mål
3. Divergerende oplevelser af tidsmæssige ressourcer
4. Ulige magtforhold

Herefter blev det muligt, ved hjælp af mit teoretiske analyseapparat om beskyttelsesstrategier og dysfunktioner set ud fra et strukturelt, kulturelt og processuelt perspektiv, at komme nærmere en forståelse af udfordringernes betydning for samarbejdet.

I det følgende vil jeg konkludere på, hvad de accelererede patientforløb har betydet for samarbejdet mellem hospitalspsykiatri (P68 og Akut-OP) og socialpsykiatrisk botilbud (KE) ud fra de fire brændpunkter.

12.1 Den medicinske tilgang som brændpunkt

De accelererede patientforløb har betydet, at patienter udskrives hurtigere end tidligere, det har bl.a. medført at medicineringen starter hurtigere, og at nogle har en oplevelse af, at der gives medicin i højere doser end tidligere.

Når det handler om medicin, bliver det tydeligt, at hospitalspsykiatrien er den stærke part i netværket. Dette kommer til udtryk inden for både struktur-, kultur- og procesperspektivet, hvor det kan konkluderes, at de benytter netværksdominans til at få KE til at følge med deres udvikling og i kraft af, at medicinsansvaret er professionsbundet hos lægen. Stabiliteten og opgaveafgrænsningen er blevet øget på P68, men det har medført nogle urealistiske forventninger hos KE i forhold til hvad de tidligere kunne forvente af den medicinske behandling, når en beboer var indlagt, hvilket kan være opslidende på arbejdsmiljøet.

Disse urealistiske forventninger kommer bl.a. til udtryk gennem KE's medarbejders frustration over ikke at blive lyttet til og taget med på råd, når det handler om beboernes medicin. Dette får også konsekvenser for interaktionen set ud fra et procesperspektiv, hvor jeg kan konkludere, at KE benytter beskyttelsesstrategien lav profil. De oplever, at de prøver at gøre opmærksom på deres viden om, hvad medicinen gør ved beboerne, men de markerer sig ikke i et sådan omfang, at de oplever, at det får betydning for anvendelsen af den medicinske teknologi. Dette ses bl.a. i form af frustrerede medarbejdere, der oplever, at den

medicinske udvikling har betydning for, at KE ikke altid kan løse deres interne opgaver tilfredsstillende.

12.2 Uforenelige mål som brændpunkt

De accelererede patientforløb fremstår tydeligt i både P68 og Akut-OP's mål. P68's mål er at behandle symptomer med henblik på hurtigst mulig udskrivelse, og Akut-OP ser sig selv som en forlængelse af indlæggelsen, oprettet i forbindelse med de accelererede patientforløb med henblik på fastholdelse af medicinsk behandling. Ud fra disse to målsætninger kan det konkluderes, at der opstår udfordringer, når de skal samarbejde med KE, hvor målet fastsættes ud fra beboerens mål.

Disse mål er langt fra altid kompatible, og det medfører, at P68 også her inden for både struktur- og kulturperspektivet udnytter deres position i netværket som den stærke part og benytter netværksdominans. Dette kan konkluderes ud fra, at P68 benytter den magt, som følger med medicinansvaret til at fastholde opgaveløsning på deres præmisser for at øge effektiviteten og opnå deres mål. Eller ud fra det aspekt, at P68 har formået at gøre en grundlæggende antagelse om, at organisationerne ikke blander sig i hinandens arbejde til et strukturelt vilkår i samarbejdet.

Det kan endvidere konkluderes, at KE i denne sammenhæng har svært ved at finde deres plads i netværket og i forlængelse heraf benytter selvforsyning ved at forsøge at undgå indlæggelse af beboere. Dette kan ifølge teorien medføre utilstrækkelig opgaveløsning i nogle tilfælde. Men det kan konkluderes ud fra et processuelt perspektiv, at det ikke altid er tilfældet. Akut-OP og KE selv oplever, at KE udnytter en konflikt, som opstår i forbindelse med uforenelige mål, funktionelt, ved at påtage sig et ansvar for deres beboere, som de ikke gjorde tidligere, og det kan altså her ses som en positiv effekt af de accelererede patientforløb.

12.3 Forskellige oplevelser af tidsmæssige ressourcer som brændpunkt

De accelererede patientforløb har medført, at KE's beboere udskrives hurtigere end tidligere, og at nogle af dem har behov for flere af de korte indlæggelser. KE forsøger i videst muligt omfang at hente og bringe deres beboere, når beboeren har behov for det, samt at deltage ved lægesamtaler.

Det er endnu engang muligt at konkludere, at P68 anvender beskyttelsesstrategien netværksdominans i både strukturelle, kulturelle og processuelle sammenhænge. Det kan konkluderes, at P68 benytter denne strategi gentagne gange for at fastholde opgaveløsningen på egne præmisser, og det gør sig også gældende her. For at P68 kan opnå deres mål, kan de ikke tage hensyn til KE's interne mødestruktur eller bemandingssituationen. Det kan endvidere konkluderes, at P68 er af den grundlæggende antagelse, at KE kommer, når de ringer efter dem.

Lige såvel kan det konkluderes, at KE har den grundlæggende antagelse, at når P68 ringer, kører de ind til deres beboere, i videst muligt omfang, trods store frustrationer over, at det får konsekvenser for løsning af andre opgaver. Den gennemgående strategi, KE benytter inden for dette brændpunkt, er altså lav profil. For selvom det giver anledning til store frustrationer, at de skal køre ind til P68 uden varsel, så gør de det til trods for, at det betyder utilfredsstillende opgaveløsning. Ud fra empirien kan det konkluderes, at KE undlader at markere sig i interaktionen, hvilket betyder, at P68 og Akut-OP ikke er bekendte med de frustrationer, brændpunktet medfører, og at de dermed har nogle urealistiske forventninger til KE's strukturer.

Det kan konkluderes, at de strukturelle ændringer i forhold til indlæggelse og udskrivelse, der er sket på P68, også har medført nogle ændringer i måden, KE må strukturere og tilrettelægge deres arbejde på.

12.4 Ulige magtfordeling som brændpunkt

De accelererede patientforløb har ikke betydning for det juridiske aspekt, at magten til at ordinere medicin er professionsbundet hos lægen. Men i og med Akut-OP, som har fælles læge med P68, er blevet oprettet, kan det konkluderes, at der er sket en magtforskydning i forbindelse med de accelererede patientforløb, da PCG's magt forlænges og rækker ind i beboerens hjem og dermed også får betydning for medarbejderne på KE.

Også her benytter P68 netværksdominans i kraft af lægens magt både inden for strukturelle og kulturelle sammenhænge. KE oplever, at plejepersonalet benytter lav profil over for lægen, men det kan konkluderes, at ud fra P68's perspektiv medfører det ikke dysfunktioner, da det bliver netværksdominans, der bliver den styrende strategi for dem som organisation. For KE betyder det dog lavere kvalitet i opgaveløsningen, i og med plejepersonalet

benytter beskyttelsesstrategien lav profil, og KE dermed oplever, at der bliver blokkeret for nogle vigtige ressourcer hos plejepersonalet.

Endvidere kan det konkluderes, at KE forsøger sig med andre beskyttelsesstrategier for at få en form for indflydelse trods de ulige magtforhold i netværket. En måde at få mere indflydelse på samarbejdet ud fra et strukturelt perspektiv kan være at benytte strategien, alle skal være med til alt, eksempelvis ved store møder. Jeg kan konkludere, at KE forsøger at benytte denne strategi ved hjælp af strategien om brug af uformelle kontakter, altså ved at gå igennem Akut-OP. KE oplever, at dette lykkedes i nogle tilfælde, men på grund af for store koordinationsomkostninger afværger P68 strategien med netværksdominans eksempelvis med den begrundelse, at P68 kun kan varetage den akutte behandling. Der kan dermed konkluderes, at det medfører en dysfunktion i form af frustrerede medarbejdere på KE.

12.5 Opsummering

På baggrund af min undersøgelse af de accelererede patientforløbs betydning for de organisatoriske grænseflade mellem hospitalspsykiatri og psykiatrisk botilbud kan jeg altså i første omgang konkludere, at de accelererede patientforløb har betydning for samarbejdet. For at organisationerne kan udføre deres arbejde med patient/beboer, benytter de forskellige beskyttelsesstrategier. Hospitalspsykiatrien kan konkluderes at være den stærke part i netværket hvilket, som et gennemgående træk i samarbejdet, kommer til udtryk via brugen af netværksdominans. P68 og dels også Akut-OP bruger mange ressourcer på at fastholde opgaveløsningen på egne præmisser for at fremme effektiviteten. KE derimod opnår ikke inden for nogle af de fire brændpunkter at opnå status som den stærke part og for at opnå de mål, de arbejder hen mod benytter de primært strategierne lav profil og selvforsyning. På baggrund af ovenstående analyser kan det konkluderes, at der følger dysfunktioner med disse beskyttelsesstrategier, som får betydning for de organisatoriske grænseflader i samarbejdet. Dysfunktionerne kommer til udtryk på forskellig vis, særligt gennem frustrerede medarbejdere, utilfredsstillende opgaveløsning, isolerede delsystemer og mere eller mindre manifesterede konflikter.

Med udgangspunkt i teorien kan disse dysfunktioner ses som en trussel mod netværket, og jeg kan konkludere at P68, KE og Akut-OP ikke opnår den fulde udnyttelse af det interorganisatoriske netværks muligheder og fordele. Organisationerne udnytter ikke alle ressour-

cer for at øge kompetencegrundlaget i netværket. De udnytter ikke muligheden for større forudsigelighed ved at udveksle information og dermed indsigt i de andre organisationer.

12.6 Det positive

Denne undersøgelse vil efter aftale med de tre deltagende organisationer blive forelagt for praksis, og af hensyn til formidlingen vælger jeg kort afslutningsvist at henlede opmærksomheden på nogle af de positive aspekter, som viste sig i empirien, som sammenstillet med ovenstående vil kunne danne grundlag for refleksioner over praksis i de tre organisationer, samt bidrage til at organisationerne får en øget forståelse for hinanden og samarbejdet i det interorganisatoriske netværk.

Trods fokus i undersøgelsen på svage sider og typiske beklagelser, lagde flere af interviewpersonerne også vægt på, at der er positive sider af samarbejdet, samt at accelererede patientforløb også har haft positiv effekt på nogle aspekter i de organisatoriske grænseflader. Akut-OP lagde eksempelvis vægt på en oplevelse af, at KE er blevet dygtigere til at takle bivirkninger og mestre beboernes symptomer i egen lejlighed, og på KE fremkom der refleksioner over, at det havde medført, at man var mere villig til at tage et ansvar for at handle og tage stilling til beboernes symptomer i forbindelse med forværring. Fra KE blev der endvidere lagt vægt på, at man generelt set var positive overfor Akut-OP og en oplevelse ud fra et konkret eksempel af en *"fantastisk sygeplejerske"* med den begrundelse, at hun virkelig lytter til beboerne. I forhold til P68 gav KE udtryk for, at de overordnet har tillid til det arbejde, de udfører. De anerkender, at der opstår uenigheder, men at de uenigheder også er med til, at de kan komme videre og udvikle sig.

Som det også fremgår af ovenstående brændpunktsanalyse, havde P68 mange rosende ord at sige om KE. Her skal bl.a. fremhæves, at de oplever dem som omstillingsparate, og at de følger med i udviklingen, her i forbindelse med de accelererede patientforløb. Endvidere gav en udtryk for, at hvis hun selv en dag blev syg, var det KE, hun gerne ville bo på, samt en opfordring til at når der laves nye botilbud, bør man tage udgangspunkt i KE. I forhold til Akut-OP gav en fra P68 udtryk for, at afdelingen så dem som en kæmpe ressource, som de ville ønske, de havde haft til rådighed altid.

13 Kvalitetsvurdering

I dette afsnit vil jeg reflektere lidt over min egen praksis i undersøgelsesprocessen samt se retrospektivt på undersøgelsens styrker og svagheder.

Et gennemgående træk for denne undersøgelse er, at jeg har valgt et relativt specifikt teoretisk udgangspunkt. Her tænker jeg på de teoretiske termer: brændpunkter, beskyttelsesstrategier og dysfunktioner, som i kombination med det interorganisatoriske perspektiv, herunder struktur, kultur og proces har været styrende for de fund, jeg har gjort i undersøgelsen. Dette er bl.a. en af undersøgelsens styrker, da det har gjort det muligt med relativt stor præcision at udpege og identificere kritiske samarbejdsrelationer og dermed øge forståelsen af de accelererede patientforløbs betydning for de organisatoriske grænseflader. På baggrund af de præmisser, jeg har opstillet for undersøgelsen, har det altså været muligt at besvare problemformuleringen.

Men jeg er samtidig blevet opmærksom på, at organisationsperspektivet har udelukket analyse af interessante fund i empirien. Her kan bl.a. nævnes at mange af interviewpersonerne lagde stor vægt på, at samarbejdets kvalitet ofte er meget afhængigt af, hvilke medarbejdere de kommer til at arbejde sammen med. Havde jeg valgt et andet perspektiv, som ikke var styret af den rationelle tankegang, hvor det ikke var bl.a. mål og relativt stærke formelle strukturer, der var styrende, men eksempelvis med fokus på interpersonelle relationer, ville det have været muligt at gøre nogle andre fund i empirien samt eksempelvis lave en analyse af ovenstående fund.

Jeg har gennem hele undersøgelsen været meget opmærksom på mit valg af det rationelle organisationsperspektiv, men er først ganske sent i undersøgelsesprocessen blevet opmærksom på, at dette valg muligvis ikke nødvendigvis er truffet så frit som i første omgang antaget, at valget af organisationsperspektiv sandsynligvis udspringer af en forforståelse, som jeg ikke har været bekendt med fra starten. Nemlig en forforståelse som jeg har med mig fra min erfaringsverden, som er opstået i min tid som socialrådgiver i hospitalspsykiatrien, som netop er opbygget over en relativt rationel tankegang, som er styret af formaliserede strukturer, hierarkisk ledelse, hvor organisationen ifølge flere forskere styret af opgaver, målsætninger og teknologi (Ringgaard, 2013). Denne faktor har ikke betydning for undersøgelsens resultater, da analysen er loyal over for det valgte organisationsperspektiv og empirien, men det er en vigtig erkendelse i forhold til min egen forståelseshorisont, at jeg er

blevet opmærksom på at dette i kraft af at min fortid, har været mere styrende for undersøgelsen end hidtil antaget.

Udover at teorirammen har haft betydning for udfaldet af undersøgelsen, er det også relevant at reflektere over kvaliteten af den empiri, jeg har indsamlet. Havde alle interviewpersoner på KE været ansat over en længere årrække, ville empirien have været stærkere. Endvidere kan det have betydning for undersøgelsens udfald, at alle interviewpersoner fra P68 var uddannet social- og sundhedsassistenter, til trods for at plejepersonalet også udgøres af en del sygeplejersker. Når jeg ser tilbage, kan jeg konkludere vigtigheden af at være særligt tydelig i kontakten med de parter, som deltager i en undersøgelse.

Som tidligere nævnt, ville jeg endvidere kunne have styrket mit empiriske datamateriale yderligere ved at lave et eller to gruppeinterview, hvor alle tre organisationer var repræsenteret. På den måde kunne jeg have sikret, at interviewpersonerne havde haft et fælles grundlag at dele erfaringer ud fra, og jeg kunne have sikret gensidige aktørvurderinger af de brændpunkter, som jeg er kommet frem til i analysen.

Til trods for disse kritikpunkter af min egen praksis vurderer jeg dog, at de otte enkeltmandsinterview, har haft flere styrker, der opvejer fravalget af gruppeinterview. Det har under enkeltmandsinterviewene været muligt at komme et niveau dybere ned i interviewpersonernes fortællinger, bl.a. oplevede jeg, at der under interviewene opstod en tillid, som gjorde, at jeg fik nogle vigtige og brugbare informationer, som jeg ikke kunne have fået frem under et gruppeinterview. Jeg vurderer derfor, at mine interview har givet tilstrækkeligt datamateriale af høj kvalitet til at besvare problemformuleringen tilfredsstillende ud fra de teoretiske præmisser, jeg har opstillet.

13.1 Undersøgelsens generaliserbarhed

På baggrund af empirien har det været muligt at skabe en dybere forståelse af betydningen af en ændret målsætning i en organisation og dens betydning for samarbejdet med andre organisationer. Ud fra viden fra teorien organisationer og i særdeleshed offentlige organisationer og ud fra mine empiriske data er det blevet muligt at sige noget om, hvilke organisatoriske områder det kan give anledning til udfordringer, og hvilken betydning disse udfordringer får, når organisationer skal samarbejde. Det vil sige, at undersøgelsen lever op til kriteriet om, at resultater opnået i en kontekst velbegrunderet kan overføres til andre lignende kontekster, og jeg har derfor ikke blot fået en øget forståelse for samarbejdet mellem P68,

Akut-OP og KE, men også en mere grundlæggende indsigt i organisatoriske grænseflader i samarbejdsconflikter.

14 Perspektivering

På baggrund af denne undersøgelse er jeg nu kommet nærmere en forståelse af hvilke konflikter, som de accelererede patientforløb har givet anledning til, samt en forståelse af, hvad det betyder for de interorganisatoriske grænseflader i psykiatrien. Men hvad kan denne øgede forståelse eller nye forståelseshorisont så bruges til?

Den øgede grundlæggende indsigt, jeg har opnået i undersøgelsen, kan tages i betragtning på to niveauer. Dels dens betydning for det daglige samarbejde mellem de tre medvirkende organisationer, samt andre organisationer som indgår lignende samarbejde på praktisk niveau men den øgede indsights betydning kan også tages i betragtning på et videnskabeligt niveau.

14.1 På praksisniveau

På praksisniveau kan undersøgelsen bidrage til, at medarbejdere også kan komme nærmere en forståelse af, hvad accelererede patientforløb har betydet i det daglige samarbejde, og den kan dermed give anledning til at reflektere over egen praksis og dermed skabe ny forståelse. Overordnet set kan denne nye forståelse skabe en bevidsthed omkring det arbejde/samarbejde, de udfører med henblik på, at de i sidste ende skal levere en samlet indsats, som skal hjælpe nogle mennesker med en psykiatrisk lidelse.

Det kan eksempelvis øge bevidsthed af, hvad det betyder for samarbejdet, at de fælles mål ikke er ekspliciterede, hvorfor det eksempelvis kan gøre, at de i deres arbejde bliver frustrerede eller oplever frustration hos samarbejdspartnerne. Det kan skabe dybere forståelse af, at der er nogle ulige magtforhold, som kan have betydning for den indsats, de i fællesskab skal yde overfor en beboer/patient. Skabe en opmærksomhed omkring, hvad de forskellige interne strukturer betyder for eksempelvis meget forskellige oplevelser af tidsmæssige ressourcer, og hvilke strukturer det medfører i samarbejdet. Dels kan det medføre refleksioner over, at der er store forskelle i oplevelserne dels, over at disse forskellige oplevelser har konsekvenser for samarbejdets udfald, som i sidste ende kan få konsekvenser for patienten/beboeren, som kan risikere ikke at modtage den mest optimale behandling. Endvidere kan ud over den øgede bevidsthed sammen med refleksioner over egen praksis medføre en

erkendelse af, hvilken rolle teknologier – her medicin spiller, når organisationer skal samarbejde eksempelvis i forhold til målsætninger i samarbejdet. Dette kan igen føres tilbage til de udfordringer, uoverensstemmelse af mål kan medføre, set i lyset af at målsætningen, i den ene organisation – hurtig indlæggelse, hurtig udskrivelse – pludselig bliver en relativt tydelig målsætning hvilket, får konsekvenser for flere organisationer, uden at de andre parter har nogen indflydelse på ændringen.

I praksis kan det give anledning til nogle refleksioner hos medarbejdere og ledere, som kan medføre nogle diskussioner, som muligvis kan lede til en yderligere øget bevidsthed og en bredere forståelse af de ikke ekspliciterede mål. Det kan eksempelvis anbefales at diskutere de ikke ekspliciterede mål, ikke nødvendigvis med henblik på at opnå et fælles mål, men med henblik på, på baggrund af den øgede forståelse af forskellene at opnå en fælles forståelse af målene for samarbejdet. Det kan endvidere øge bevidstheden af komplicerede og skjulte sider af samarbejdet på tværs af organisationerne og dermed give en dybere forståelse af, hvorfor andre organisationer handler, som de gør. Formålet med denne dybere forståelse i praksis kan eksempelvis være at mindske sandsynlighed for forvirring, irritation og urolighed i forhold til organisationskulturen jf. Schein (jf. side 34).

På baggrund af undersøgelsens generaliserbarhed kan andre lignende institutioner endvidere bruge undersøgelsen til at blive klogere på de udfordringer, samarbejde på tværs af offentlige organisationer, som danner interorganisatoriske netværk, medfører.

14.1.1 Anbefalinger

På baggrund af ovenstående lyder følgende anbefalinger til praksis:

- Drøfte interne og fælles mål for samarbejdet
- Øge kendskabet til samarbejdspartners interne strukturelle vilkår – herunder få øget forståelse for bl.a. tidsmæssige ressourcer
- Italesættelse af de ulige magtforhold og deres betydning da der er risiko for *sehforstyrning*, som kan få konsekvenser for beboer/patient
- Drøfte forskellige opfattelser af bivirkninger vs. symptomer – få kendskab til samarbejdspartners synspunkter
- Øge fokus på meget forskellige interne strukturer, kulturer og processer – intet kan derfor tages for givet i det interorganisatoriske netværks strukturer og kulturer og processer

14.2 På videnskabeligt niveau

Som jeg har argumenteret, kan undersøgelsen, på baggrund af sin generaliserbarhed også give en øget forståelse af organisatoriske ændrings betydning for grænseflader i et bredere perspektiv. Den kan på baggrund af teorien og empirien benyttes til at opnå en bredere forståelse af, hvordan offentlige organisationer fungerer, og hvilke områder inden for samarbejde på tværs af organisationer der særligt giver anledning til kritiske samarbejdsrelationer og fortættede frustrationer blandt medarbejdere.

Undersøgelsen kan altså overføres på andre lignende offentlige organisationer, som skal samarbejde, da det også vil være sandsynligt, at deres interne mål er så forskellige, at det ikke har fælles ekspliciterede mål i det interorganisatoriske netværk, de agerer i. Det er endvidere sandsynligt, at en af organisationerne i netværket er mere magtfuld end andre, samt at deres syn på teknologi og oplevelse af ressourcer ikke stemmer overens. Undersøgelsen kan dermed ses som et lille bidrag til en bredere forståelse af udfordringer i interorganisatoriske netværk og give anledning til refleksion.

I undersøgelsen har jeg benyttet nogle specifikke værktøjer til at opnå bredere forståelse af den organisatoriske ændrings betydning for organisatoriske grænseflader, altså brændpunkter, beskyttelsesstrategier/dysfunktioner og de organisatoriske begreber struktur, kultur og proces set i et interorganisatorisk perspektiv. Som tidligere nævnt har det også medført nogle begrænsninger, som har gjort, at visse fund i empirien ikke er blevet behandlet. På den baggrund har empirien givet anledning til nogle nye teser, som både fra et praktisk og et videnskabeligt synspunkt vil være relevant at undersøge yderligere. Bl.a. det tidligere nævnte eksempel om de interpersonelle relationers betydning for udførelsen af det sociale arbejde. Endvidere kan det ses ud af den empiri, som er præsenteret i undersøgelsen, at der benyttes forskellige sprog på tværs af organisatoriske grænser og faggrænser. Det kunne give anledning til en undersøgelse af de diskursive udfordrings betydning for den sociale indsats i et tværorganisatorisk eller tværprofessionelt perspektiv.

15 Litteraturliste

15.1 Artikler

Buse, Torben & Dalsgaard, Camilla (2012): *"Besparelser er kun den halve sandhed"*, KORA, Danske Kommuner, no. 32, 2012, side 34

Hutters, Lars et al. (2006): *"Debat: Nedsættelser: Velfærd koster"* Politikken, 17. maj 2006, side 7

Johannesen, Karin et al. (2012): *"Psykisk syge skal hjælpes rigtigt"* Jyllands-Posten, 25. februar 2012, Debat side 25

Jessen, Bodil & Pedersen, Flemming Steen (2003): *"Konsekvens: Denne gang kommer ulven"* Berlingske, 24. april 2003, 1. sektion side 4

Kistrup, Morten et al. (2009): *"Sektorsamarbejde i psykiatrien"* Ugeskrift for læger, 23. november 2009

Olsen, Henning (2003): *"Kvalitative analyser og kvalitets sikring"*, Sociologisk Forskning, nr. 1, 68-103

"PsykiatriNyt, særnummer: Virksomhedsplan 2011" (2011): Region Hovedstadens Psykiatri

Ringgaard, Anne (2013): *"Forskere: Hospitaler og psykiatri behandler patienter for overfladisk"*, www.videnskab.dk, 22. maj 2013

Santarelli, Anita (2011): *"Intensive og kortere forløb, Hurtigere ind – hurtigere ud"*, Psykiatrinyt april 2011

Suenson, Munthe (2012): *"Ti gode grunde til at psykiatrien har brug for flere senge"*, Dagens Medicin, 14. marts 2012

"Virksomhedsplan 2013 Region Hovedstadens psykiatri" (2013): Region Hovedstadens Psykiatri, januar 2013

15.2 Bøger

Bakka, Jørgen Frode & Fivelsdal, Egil (2004): *"Organisationsteori – Struktur, kultur, proces"*, Handelshøjskolens forlag, 4. udgave

- Bømler, Tina** (2008): *"Sociale organisationer i en omstillingstid"* Hans Reitzels Forlag, København, 3. udgave 1. oplag
- Eplov, Lene et al.** (2010): *"Psykiatrisk & Psykosocial rehabilitering"*, Munkgaard, København
- Gustafsson, Jeppe & Seemann, Janne** (1988): *"Foranstaltninger set på tværs – en brændpunktsanalyse"*, i: Ole B. Jensen (red.), *"Helhedsveje"*, Aalborg Universitet, ALFUFF
- Hasenfeld, Yeheskel** (2003): *"Mennesket som råstof"*, Forlaget KLIM, Århus
- Højberg, Henriette** (2004): *"Hermeneutik"*, i: Fulgsang, L. & P. B. Olsen (red.): *"Videnskabsteori i Samfundsvidenskaberne"*, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg
- Jacobsen, Michael Hviid** (2007): *"Adaptiv teori – den tredje vej til viden"*, i: Antoft, Rasmus; Jacobsen, Michael Hviid; Jørgensen, Anja & Kristiansen, Søren (red.), *"Håndværk og Horisonter – tradition og nytænkning i kvalitativ metode"* Syddansk Universitetsforlag
- Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik, Jan** (2002): *"Hvordan organisationer fungerer – Indføring i organisation og ledelse"*, Hans Reitzels Forlag, København
- Juul, Søren** (2012): *"Hermeneutik"*, i: *"Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori – en Indføring"*, Hans Reitzels Forlag
- Kvale, Steinar** (2007): *"InterView"*, Hans Reitzels Forlag, København, 1. udgave 14. oplag
- Lauvås, Kirsti & Lauvås, Per** (2004): *"Tverrfagligt samarbejde"*, Forlaget KLIM, Århus, 1. udgave, 3. oplag
- Nyhehn, Børre** (1996): *"Organisasjonsteori, Kritiske analyser og refleksjoner"* Oslo, Kolle Forlag, Kapitel 13
- Schein, Edgar H.** (1994): *"Organisationskultur og ledelse"*, Forlaget Valmuen, København, 2. udgave
- Seemann, Janne** (2008): *"Interorganisatorisk Perspektiv"*, i: Bømler, Tina (red.), *"Sociale organisationer i en omstillingstid"* Hans Reitzels Forlag, København, 3. udgave 1. oplag
- Seemann, Janne** (1999): *Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk"*, i: Borum m.fl. (red) *"Når styringsambitioner møder praksis"*, Handelshøjskolens forlag

15.3 Hjemmesider

Kløverengens hjemmeside set d. 30.6.2013:

www.kloeverengen.dk

Region Hovedstadens Psykiatri, Pjece: *"Velkommen til afsnit P68"* fra Regionhovedstadens hjemmeside set d. 27.2.2013:

http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/F1B20ADA-3B81-416C-BB60-9689C8CF09E9/0/Indstik_Afsnit68_Version5.pdf

Region Hovedstadens Psykiatri, *"Visioner for fremtidens psykiatri"* set d. 14.3.2013:

<http://www.psykiatri-regionh.dk/topmenu/Om+Region+Hovedstadens+Psykiatri/Fremtidens+Psykiatri/Visioner+for+fremtidens+Psykiatri/>

"Samarbejdsaftale mellem Psykiatrisk Center Glostrup og Botilbuddet Kløverengen" (2010): set d. 2.2.2013:

http://www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/E7B303F3-3D14-41CB-91B2-6CF70E00D617/0/Samarbejdsaftale_Kloeverengen_Ishoej_Kommune_og_PsykiatriskCenterGlostrup20112014.pdf

Servicestyrelsen, *"Om socialpsykiatri"* set d. 14.3.2013:

http://www.servicestyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/om_socialpsykiatri

Statsministeriet, Kvalitet i den offentlige sektor: *"Fakta om accelererede patientforløb"*, sekretariatet for ministerudvalget, marts 2007, set d. 14.3.2013:

http://www.stm.dk/multimedia/Faktabilag_accelererede_patientforloeb.pdf

15.4 Rapporter

Bengtsson, Steen (2011): *"Danmark venter stadig på sin psykiatireform – et rids af udviklingen de seneste årtier"* København, SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

Johansen, Katrine Schepelern; Larsen, Jessica & Nielsen, Ann (2012): *"Tværsektorielt samarbejde i psykiatrien – Videns- og erfaringsopsamling"* København, KORA – Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

Seemann, Janne & Antoft, Rasmus (2002): *"Shared Care – samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus. Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis"*

Wulf-Andersen, Trine & Neidel, Agnete (2009): *"BotilbUD – udfordringer til rehabiliteringsarbejdet i socialpsykiatrien"* Roskilde Universitet, Center for Socialt Entreprenørskab, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning

Økonomi- og udenrigsministeriet (3013): *"Evaluering af kommunalreformen"*

15.5 Andet

"Fælles værdier i indsatsen for mennesker med en sindslidelse" (2005): København, Socialministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet

16 Bilag - Interviewguide

| Overordnet emne: | Belyst ved følgende spørgsmål: | Besvaret således: |
|------------------------------------|---|-------------------|
| 1. Eksempler på samarbejdet | Prøv at tænke på et positivt samarbejdsforløb du har haft. Hvad fungerede godt i forløbet? Hvad var det, der fik det til at fungere godt? | |
| | Prøv at tænke på et forløb der gik mindre godt. Hvad var svært? Hvad fik det til at være svært? | |
| | Hvad kunne du tænke dig at samarbejdsparterne gjorde mere af? | |
| 2. Struktur | Oplever du at patienter/beboere er indlagt kortere tid end tidligere – hvordan oplever du det i dit arbejde? | |
| | Har du erfaret nogen nye udfordringer i samarbejdet i forbindelse med at patienter/beboere er indlagt kortere tid – giv gerne et eksempel? | |
| | Hvordan har den samlede indsats for patienter/beboere ændret sig efter indførelse af accelererede patientforløb – giv gerne et eksempel? | |
| 3. Kultur | Har du oplevet at du har været nødt til at handle anderledes end tidligere, fordi patienter/beboere at være indlagt i kortere tid – hvordan? | |
| | Hvad er dine egne tanker om det? Er det blevet bedre eller værre – hvorfor? | |
| | Har du observeret at tilgangen til patienten/beboeren, hos de andre, er blevet anderledes når patienterne ikke er indlagt så længe? | |
| 4. Proces | Når der opstår uenighed mellem jer og de andre om eksempelvis, hvorvidt en beboer/patient er klar til at blive udskrevet, hvad sker der så – beskriv gerne et forløb? Hvordan fandt i frem til en løsning? Var den tilfredsstillende? Hvad kunne gøre samarbejdet mere tilfredsstillende? | |
| | Har du oplevet konflikter mellem jer og de andre, som du ikke oplevede for 5-10 år siden – giv gerne et eksempel? | |
| | Hvad betyder konflikter i samarbejdet for den samlede indsats overfor patienter/beboere? | |

| | | |
|-----------------------|---|--|
| 5. Mål | Hvad arbejder i på at opnå, altså hvad er dit mål, for en patient der er indlagt (P68) for en patient du har kontakt til (OP-team) beboer på Kløverengen (Kløverengen)? | |
| | Kender du sundhedsaftalerne og de lokale samarbejdsaftaler, og hvordan bliver de brugt i hverdagen? | |
| | Oplever du at det er tydeligt for alle medarbejdere, hvem der har ansvar, for hvilke opgaver i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse af en beboer/patient – hvordan kommer det til udtryk? | |
| 6. Teknologi | Hvor godt tror du de andre kender til dine arbejdsopgaver? Hvorfor tror du det – giv gerne et eksempel? | |
| | Hvilke metoder bruger de andre i arbejdet med patienter/beboere? Er der forskel på hvad de siger de gør og hvad de gør – hvordan? Har det ændret sig? | |
| | Oplever du nogen gange, at du laver opgaver, som du ikke burde lave – hvad eksempel? Hvem burde lave dem? | |
| | Eller laver de andre nogen gang opgaver som du/I i virkeligheden er bedre rustede til? | |
| Afslutningsvis | Er der noget i forhold til samarbejdet som er blevet bedre efter at patientforløbene er accelererede – giv gerne et eksempel? | |
| Andet | Tilføjelser? | |