

Sprogspillenes betydning i
organisationers samarbejde i
sammenhængende patientforløb.

Master i Organisatorisk Coaching

Aalborg Universitet

**Vejleder: Kenneth Mølbjerg
Jørgensen**

Afleveringsdato: 5. Januar 2010

Specialerapport 4. Semester

Rapportens omfang: 191.774

**Rapporten forfattere og
studienummer:**

Maryann Norup Nielsen 20074058

Birthe Ørndrup 20080033

Abstract.

The influence of language games on collaboration between independent organizations on patient treatment.

This is a qualitative study on the communication and collaboration between organizations in the psychiatric health care system on collaborative care.

The political focus in the recent decades has been on developing collaborative care. The goal of this focus is to achieve high patient satisfaction, high quality treatment, and economic efficiency.

The study answers the following questions:

What characterizes the current collaboration between public sectors in psychiatric care?

How can “management based coaching” be a part of developing collaboration between sectors, to establish and coordinate collaborative care for psychiatric patients?

The empirical foundation for the analysis is four interviews with managers and practitioners in the public sector.

The analysis and interpretation are based on Ludwig Wittgensteins theory on language games and on Gergens theory on organizing dialog. The analysis uncovers an unclear management concept and a dilemma between standardization and differentiation of the patient care practices.

”Ledelsesbaseret coaching” by Thorkil Molly-Søholm et al. offers, through organizing dialog, a philosophy on developing a culture of appreciative, enquiring, and co-creating dialog. Further the philosophy offers a management concept that combined with the dialog culture creates a culture where the fundamental goals, artifacts, beliefs, and visions are reflected upon.

Indhold

1.0 Indledning	1
1.1 Formål med og forventninger til undersøgelsen	2
2.0 Uddybning og afgrænsningen af problemstillingen	2
2.1 Sammenhængende patientforløb	3
2.2 Sundhedsaftalerne.....	4
2.3 Udviklingen af behandlingstilbuddet for psykisk syge gennem de senere år	6
2.4 Beskrivelse af problemstillingen.....	8
2.5 Afgræsning af problemstillingen.....	10
2.6 Hypoteser	11
3.0 Problemformulering.....	12
3.1 Præsentation af afhandlingens opbygning og indhold	13
4.0 Valg af teori og metode.....	14
4.1 Valg af undersøgelsesmetode	14
4.2 Interviewguide.....	16
4.3 Fortolkning og analyse af data.....	17
4.4 Valg af teori.	18
5. 0 Begrebsafklaring	21
5.1 Kvalitet og sammenhæng i patientforløbene	21
6.0 Teorifremstilling.....	23
6.1 Præsentation af Ludwig Wittgensteins teori om sprogspil, familielighed, regler, praksis og mening. (Maryann)	23
6.1.1 Sprogspil.....	24
6.1.2 Familielighed.....	27

6.1.3 Regler.....	28
6.1.4 Praksis.....	29
6.1.5 Mening.....	33
6.2. Gergens teori om dialogen. (Birthe).....	34
6.3 Ledelsesbaseret coaching. (Birthe)	36
6.3.1 Funktionskæden.	40
7.0 Præsentation af afhandlingens empiri.....	41
7.1 Empirien fra ledelsesniveau	42
7.1.1 Kommunal visitationschef (Maryann).....	42
7.1.2 Regional chef.....	50
7.1.3 Analytiske fund.	58
7.2 Empirien fra udøverniveau (Birthe).....	60
7.2.1 Bostøtte	60
7.2.2 Distriktssygeplejerske	66
7.2.3 Analytiske fund	74
8.0 Begrebsliggørelse og diskussion af analytiske fund i empirien	76
9.0 Resultater og interventioner	81
9.1 Resultater	81
9.2 Interventioner.....	81
9.3 Anvendelse af ledelsesbaseret coaching i egen praksis.....	85
10.0 Konklusioner	87
11.0 Kritik af metode og teori.....	90
12.0 Perspektiver	92
13.0 Litteraturliste	94
13.1 Artikler og pjecer.....	95

13.2 Nethenvisninger.....	96
Bilag 1. Interviewguide.....	98
Bilag 2. CD med lydoptagelser af fire interviews.....	99

1.0 Indledning.

Denne afhandling handler om samarbejdet mellem det kommunale sociale system og behandlingspsykiatrien i etablering af sammenhængende patientforløb for psykiatriske patienter på tværs af sektorer.

Som forfatterne er vi to sygeplejersker med mere end 25 års erfaring i sundhedssektoren bag os. Vi er begge ansat i på psykiatriske hospitaler i mellemlider stillinger ved behandlingspsykiatrien i region Midtjylland, og har flere års erfaring som ledere. De seneste to år har vi været masterstuderende i læreprocesser med speciale i organisatorisk coaching på Aalborg Universitet, og denne afhandling repræsenterer afslutningen på vores MOC studie.

Vi er som ledere optaget af den store udfordring, det er for hospitalerne og kommunerne at etablere patientforløb, der opleves sammenhængende for patient og professionelle samarbejdspartnere.

I patientens møde med sundhedsvæsenet, som psykiatrien er en del af, har en stor del brug for tilbud fra flere sektorer. Dette betyder, at patienten benytter tilbud fra praktiserende læge, kommunen og regionen i behandlingen af deres sygdom. Det er sektorernes opgave at tilrettelægge disse tilbud på en sådan måde, at de opfylder patientens behandlings- og sociale behov samtidig med, at forløbet er af høj faglig kvalitet og tilrettelagt så økonomisk rationelt som muligt.

Udfordringen med at etablere sammenhængende forløb møder vi i vores daglige praktiske arbejde. Vi præsenteres løbende for kravene og forventningerne til sammenhængende forløb af patienter, pårørende, ledelse og politikere. Der er politisk bevågenhed på området, og det er udpeget som et udviklingsområde.

Der er gennem årene udarbejdet adskillige modeller for samarbejde, hvilket tilsyneladende ikke løser opgaven på tilfredsstillende vis. Den seneste samarbejdsmodel er obligatoriske sundhedsaftaler, som udarbejdes af regionerne og kommunerne i fællesskab.

Denne udfordring fra vores hverdag har ført os frem til at undersøge hvilke faktorer, der kan være på spil i i samarbejdet mellem sektorerne, og hvad der skal til for at udvikle samarbejdet.

1.1 Formål med og forventninger til undersøgelsen

Formålet med og vores forventninger til en undersøgelse af samarbejdet mellem sektorerne er, at den kan give os viden om det nuværende samarbejde.

Gennem kvalitative interviews undersøges og afdækkes samarbejdet med særlig interesse for måden, behandlingspsykiatrien og det kommunale sociale system i region Midtjylland kommunikerer på. Fundene anvendes i vurderingen af, om ledelsesbaseret coaching kan indgå som metode til at udvikle samarbejdet og få sundhedsaftalerne *"rigtig i spil frem for bare at være et papir"*, som en af informanterne udtrykker det.

Vi vil med denne afhandling bidrage til udviklingen af samarbejdet mellem den regionale behandlingspsykiatri og den sociale del af den kommunale sektor i arbejdet med at opnå et mere effektivt forløb for patienterne af høj faglig kvalitet.

Endvidere forventer vi, at elementer af undersøgelsen kan bidrage til udviklingen af området i sundhedsvæsenet på mere generelt niveau, da udviklingen af sammenhængende forløb er et fokusområde i alle områder af sundhedssektoren.

2.0 Uddybning og afgrænsningen af problemstillingen.

Dette afsnit uddyber og afgrænser problemstillingen på den måde, at vi beskriver den kontekst og de sammenhænge, der omgiver og har indflydelse på det fænomen, vi vil undersøge. Vi inddrager egne hypoteser om, hvad der kan være på spil og hvilke interventioner, der kan skabe forandringer. Vi inddrager løbende egen praksis og udtalelser i medierne samt det, vi gennem litteratursøgningen har fundet relevant for problemstillingen.

2.1 Sammenhængende patientforløb.

Sammenhængende patientforløb er en af sundhedsvæsenets store udfordringer. Strukturreformen, der trådte i kraft 1. januar 2007, satte fornyet fokus på sammenhængende patientforløb. Sammen med nedlæggelse af amterne og oprettelse af regionerne og større kommuner, blev en del af de opgaver, der tidligere blev løst af amterne flyttet over i kommunerne. Således også mange opgaver på sundhedsområdet, hvilket betød, at mange medarbejdere fik omdefineret deres opgaver.

Sundhedsstyrelsen beskriver patientforløb som summen af alle de aktiviteter, kontakter og hændelser, som patienter oplever i mødet med sundhedsvæsenet i forbindelse med håndteringen af et givent sundhedsproblem. (Sundhedsstyrelsen, 2002-06).

Vi finder det interessant, at manglende sammenhængende patientforløb uændret er en meget stor udfordring til trods for, at der gennem en årrække har været fokus på at skabe sammenhæng såvel på det psykiatriske som det somatiske område.

I vores hverdag ser vi forskellige resultater af patientforløb. Nogle patientforløb koordineres og forløber til alles tilfredshed, og andre er usammenhængende og medfører frustration for behandlere, patienter og pårørende.

I vellykkede sammenhængende patientforløb, som der trods kritikken også er mange af, præges forløbene af, at en af parterne tager initiativ, at der er et fagligt engagement, at der er forståelse og kommunikation mellem patient og begge sektorer, og at der er en relation mellem de samarbejdende parter. Relationen er karakteristisk på den måde, at der i mange tilfælde er et forudgående personligt kendskab mellem samarbejdspartnerne, måske fra et tidligere samarbejde.

I mindre sammenhængende forløb er der eksempler på, at patienter udskrives før der er etableret kontakt til den opfølgende kommunale del af indsatsen, at patienter indlægges og behandles uden, at der har været kontakt til kommunen

for at efterspørge og indsamle viden fra perioden op til indlæggelsen, hvor den kommunale sektor ofte har været en del af patientens forløb.

Når samarbejdet mellem sektorerne ikke fungerer medfører det manglende kontinuitet og svigt i behandlingen af patientens sygdom samt utryghed for den psykiske syge.

Vi undrer os over, hvad der skal til, for at tilbuddene til de psykiatriske patienter bliver mere sammenhængende og kontinuiteten opretholdes, og at viden om patientens behandling ikke går tabt i overgangene mellem den kommunale sektor og den regionale behandlingspsykiatri. I denne undren indgår overvejelser over, hvad det så er som virker, når forløbet opleves som godt af patienten og de fagprofessionelles.

I forbindelse med den ændrede opgavefordeling i strukturreformen er der indskrevet i den reviderede sundhedslov, at regionsrådene og kommunalbestyrelserne i samarbejde skal indgå sundhedsaftaler. Hensigten med aftalerne er at skabe gennemskuelse for borgere og medarbejdere, således at det fremgår, hvem der har opgaven, og hvordan der samarbejdes mellem region og kommune i løsningen af opgaverne.

2.2 Sundhedsaftalerne.

Sundhedsloven fastsætter kravene for sundhedsvæsenet, blandt andet med henblik på at opfylde behovet for sammenhæng mellem ydelserne, og der hersker ingen tvivl om, at sammenhængende patientforløb er en væsentlig forudsætning for faglig kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet.

En del af de lovpligtige sundhedsaftaler er aftalen om indsatsen for mennesker med sindslidelser. Formålet med sundhedsaftalerne er blandt flere at sikre sammenhæng og koordinering af indsatsen, så patienterne modtager tilbud fra regionen og kommunen, der er sammenhængende og af høj kvalitet.

Sundhedsaftalen er udarbejdet som en generel sundhedsaftale for indsatsen for mennesker med sindslidelser i de enkelte regioner. Med afsæt i den generelle

aftale er der udarbejdet lokale aftaler mellem kommunerne og de forskellige psykiatriske behandlingsområder i regionen.

Intentionen med aftalen er, at arbejdsdelingen i forbindelse med patientens overgange mellem region og kommuner aftales og beskrives på konkret niveau. I den generelle aftale er der en række krav på obligatoriske områder, hvor der er behov for særlig fokus.

Den generelle sundhedsaftale for Region Midtjyllands obligatoriske krav ² omhandler:

"hvordan parterne sikrer koordinering mellem sundhedsfaglige indsats og den socialt faglige indsats, herunder fastlæggelse af hvem, der i en given situation er ansvarlig for at tage et initiativ". (Generel sundhedsaftale for Region Midtjylland. Aftale om indsatsen for mennesker med sindslidelser s. 4).

Arbejdet med at implementere sundhedsaftalerne er aktuelt i gang, men der resterer en del arbejde med at fastlægge og skabe gennemsækelighed i samarbejdet, samt klarlægge opgavernes snitflader mellem regionen og kommunerne på det psykiatriske område.

Sundhedsaftalerne repræsenterer den seneste beskrevne struktur/model for samarbejdet mellem den kommunale sektor og regionen.

I forlængelse af strukturreformen og intentionerne med sundhedsaftalerne har forskellige personer udtalt sig i medierne.

I en artikel bragt i Sygeplejersken² skriver lektor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab Martin Strandberg-Larsen (2006), at der ikke er elementer i strukturreformen, som entydigt kan forbedre vilkårene for sammenhængen i patientforløbene. Han stiller spørgsmål ved, om man kan strukturere sig ud af problemerne med en strukturreform. Hans påstand er, at villigheden til at samarbejde er bundet op på sundhedsfaglig professionalisme,

¹ Den generelle sundhedsaftale er offentlig tilgængelig på regionernes hjemmesider, og de lokale aftaler med kommunerne kan ses på kommunernes hjemmesider.

² Fagblad for sygeplejersker

personligt engagement og en positivt indstillet ledelse. På ledelsesområdet mener han, at det er en forudsætning for at forbedre betingelserne for sammenhæng, at ledelserne prioriterer samarbejdet.

Rigsrevisionen har udarbejdet en rapport, som konkluderer, at 1½ år efter strukturreformen og sundhedslovens ikrafttrædelse, eksisterer der fortsat en række barrierer for et sammenhængende patientforløb. Som gennemgående problem fremhæver Rigsrevisionen manglende viden om hinandens vilkår i sektorerne.

Bent Hansen, formand for Region Midt og Danske Regioner mener ikke, der er grund til bekymring. Han mener, at styrkelse af IT og digitalisering vil løse mange af problemerne og udtaler:

"Vi skal passe på at det hele ikke går op i bureaukrati og i, at man skal snakke og snakke og snakke". (Dagen Medicin 2009)

I vurderingen af effekten af sundhedsaftalerne, må vi dog fremhæve at 1½ år er relativt kort tid til at implementere de forandringerne strukturreformen førte med sig, samt de konkrete samarbejdsaftaler på psykiatriområdet i store organisationer.

Der udtrykkes således forskellige vurderinger af, hvor vidt strukturreformen og udarbejdelsen af sundhedsaftalerne som samarbejdsgrundlag kan indfri intentionerne og formålet om sammenhængende patientforløb.

Sammenfattende kan der udledes af ovenstående udtalelser, at der skal arbejdes den sundhedsfaglige professionalisme, ledelse, kendskab til vilkår på tværs af sektorerne samt udvikling af IT-området.

2.3 Udviklingen af behandlingstilbuddet for psykisk syge gennem de senere år.

I takt med at behandlingen af psykisk syge har ændret sig fra asyl over langvarige hospitalsindlæggelser til korte intensive indlæggelser med efterfølgende fortsættelse af behandling i eget hjem eller ambulante behandling i

lokalpsykiatriske centre, er samarbejdet på tværs af sektorer blevet stadig mere nødvendigt.

Sengepladserne på psykiatriske hospitaler er reduceret væsentligt, og i dag indlægges patienter primært til udredning, diagnosticering og opstart af behandling. Indlagte patienter vurderes løbende med henblik på udskrivelse til fortsat ambulant behandling eller fortsat behandling i hjemmet. Denne udvikling af hjemme- og ambulant behandling øger kompleksiteten i samarbejdet væsentligt set i lyset af, at behandlingen af patientens sygdom i langt flere tilfælde finder sted i patientens eget hjem, og derfor skal behandlingsindsatsen koordineres med kommunens sociale indsats til patienten. Denne koordination varetages af forskellige faggrupper fra hver sin sektor i samarbejde med patient og pårørende.

I psykiatrien i Danmark har tilbuddet til psykisk syge traditionelt været delt på den måde, at hospitalerne har været ansvarlig for den behandlingsmæssige indsats af sygdommen, og kommunerne har haft ansvaret for den sociale indsats til de psykisk syge.

Forsøg med sammenkædning af behandlingen af sygdommen og den sociale indsats i tilbuddene til psykisk syge borgere har været et af de centrale elementer i udviklingen af psykiatrien i Danmark i mere end 20 år. (DSI 2004). Indenfor de sidste 10 år er der udgivet flere rapporter³ om emnet. Man har fokuseret på at udvikle forskellige modeller på baggrund af undersøgelser af eksempelvis lovgivning, økonomi, overenskomster, etik og samarbejde i eksisterende praksis.

³ Eksempler på rapporter: **Social og Sundhedsministeriet** udgav i maj 2001 en rapport om bedre samspil mellem tilbuddene i psykiatrien og socialpsykiatrien, **Amtsrådsforeningen** udgav i februar 2002 en rapport fra udvalget om sammenhængende psykiatri tilbud på tværs af sektorer "sammenhængende psykiatritilbud og mulige barrierer i lovgivningen". **Institut for Sundhedsvæsenet** DSI, udgav en rapport i november 2004 om sammenhæng i tilbuddene til psykisk syge – organisatorisk beskrivelse og økonomisk analyse af udvalgte danske eksempler.

Når vi sammenholder fænomenet samarbejde med de foregående afsnits beskrivelse af konteksten, der omgiver fænomenet, og konklusioner fra andre undersøgelser og udtalelser i medierne kommer vi frem til følgende problemstilling.

2.4 Beskrivelse af problemstillingen.

Mange patienter i det danske sundhedsvæsen oplever et forløb, der går på tværs af almen praksis, sygehus og kommune.

Vi finder det meget aktuelt og fagligt velbegrunderet at fokusere på samarbejdet mellem parterne i etableringen og koordineringen om sammenhængende patientforløb. Det er en del af vores dagligdag. Udfordringen berører de faglige behandlere, ledelser, patienter og pårørende.

Dette område har været i fokus gennem de sidste 20 år, og selvom der er udgivet rapporter og pjecer med anbefalinger, så virker det som om, der forsat er forskellige opfattelser i forståelsen af og koordinationen af indsatsen til patienten. Forståelser, som har indflydelse på samarbejdet mellem sektorerne og som i sidste ende betyder, at patienten ikke får det bedste faglige tilbud.

Dansk Institut for sundhedsvæsen, DSI, udarbejdede i 2004 en rapport "Sammenhæng i tilbuddene for psykisk syge", som er en organisatorisk beskrivelse og økonomisk analyse af udvalgte eksempler af danske eksempler på organisering af sammenhængende forløb. I rapporten konkluderes at:

"de normative og værdimæssige forhold har væsentlig indflydelse og det bliver klart, at sammenhæng ikke blot er noget der skabes gennem strukturer, men noget der skabes af de personer, der er involverede i arbejdet med at stable tilbuddene på benene til de sindslidende i behandlingspsykiatrien, i den sociale sektor eller i en af de tilgrænsende sektorer". (DSI 2004)

Normative og værdimæssige forhold er elementer, der kommer til udtryk i den kommunikation, som er en forudsætning for samarbejde mellem sektorer.

Normative og værdimæssige forhold er udtryk for de holdninger, værdier og normer, som parterne bærer med ind i samarbejdet og som repræsenterer

såvel den organisation, de er en del af, som deres egne personlige erfaringer, værdier og holdninger.

Det lyder fra alle faggrupper, at de hver især vil den psykisk syge det bedste, men som en af informanterne så klart siger i interviewet:

"enhver faggruppe i det danske sundhedsvæsen taler jo om en indsats for den hele patient... at så er det da underligt, at vi har så store bøvlerier med overgangene"

Bøvlerierne kan hænge sammen med intentionerne fra sektorerne, og hvordan disse formidles gennem kommunikation mellem de samarbejdende parter.

Intentionerne har blandt andet afsæt i, at sektorerne har forskellige opgaver og dermed forskellige perspektiver og intentioner. Sygehuspsykiatrien har et behandlerperspektiv. Deres opgave er, at behandle sindssygdom for at lindre og måske helt fjerne symptomer og opnå, at patienten bliver rask. Den sociale psykiatri i kommunerne har som opgave at kompensere for tab af funktioner, som skyldes sindslidelsen for at sikre, at de som borgere for deres grundlæggende sociale rettigheder opfyldt (Adolph, 2000).

Parternes intentioner er også præget af den organisatoriske kontekst, man repræsenterer i samarbejdet. Det betyder, at udtryksformen i samarbejdet omfatter organisationens holdninger og værdier, økonomi og lovgrundlag.

Den helt store udfordring bliver her, hvordan der samarbejdes ud fra disse forskellige intentioner, således at opgaverne bliver løst på en måde, der skaber sammenhæng, mening og kvalitet for de psykisk syge, de fagligt professionelle og pårørende.

Selv om intentionerne fra alle sider er positive og velvillige, så er konklusionen, at der endnu er udfordringer i at etablere sammenhængende forløb ikke blot til psykisk syge, men helt generelt i sundhedssektoren i Danmark.

Problemet er en del af et stort landsdækkende sundhedssystem, hvor der er mange interessenter og faktorer, der påvirker samarbejdet. Vi vil derfor i det

følgende beskrive områder, vi ser som aktuelle, men som vi i denne afhandling ikke fordyber os i.

2.5 Afgræsning af problemstillingen.

Fra erfaringer i egen praksis og gennem arbejdsprocessen med empiri og gennemgang af litteraturen ved vi, at problemstillingen kan ses og belyses fra andre vinkler, end vi har valgt. Mange faktorer har betydning i samarbejdet om sammenhængende forløb til psykisk syge, og de følgende kunne være relevante at medtage i afhandlingen, hvis tiden og omfanget havde tilladt det.

Økonomi og ressourcer er et dagligt diskussionsemne på såvel politisk som organisatorisk niveau. DSI rapporten konkluderer dog, at de juridiske, forvaltningsmæssige og økonomiske forhold spillede en meget lille rolle i forbindelse med skabelse af sammenhæng i tilbuddene, men som tidligere nævnt, at værdier og normer var af væsentlig betydning. I denne afhandling vil vi ikke fordybe os i økonomi og ressourcer, men inddrager elementerne som en del af den organisatoriske kontekst, som informanterne taler ud fra og handler med afsæt i.

Endvidere er den faglige tilgang til opgaven af betydning. Der er forskellige vurderinger af og forslag til den faglige indsats til psykisk syge afhængig af, om man er uddannet sygeplejerske, ergoterapeut, læge, pædagog, sosu-assistent eller socialrådgiver. Alle disse faggrupper og endnu flere kan være involveret i indsatsen til de psykisk syge.

Drøftelser og samarbejde om den faglige tilgang kan eksempelvis være omfattet af dilemmaer som aktørernes uddannelsesniveau, fagkampe, de fagprofessionelles personlig overbevisning, som kan medføre, at arbejdet med den fælles sag, glider i baggrunden.

Formålet med tværfagligt samarbejdet er, at de monofaglige grupper bidrager til behandlingsforløbet med hver deres specialviden, hvilket forudsætter tværfagligt kommunikation og samarbejde. I denne afhandling beskæftiger vi os

ikke yderligere med, det tværfaglige tema betyder, men fokusere på det generelle samarbejde mellem sektorerne.

De praktiserende læger er også et centralt omdrejningspunkt i patientens forløb, og omtales flere steder i beskrivelse af samarbejdsstrukturerne som den tredje sektor. Også denne gruppe er vigtige samarbejdspartnere i koordineringen og etableringen af patientforløbet. Langt de fleste patienter starter deres forløb i sundhedssystemet gennem en kontakt med egen læge, som så henviser patienterne til behandlingssystemet. Behandlingsforløbet vedligeholdes og afsluttes for manges vedkommende også i samarbejde med praktiserende læge.

Vi har fravalgt at undersøge samarbejdet med praktiserende læger, men forventer, at besvarelse af problemstillingen i denne afhandling også kan bidrage til samarbejdet med praktiserende læger.

Herudover er de psykisk syge og pårørende vigtige samarbejdspartnere i koordineringen af et sammenhængende forløb. I indsatsen til psykisk syge er det intentionen, at brugere og pårørende har mest muligt indflydelse gennem forløbet i sundhedssystemet. Dette aspekt er ikke medtaget i denne afhandling, ikke fordi det ikke er vigtigt, men af hensynet til omfanget. Dette område kunne være genstandsfelt for en selvstændig undersøgelse.

Sammenfattende betyder det, at vi undersøger samarbejdet mellem sektorerne med den bevidsthed, at ovenstående er områder, som ikke uddybes nærmere, men som er en del af og indlejret i den kontekst, vores problemstilling er en del af, og som de fagprofessionelle derfor bringer med sig ind i samarbejdet.

2.6 Hypoteser

Vores hypotese er, at der konstrueres forskellige opfattelser af opgaven hos de samarbejdende parter, når parterne kommunikerer såvel skriftligt som mundtligt. At der er forskellige forståelser og antagelser i spil, som ikke italesættes og at de to sektorer ikke "mødes" i forhandlingen om at opnå en fælles forståelse af, hvad patientens behov er, og hvordan opgaven skal løses.

Vi forventer, at vi med Ludwig Wittgensteins⁴ sprogfilosofi med sprogspil og sproglige begreber som omdrejningspunkter, kan analysere de indsamlede data og dermed opnå en større forståelse af samarbejdet i dets kontekst.

Vi forstiller os, at der i kommunikationen er forskellige sproglige koder og at sprogspillene i de forskellige organisationer ikke er tydelige. At der er noget tavst på spil.

Vi mener, at Kenneth Gergens⁵ teori om socialkonstruktionisme og organisering af dialogen kan hjælpe os med at klogere på, hvad der udspiller sig i samarbejdet, og hvad organisering af dialogerne betyder for samarbejdet.

Med MOC som baggrund og den viden vi er blevet bekendt med gennem studiet, er vi nysgerrige på, om teorien om ledelsesbaseret coaching⁶ kan bringes ind, og udvikle de kommunikative processer i sektorerne i positiv retning.

Problemstillingen og afgrænsningen leder os hen til problemformuleringen, hvor vi præciserer de områder, vi ønsker at se nærmere på for at blive klogere på og udvikle samarbejdet mellem region og kommune.

3.0 Problemformulering.

Ovenstående beskrivelse og afgrænsning af områder med indflydelse på patients forløb i kontakten med den psykiatriske praksis i sundhedsvæsenet, leder os til stille nedenstående spørgsmål for at blive klogere på vort ønske om at bidrage til udviklingen af det sammenhængende patientforløb.

⁴ Ludwig Wittgenstein var østrigsk og engelsk filosof (1889–1951), som arbejdede med sproget og sin sprogfilosofi fra ca. 1930 og til sin død. Han udgav sit først større skrift i 1918, *Tractatus Logicus Philosophicus* og udgav efter sin død flere bøger.

⁵ Den amerikanske nulevende socialpsykolog Kenneth Gergen har udviklet en meget indflydelsesrig version af konstruktivismen, kendt under betegnelsen socialkonstruktionisme, iflg. hvilken den menneskelige personlighed er et produkt af relationelle, sociale omstændigheder, ikke en permanent essens (www.leksikon.org/art.php?n=5014).

⁶Teorien om ledelsesbaseret coaching er udviklet af erhvervspsykolog Molly-Søholm m.fl. i 2008.

For at indfri vort ønske stiller vi følgende spørgsmål:

Hvad karakteriserer det nuværende samarbejde på tværs af sektorerne i den psykiatriske praksis?

Hvordan kan ledelsesbaseret coaching indgå i udviklingen af samarbejdet mellem sektorerne i arbejdet med at etablere og koordinere sammenhængende patientforløb for psykisk syge?

Spørgsmålene besvares gennem empiri indhentet gennem kvalitative interviews af fire informanter, to på ledelsesniveau og to på udøverniveau i henholdsvis den kommunale og regionale sektor. Empirien fortolkes og analyseres ved hjælp af begreberne fra teorien om sprogspil og dialogens organisering. Teorien om ledelsesbaseret coaching inddrages som intervention. Principperne med inddragelse af ledelse i coachingen og at coachen agerer samskabende, at forhandle samtalekontrakt, og at anvende coaching som samtaleform bidrager til forandring af samtalekulturen, og udvikling af praksis gennem organisering af dialogerne.

3.1 Præsentation af afhandlingens opbygning og indhold.

I de foregående afsnit er problemstillingen i dens kontekst og spørgsmålene, der besvares i konklusionen, beskrevet.

I afsnit 4 redegøres for valg af undersøgelsesmetode og teorien, som anvendes til analyse af empirien, som er indsamlet i den psykiatriske praksis.

I sammenhængende patientforløb indgår begreberne sammenhæng og kvalitet, som beskrives i afsnit 5.

I afsnit 6 præsenteres de valgte begreber fra teorier om sprogspil, praksis, læring og organisering af dialogen. Afsnittet slutes af med redegørelse for teorien om ledelsesbaseret coaching, som vi anvender som intervention i en forandringsproces.

I afsnit 7 præsenteres empirien i vores fortolkede og analyserede version. Mønstre og sammenhænge, som træder frem i analysen sammenfattes på henholdsvis ledelses- og udøvniveau. Fundene diskuteres og omsættes i afsnit 8 til begreber, der karakteriserer samarbejdet mellem region og kommunerne.

Fundene sammenfattes i tre områder: Uklarhed i det formelle ledelseskoncept i organisationen, dilemmaet mellem standardisering og differentiering og at deltagere i organisationen er fanget i deres sprogspil.

I afsnit 9 beskrives hvordan og hvorfor ledelsesbaseret coaching kan indgå som ledelseskoncept og samtaleform og påvirke ovenstående fund. I beskrivelsen indgår refleksioner over muligheder for anvendelsen af ledelsesbaseret coaching i egen ledelsesrolle i hospitalsledelse.

I afsnit 10 konkluderes på problemstillingen og hypoteserne og spørgsmålene besvares.

Afhandlingen afsluttes i afsnit 11 og 12 med kritiske refleksioner over de valgte teorier og metoder, samt hvad fundene i denne rapport kan bidrage til.

4.0 Valg af teori og metode.

4.1 Valg af undersøgelsesmetode

Vi har på baggrund af overvejelser over hvordan og hvorledes, vi kunne besvare vores problemformulering med inddragelse af den forskningsmæssige dimension, valgt at benytte en kvalitativ forskningsmetode.

Det empiriske grundlag bygger på semistrukturerede interviews. Vi har valgt at indhente empiri gennem fire interviews i forskellige, henholdsvis to i den kommunale sociale sektor og to i den regionale psykiatriske behandlingssektor. I udvælgelsen har det været en betingelse, at informanterne i hver sin sektor havde funktioner på henholdsvis ledende niveau og "tæt på den psykisk syge" niveau for at opnå en mere nuanceret opfattelse af samarbejdet.

Datamaterialet kan gøre os klogere på samarbejdet, selvom etablering af regionerne og kommunerne som organisatoriske enheder er relativt nye, og derfor er viden om sundhedsaftalerne og erfaringer hermed præget af stor forskellighed.

Vi har valgt at benytte den kvalitative forskningsmetode med semistrukturerede kvalitative interviews til at indhente empiri til vores afhandling frem for kvantitative spørgeskemaer, da vi gennem fortolkning vil undersøge og afdække, hvad der karakteriserer samarbejdet. Vi finder denne interviewform mest egnet som metode til indhentning af denne type empiri, grundet muligheden for at få informanternes umiddelbare oplevelse af kommunikationen og samarbejdet mellem sektorer om sammenhængende patientforløb.

Det kvalitative interview er en dataindhentningsmetode, som indhenter beskrivelser af den interviewedes livsverden og virkelighed, og giver således mulighed for fortolkning af betydningen af de beskrevne fænomener. (Kruuse 1999).

En bias ved vores valg af metode er, at vi begge er mellemledere og ansatte i regionen. Samarbejde og kommunikation med kommunerne er en del af vores arbejde. Det betyder, at vores forforståelse fra egne erfaringer med samarbejdet på forskellig måde påvirker fortolkningen af data.

Dette kan også være en fordel, når problemstillingen er baseret på praksisrelevante områder, og afhandlingen indeholder perspektiver med indsigt og anvendelsesmuligheder. Vi har gode forudsætninger for at indleve os i informanternes sammenhænge og forstå de sproglige koder, der er knyttet til psykiatrien, hvilket kvalificerer os som interviewer, når vi i interviewet træffer valg om yderligere udfoldelse af ord/begreber.

Det forhold, at informanterne er ansatte og samarbejdspartnerne i samme region være bias, som har betydning for deres udsagn og dermed for validiteten⁷. De kan være tilbageholdende med at udlevere data om sig selv og kolleger.

Vi har valgt informanter fra forskellige områder i regionen og kommunerne og fra forskellige stillings- og funktions kategorier for at flere vinkler på samarbejdet.

4.2 Interviewguide.

I udarbejdelse af interviewguiden har vi formuleret spørgsmål, der retter sig mod kommunikationen mellem de fagprofessionelle i samarbejdet og eksempler på disse (bilag 1).

Vi valgte denne form, for at give informanterne mulighed for med egne ord beskrive deres oplevelse af kommunikationen og samarbejdet med udgangspunkt i deres individuelle syn på og involvering i sammenhængende patientforløb, og på den måde opnå en dybere forståelse for de mekanismer og rationaler, der ligger bag informanternes fremtrædelsesformer.

Interviewene var af 30-40 minutters varighed. Vi spurgte uddybende ind til informanternes udsagn for at opnå yderligere forståelse af deres oplevelser.

Vi erfarede med vores forforståelse og kendskab til området, at det var en vanskelig balance ikke at involvere sig i informanternes oplevelser, og indtage rollen som forklarende og vejledende.

Interviewene er optaget på bånd og efterfølgende transskriberet så ordret som muligt (vedlagt på CD til vejleder og censor).

Informanterne er sikret anonymitet og har haft udskrifterne til gennemsyn med henblik på accept af det skrevne og for at øge validiteten.

⁷ Validitet eller gyldighed og ækivalens er betegnelser for spørgsmålet om man rent faktisk måler det, man ønsker at måle. (Nielsen 2007,s.88)

Vi har selv transskriberet interviewene, hvilket har været omstændeligt og tidskrævende, men også en givende proces, idet vi har fået syn for mange nuancer og bedre har kunnet navigere i materialet i analytisk sammenhæng.

4.3 Fortolkning og analyse af data.

Målet med interviewene var at indsamle data, der fortæller om samarbejdet mellem den kommunale sektor og regionale behandlingssektor, når de samarbejder om den psykisk syges behandlingsforløb.

Datamaterialet udgør empirien i vores undersøgelse af samarbejdet mellem de to sektorer, hvor vi vil undersøge samarbejdet med særlig fokus på den kommunikation, der finder sted i samarbejdet. Vi vil blive klogere på, hvad der karakteriserer samarbejdet.

Vi har gennem eksplorativ fortolkning og analyse af datamaterialet beskrevet informanternes virkelighedsforståelse og deres fremtrædelsesform.

Vi benytter en tillempet induktiv⁸ tilgang til kvalitativ analyse, hvor vi forsøger at indleve os i informanternes verden for at opnå indsigt i mønstre og sammenhænge i samarbejdet, som er genstandsfeltet for undersøgelsen. Tilgangen bliver tillempet, da vi vælger at rette fortolkningen og analysen af informanternes sprogspil mod den indflydelse af organisatoriske vilkår som økonomistyring, markedsgørelse, faglig kvalitet og brugertilfredshed (Bendix 2008) samt den fagligt professionelle rolle, informanterne repræsenterer.

Data er indhentet på administrativt ledelsesniveau og fagprofessionelt udøverniveauet. De to niveauer har forskellige opgaver, som de skal håndtere og løse i hverdagen. En af de væsentligste forskelle er i løsningen af opgaverne er, at udøveren er i direkte kontakten med borgeren/patienten, hvorimod lederen på administrativt niveau overvejende beskæftiger sig med opgaver, der har patienten/borgeren som omdrejningspunkt. Lederne taler om de psykisk syge og udøverne løser opgaverne i relation med patienten, og påvirkes

⁸ Den induktive tilgang tager sit udgangspunkt i det empiriske datamateriale uden nogen teoretisk forforståelse. Kunsten består heri at udlede og opbygge teoretiske forståelser lejret i materialet.

gennem relationen i forskellig retning blandt andet på grund af følelsesprojektioner⁹ mellem patient og hjælper. I de konkrete situationer med patienten betyder det, at hjælperen påtager sig et stort ansvar for at få opgaverne løst, så patienten hjælpes.

Vi har lyttet til råinterviewene og på den måde fået indsigt i stemningen under interviewet samt relationen mellem interviewer og informant. Vi har efterfølgende været igennem en længere proces med flere genfortolkninger. Vi har beskrevet informanternes virkelighed ved at "læse mellem linjerne" og leve os ind i deres respektive kontekst, diskuteret fortolkningerne og sammenholdt dem med de teoretiske begreber. På den måde er fortolkningerne nuanceret og analyseret først gennem indlevelse og efterfølgende distancering, hvor vi har hævet os op i helikopterperspektiv og fundet de mønstre og sammenhænge, der karakteriserer samarbejdet.

Fundene har vi sammenfattet i en begrebsramme for derefter at se på, hvad ledelsesbaseret coaching skal kunne håndtere, samt hvorfor og hvordan vi ser teorien kan anvendes som intervention.

Interviewene udgør således vores primærdata, og præsenteres i et senere afsnit i vores fortolkede og analyserede udgave understøttet af udsagn fra informanterne.

4.4 Valg af teori.

Vi er gennem masteruddannelsen blevet inspireret til at se på, forstå og fordybe os i betydningen af brugen af sproget, af relationerne med omgivelserne og dialogen, da det er centrale omdrejningspunkter i coachingbegrebet. Disse omdrejningspunkter er grundlæggende elementer i det samarbejde, vi

⁹ Projektion er, som psykologisk begreb, den mekanisme, hvor man ubevidst tillægger andre nogle af de egenskaber, som man selv har, og som man ikke vil være ved. Noget, der ofte sker, i forbindelse med personens skyggesider eller i forbindelse med den maske man har tillagt sig i forhold til omverden ([http://da.wikipedia.org/wiki/Projektion_\(psykologi\)](http://da.wikipedia.org/wiki/Projektion_(psykologi)))

undersøger, og hvor vi på baggrund af undersøgelsens resultat giver et bud på interventioner, vi mener, kan udvikle samarbejdet.

Vi vil i det følgende præsentere og argumentere for vores valg af Wittgensteins og Gergens teorier til analyse af empirien samt teorien om ledelsesbaseret coaching som intervention.

Ludwig Wittgenstein var en af de mest indflydelsesrige filosoffer i det 20. århundrede, hvor hans filosofi inden for sprog, logik og bevidsthed har påvirket og stadig påvirker diskussionen af disse områder.

Man taler om den tidlige og den sene Wittgenstein. Disse perioder knyttes oftest til hans to vigtigste værker, henholdsvis *Tractatus Philosophico-Logico* og *Filosofiske Undersøgelser*. I denne afhandling er medtaget citater fra de sene Wittgensteins bøger, *Filosofiske Undersøgelser* og *Om Vished*.

Wittgenstein beskriver anvendelsen af sproget som sprogspil. Gennem sprogspil konstruerer individet sin sociale virkelighed og bruger sproget i sin fremtrædelsesform, og derfor relevant for os at søge hjælp i. I sprogspillet tilbyder han blandt andet begreberne regler, familielighed, mening og praksis. Disse begreber er fortolket af mange. Vi har søgt hjælp i Merry Scheel, Kenneth M. Jørgensen og Allan Holmgrens værker, hvor de har fortolket Wittgensteins meget filosofisk beskrevne begreber, og som vi kobler os på. Vi uddyber i næste afsnit Wittgensteins begreber sprogspil, familielighed, regler, mening og praksis.

Vi søger ved hjælp af teorien om sprogfilosofien at forstå, hvordan informanterne i vores undersøgelse konstruerer deres virkelighed, og hvordan de gennem sproget og skaber den virkelighed, som de handler ud fra.

Kenneth Gergen er amerikansk psykolog og har udviklet teorien om socialkonstruktionisme. Gergens teori beskriver den dialogiske dimension af relationelle processer i organisationer. Han siger, at relationen og sproget er det, der skaber dialogen og derigennem gør det muligt at opnå fælles meningsfulde antagelser.

Samarbejdet, vi undersøger, foregår gennem relationer og dialoger. Gergen beskriver i lighed med Wittgenstein at udtryksformer i dialoger er bestemt af den kultur og historie, vi er en del af. Vi inddrager Gergens teori om dialoger i analysen af, hvad der karakteriserer det nuværende samarbejde samt coachingens muligheder for at organisere og skabe generative dialoger.

Coaching skaber generative dialoger og gennem studiet er vi blevet præsenteret for forskellige coaching tilgange¹⁰, modeller og stilarter, som hver for sig har deres styrker og svagheder. En forenklet måde at inddele modellerne på, er at betragte coaching ud fra en ren dialogisk magtfri tilgang til en systemisk tilgang med inddragelse af ledelsesperspektiv.

Af disse har vi valgt ledelsesbaseret coaching, som retter sig mod coaching, der er baseret på transparens omkring magtaspekterne i relationerne og en samskabende tilgang fra den coachende leder, samt at coachingens indhold rammesættes af den organisatoriske funktionalitet og logik og coaching som samtaleform.

Læringstækningen i ledelsesbaseret coaching er en kobling af viden, erfaring, praksis og refleksion, som grundlag for at skabe nyt sprog og nye handlinger.

Vores valg begrundes med, at der er brug for interventioner rettet mod kommunikationen og læring såvel på leder-, som på medarbejderniveau. I teorien argumenteres for, at ledelsesbaseret coaching er et menneskesyn, en måde at omgås hinanden på samt en overbevisning om hvilken ledelse, der får medarbejderne til at løse opgaverne på den bedste måde i organisationen.

De valgte teorier vil blive præsenteret mere uddybede i et senere afsnit.

I arbejdet med problemstillingen anvender vi begreberne kvalitet og sammenhæng i patientforløb. I det følgende afsnit redegør vi for betydningen af begreberne i den kontekst, problemstillingen er en del af samt den forståelse, vi anvender dem i afhandlingen.

¹⁰ Af tilgange kan eksempelvis nævnes dialogisk, systemisk, AI, narrativ, kognitiv, executive, teamcoaching og løsningsfokusret tilgange.

5.0 Begrebsafklaring

5.1 Kvalitet og sammenhæng i patientforløbene.

Som tidligere nævnt beskrives et patientforløb som summen af alle de aktiviteter, kontakter og hændelser, som patienter oplever i mødet med sundhedsvæsenet i forbindelse med håndteringen af et givent sundhedsproblem. (Sundhedsstyrelsen, 2002-06).

Alle disse kontakter og hændelser forventes koordineret og planlagt, således at patientens udredes hurtigt med den bedst tilgængelige viden. Her tænker vi, på at der i sundhedsvæsenet skal udføres den bedste faglige kvalitet til den laveste pris.

Sammenhæng betyder for patienten, at forløbet planlægges og koordineres på en sådan måde, at aktiviteterne planlægges i hensigtsmæssig rækkefølge og at den viden, der opsamles i forløbet formidles og anvendes af de involverede professionelle parter. Sammenhæng er vigtig for alle patientgrupper, men meget bl.a. patienttilfredshedsundersøgelser (Patienterne og de pårørende har ordet, 2008) tyder på, at for psykisk syge er sammenhæng en yderst vigtig faktor i behandlingen af den psykiske lidelse.

For de fag professionelle, der samarbejder, betyder sammenhæng i forløbet at det koordineres på en sådan måde, at de faglige indsatser supplerer hinanden, og på den måde giver faglig tilfredshed i arbejdet. Kommunikationen i samarbejdet betyder, at opsamlet viden om patienten følger patienten i forløbet og kommunikerer mellem de involverede og således danner grundlaget for indsatsen til patienten.

I behandlingen af psykisk syge er kontinuitet i forløbet og tæt relation til patienten afgørende for behandlingens resultat. Psykisk syges evne til at indgå i relationer samt motivation til at opretholde behandlingen er ofte svækkede, og kompensationen herfor er blandt andet, at samarbejdet mellem de professionelle fungerer godt.

Kvaliteten er sammensat af flere faktorer. Den faglige kvalitet i forløbet betyder, at det er relevante faglige personer, der involveres, og at det er relevant faglig viden, der bringes i anvendelse i håndteringen af patientens sundhedsproblem. Psykisk sygdom er ofte af længere varighed og har ikke sjældent indflydelse på den sociale del af livet, hvilket betyder, at der skal være indsats såvel fra behandlingsdelen som den kommunale sektor. I et typisk patientforløb vil der være professionelle fra flere faggrupper og fra flere sektorer involveret, hvilket er nødvendigt, når komplekse opgaver skal løses helhedsorienteret.

Kvalitet omfatter også økonomisk kvalitet. Forløbet skal tilrettelægges så sundhedsproblemet løses sufficient med det mindst mulige ressourceforbrug. Samfundsudgifterne til sundhedssektoren er hastigt stigende, og der er således stor bevågenhed fra politikere og ledere, hvordan økonomien forvaltes. Politikere og ledere skal kontinuerligt prioritere, hvad ressourcerne skal bruges til. Denne prioritering har betydet patientens behandling, som tidligere beskrevet, hyppigere finder sted i et ambulante forløb. Behandling under indlæggelse er kun er i akutte faser af sygdomsforløbet. Flest mulig patienter skal behandles for færrest mulig penge, hvilket stiller krav til et effektivt og funktionelt samarbejde på tværs mellem patient, pårørende, de involverede fagprofessionelle, afdelingerne og sektorerne.

Kontrollen med kvalitet udføres gennem udarbejdelse af servicemål, der evalueres og kontrolleres gennem statistiske indberetninger, gennemførelse af audits og tilfredshedsmålinger. Målingerne er overvejende af kvantitativ karakter, og siger generelt mest om dokumentationen af opgaven og ikke noget om, med hvilken kvalitet opgaven er udført. Den danske kvalitetsmodel (DDKM) er det seneste kvalitetsudviklingstiltag, hvor der heller ikke er levnet meget plads til at arbejde med den kvalitative og relationelle del af opgaverne, som de fagprofessionelle tillægger størst betydning.

I udvikling af kvalitet kan fokus for evalueringen være rettet mod resultatet eller processen og/eller mod kontrol eller udvikling. Valget af model skal være i overensstemmelse med organisationens grundlæggende menneskesyn og den

lærings- og udviklingstænkning, praksis er præget af. Dette leder frem til begrebet sprogspil som udgør sprog og handlinger i en praksis.

I næste afsnit uddybes Wittgensteins teori om sprogspil, Gergens teori om relationers betydning i dialogen og teorien om ledelsesbaseret coaching.

6.0 Teorifremstilling.

Samarbejde er forbundet med relationer og kommunikation. Kommunikation ser vi i denne sammenhæng som alle former for skriftlig og mundtlig brug af sprog i det tværfaglige samarbejde, der er indeholdt i patientforløbene. Vi antager, at langt de fleste behersker det danske sprog, som benyttes i langt den største del af kommunikationen. Altså, vi kender betydningen af ordene, vi bruger, men det til trods sker der mere end en udveksling af ord i kommunikationen. Der kommer flere forståelser af ordene i spil.

6.1 Præsentation af Ludwig Wittgensteins teori om sprogspil, familielighed, regler, praksis og mening.

I dette afsnit uddyber vi de begreber i Ludwig Wittgensteins sprogfilosofi, som kan være med til at fortolke og analysere vores problemstilling. Vi kommer med egne fortolkninger og argumenter for anvendelsen af denne teori, og vi forsøger ligeledes at tydeliggøre Wittgensteins sprogfilosofi ved hjælp af andres teoretiske fremstillinger.

Vi ser i denne sammenhæng individet som en del af en organisation. Vi erkender, at det enkelte menneske tager sin opvækst, sin opdragelse og sine erfaringer med sig ind i arbejdslivet og med som medarbejder i en organisation. Vi forstår vores problematik på organisatorisk niveau, men er klar over, at det ikke er organisationer eller sektorer som taler, kommunikerer og samarbejder. Samarbejdet mellem sektorer sker gennem relationer og kommunikation mellem de enkelte mennesker, som repræsenterer deres organisationer.

6.1.1 Sprogspil.

Med udgangspunkt i denne forståelse betyder det, at organisationens kultur og den enkeltes placering i organisationen har betydning for, hvorledes de som repræsentant for deres organisation agerer sprogligt, når de samarbejder med individer fra andre organisationer. I møderne er det med afsæt i den enkeltes organisation, at medarbejderne definerer deres virkelighed.

I enhver organisationskultur er der mange forskellige sprogspil, og der findes lokale regler for, hvordan man skal beskrive og forklare ting. Hver kultur støtter sig til deres sprogspil, for at det kan give mening for den enkelte. Sproglige udtryk udmønter sig som aktiviteter, der er konkrete i relation til praktiske handlesammenhænge. (Scheel 2004)

Samarbejde og kommunikation med andre sker gennem sproget og ved hjælp af sproget. Vi lærer sproget gennem leg ved at øve os, ved træning og ved at afprøve vor forståelse af sproget i praksis og i en given kontekst. Det at tale et sprog er en praksis bestående af ubestemt mange forskellige praksisformer.

"Sproget er en labyrint af veje. Du kom fra én side, og var stedkendt; du kommer fra en anden side til samme sted, og du kan ikke mere orientere dig",
(Wittgenstein 1999, §203)

Sproget består af mange forskellige sprogspil, sproglege og sproglige aktiviteter, som foregår mellem mennesker i en organisation. Vi konstruerer vores billede af verden, vores organisation ud fra relationer med andre, og dette sker, mens vi kommunikerer med hinanden. (Scheel 2004)

Herved forstår vi, at det er disse sprogspil og sproglege, der er omdrejningspunktet for en organisations kommunikation og for den enkeltes tilpasning i og forståelse af sin organisation.

Det er gennem deltagelse i organisationens sprogspil at medarbejdere knyttes sammen. Den enkelte medarbejder i en organisation lærer at handle og følge visse spilleregler, og bestemte måder at leve og opholde sig i organisationen

på. Man bruger sproget til at danne sociale relationer i sit arbejdsliv, og det er af afgørende betydning for den måde, man lever og bruger sproget i sin organisation. Man kan sige, at sproget er for mennesker, hvad vand er for fisk, vi lever i sproget. Vi bruger sproget til at handle med, og sproget er knyttet og sammenvævet med handlinger og aktiviteter.

Wittgenstein udtrykker : *"Ordet "sprogspil" skal her fremhæve, at det at tale et sprog er en del af en aktivitet eller livsform"* (Wittgenstein 1999, §23)

Wittgenstein mener, at vi lærer gennem vores handlinger, vi lærer gennem deltagelse i praksis, ved hjælp af ord. Ordet sprogspil bruges til at vise, hvordan de ord vi bruger, er indlejret i et regelsæt, som er essensen af vores handlinger.

De ord, de enkelte medarbejdere bruger i deres praksis, i denne sammenhæng deres arbejdsplads i regionen eller kommunen, er lært gennem deltagelse i praksis i en bestemt kultur. Ord er billeder, ikke af verden, men af praktiske handlinger i verden, og det er vigtigt og nyttigt i sociale sammenhænge. Vi bruger ordene til at opretholde en relation til andre.

Wittgenstein udtrykker: ... *"når sprogspillene forandres, forandres begreberne og med begreberne ordenens betydning."* (Wittgenstein 1989, §65).

I håndtering af hverdags situationer trækker mennesker på, hvordan de har lært at anvende sproget i andre og tidligere situationer. Virkeligheden konstrueres igennem det at spille sprogspil, og herved konstruerer vi også os selv igennem at spille sprogspil. Sproget er sammenvævet med handlinger og aktiviteter. (Jørgensen 2005, artikel)

Vi finder Wittgensteins teori meget anvendelig i analysen af informanternes konstruktioner af deres virkelighed. Den virkelighed, de er en del af, er deres egne organisationer, og det er gennem sprogspillene her, de lever og konstruerer sig selv og deres virkelighed.

Det er sandsynligt, at når vores informanter mødes om samarbejdet, så tilegner de sig ikke og forstår ikke hinandens sprogspil og sproglige aktiviteter, og

derved giver deres konstruktioner ikke mening, og de får ikke indsigt i hinandens perspektiver.

Wittgenstein udtrykker ...” *Et ords betydning er en måde at bruge det på. Det er nemlig den, vi lærer, når ordet indlemmes i vores sprog.*” (Wittgenstein - 1989, §61)

Det er derfor hensigtsmæssigt, at parterne i mødet er udforskende og nysgerrige, og udfordrer det sprog og sprogspil modparten bruger, når man oplever eller udtrykker, der er problemer i forståelserne. De skal søge at finde betydning i ordene, de hører og få betydningen legitimeret.

Fortid, nutid og fremtid er sammenvævet i sprogets anvendelse. Alle mennesker bruger deres ord til at leve med. Vi bruger fortiden til at konstruere nutiden, og vi bruger fortiden til at give nyt indhold i nutiden. Fremtiden formes på basis af de relationer, man spiller sprogspil med. (Holmgren 2002)

Vores informanter har kendskab til og erfaringer med hinanden fra før strukturreformen, og det kan være relationer og erfaringer fra deres fortid, som de bringer med ind i nutiden, der gør, at deres samarbejde resulterer i sammenhæng eller mangel på samme.

Sproget bruges til mange forskellige ting i kommunikationen, ikke kun til at afbilde eller benævne, men til at afgive løfter, give ordre, fortæller historier, stille spørgsmål, tilbyde nye ord og meninger, og meget mere. (Wittgenstein 1999)

Evnen til at anvende sproget er en væsentlig del af den sociale verden og bruges til at konstruere vores virkelighed.

Wittgenstein udtrykker: *”Jeg vil kalde helheden, sproget og de aktiviteter, hvormed det er sammenvævet, for ”sprogspillet”*” (Wittgenstein 1999, §7)

Herved opfatter vi, at begrebet sprogspil omfatter relationerne, sproget og de handlinger, som sproget er sammenvævet i. Det sprogspil vi er en del af udtrykkes i sproget. For at forstå sproget, de sagte sætninger og udsagn, må man se på den praksis, de organisationer som informanterne er en del af. Man

må se på den lokale anvendelse af ord eller et begreb, for at kunne afgøre dets mening. Intet sprog eller budskab kan forstås uafhængigt af den relationelle sammenhæng. Dialog internt i en organisation er fundamental for en organisations vitalitet. Det er disse sprogspil vores informanter tager med sig, når de mødes i samarbejdet om sammenhængende patientforløb.

Wittgensteins begreb om sprogspil, er en måde at begrebsliggøre de utallige individuelle variationer, der er forbundet med at skabe mening i tilværelsen. (Holmgren 2002, s.76)

Der er især to begreber i Wittgensteins sprogfilosofi, som er tæt knyttet til hinanden, og som er en del af sprogspillene, nemlig familielighed og regler. Desuden er Wittgensteins forståelse af praksis og mening af betydning i denne sammenhæng og uddybes derfor i de kommende afsnit.

6.1.2 Familielighed.

Vores brug af ord sker gennem sprogvaner eller gennem iagttagelser af ligheder, som Wittgenstein kalder for familielighed. Vi genkender virkeligheden gennem en proces, hvor forskellige oplevelser og situationer tillægges familiære karakteristika. (Jørgensen 2005)

Wittgensteins hovedeksempel for familielighed omhandler de aktiviteter, som kaldes spil. Eksempelvis er skak, kortspil og boldspil ikke fælles om nogen definatorisk egenskaber, men der findes fællestræk og et net af forskellige ligheder i det store og i det små, som ligner hinanden, som overlapper og krydser hinanden. (Scheel 2004)

Wittgenstein taler om familieligheder, og at spillene udgør en familie, fordi det minder om lighederne mellem medlemmerne af en familie, f.eks. øjenfarve, ansigtstræk, kropsbygning, og som typisk overlapper hinanden på den måde, alligevel er de forskellige fra hinanden. (Jørgensen 2005, artikel)

Vores fortolkning af familielighedsbegrebet betyder, at når informanterne mødes i samarbejdet om borgeren, forsøger de hver især at finde familieligheder i hinandens sprog og sprogspil for at forstå hinanden. Når familielighederne ikke

italesættes forledes de til at tro, at de ved, hvad hinanden siger, da deres opfattelser af situationen kan forstås som noget, der minder om ligheder, men alligevel er forskellige.

De kan komme til at bruge sproget som værktøj i en værktøjskasse. Men i en værktøjskasse, findes der værkstøj, som ligner hinanden, og som kan bruges til flere ting.

De må lytte til hinandens sprog for at forstå og finde de egenskaber, de kan koble sig på og danne mening med i deres forsøg på, at konstruere deres virkelighedsopfattelse om borgeren/patienten og samarbejdspartnere. De må søge at forstå hinandens sprogspil. Herved bliver sprogets familieligheder opfattet som en form for socialt liv, og ikke kun et billede af virkeligheden.

Samarbejdet og dialogen om sammenhængende patientforløb er indlejret i mangfoldige kontekster. Dette vanskeliggør meningsindholdet i deres kommunikation. Parterne må søge at finde ligheder og forståelse i de forskellige sprogspil ved at indtage en lyttende og spørgende position. Herved bliver de ord, der bruges, ikke kun anvendt til at give hinanden besked om, hvilke handlinger modparten skal udføre, men bruges også til at få nye sprogspil til at opstå.

6.1.3 Regler.

Begrebet regler benyttes som udtryk for, hvordan brugen af sprog forudsætter, at man tilegner sig regler for sprogets anvendelse. Regler udvikles over tid fra at være eksplicite til tavs viden og forståelse, og bliver så taget for givet. I en sektor eller i en organisation er der sagte og usagte regler. Disse regler er altid underlagt organisationens værdier, normer, systemer, økonomiske ressourcer og faglige kvalitet. Det er disse tavse regler, der kommer frem i informanternes interviews.

Ifølge Wittgenstein sker beherskelse af sproget ved at følge reglerne i brugen af sproget. Om reglerne følges er umuligt at afgøre, hvis en person bruger sine egne regler eller et privat sprog.

Wittgenstein siger: *" at forstå en sætning vil sige at forstå et sprog. At forstå et sprog vil sige at beherske en teknik."* (Wittgenstein 1989, §199)

Når vi bruger ord, bruger vi dem efter visse regler. Vi følger visse spilleregler, en bestemt måde at være i organisationen på, deraf udtrykket sprogspil. Man kan sige, at sociale situationer er regelstyret, og tale og handlinger altid vurderes ud fra den kontekst, de er en del af. (Jørgensen 2005, artikel)

Wittgenstein forstår sprogspil begrebet som værende uløseligt forbundet med praksis og bestemte livsformer, og den sproglige aktivitet er tæt knyttet til regler, som man kan handle i overensstemmelse med eller ej. (Scheel 2004)

Regler forstås som udtryk for normer, traditioner og kultur mm og brug af sprogregler forudsætter et fællesskab af regelbrugere, der ud fra offentlige kriterier og ved kollektiv dom afgør, om en person bruger reglen korrekt eller ej, påpeger Wittgenstein.

De centrale aspekter i Wittgensteins teori om sprog og sprogspil er således, *"vi siger ikke noget med vores ord, vi gør noget med dem"* (Holmgren 2002, s.73).

6.1.4 Praksis.

Vi forstår praksis som det dialogiske rum, hvor mennesker gennem relationer deltager i sprogspil, og hvor de konstruerer deres verden og organisation. Når individer mødes i dialoger, forsøger de at udføre eller indleve sig fuldstændigt i den andens virkelighed. De spiller sprogspillene i bestemte kontekster, og grænsen mellem det meningsfulde og meningsløse fastlægges af ordenes betydning og i beskrivelsen af sprogspillet og handlemåder.

Wittgensteins udtrykker, *"at den eneste måde, hvorpå man kan sammenfatte præcist, hvad en given praksis består af, er ved at udføre den fuldstændigt og fuldt ud."* (Scheel 2004 s.165)

Som mennesker og individ er man en del af mange forskellige praksisser. Det er gennem disse praksisser, at vi opnår viden. Wittgenstein udtrykker:

...”vores viden er et stort system. Og kun inden for dette system har den enkelte den værdi, vi tillægger den.” (Wittgenstein - 1989, § 410).

Vi forstår således, at de individer, der er del af de forskellige organisationer, som mødes om samarbejde med sammenhængende patientforløb, har forskellige antagelser og viden om hinanden, og det er disse antagelser, de udtrykker i sprogspillene, og som ligger til grund for deres handlinger og tænkning.

Viden bliver hermed et produkt af personens erfaring og involvering i den fysiske og sociale verden eller et produkt af den udveksling, der sker i et socialt fællesskab.

Etienne Wenger ¹¹ beskriver i sin teori om praksisfællesskaber, at deltagelse i et praksisfællesskab er en omfattende proces, hvor deltagerne skal være aktive i de sociale fællesskabers praksisser, og konstruere deres identiteter i relation til disse fællesskaber. Deltagelse former ikke blot, hvad vi gør, men også hvem vi er, og hvordan vi fortolker, det vi gør. Denne forståelse kan vi tolke videre på, så det bygger på Wittgensteins teori om sprogfilosofi og sprogspil, da det er gennem relationer og sproget, individer deltager i praksisfællesskaber.

Deltagelse i et fællesskab, som i denne sammenhæng er en organisation, er både en form for handling og en form for tilhørsforhold. Det er her, individet skaber sin identitet og påtager sig organisationens kultur. Gennem dette tilhørsforhold forsøger det enkelte individ at skabe mening, og individets virkelighed er forhandlet og hele tiden til forhandling.

Dette beskriver Wenger som en ”konstant meningsforhandlingsproces”, hvor individet i praksis handler i en given situation, og efterfølgende forhandler med de øvrige i organisationen om det meningsfulde ved denne situation. Enhver

¹¹ Etienne Wenger: i 1998 udkom hans bog om ”Communities of Practice- learning, meaning and Identity” hvori han udvikler det han kalder ”en social teori om læring”.

forhandlingssituation er udtryk for den enkelte deltagers placering i fællesskabet, og derved bliver det identitetsskabende. (Wenger 2004).

Forhandling af placering i praksis, sker gennem sprogspil for at det enkelte individ får skabt mening med sin deltagelse i organisationen. Den organisatoriske virkelighed konstrueres herved gennem sproget og sprogspil, og påvirkes af magtrelationerne mellem parterne i sprogspillet. (Jørgensen 2005)

Det er disse erfaringer og sprogspil, de enkelte tager med, når repræsentanter fra organisationerne mødes om de sammenhængende patientforløb og sundhedsaftalerne udformning.

I udvikling af kvalitet i en praksis taler man om forskellige måder at komme frem til beslutninger og valg om, hvilke handlinger deltagerne anvender, når de løser opgaverne. At der findes forskellige måder at tilegne sig ny viden på og være tilstede i organisationen.

Der er den reproducerende praksis, der er præget af en tænkning, der omhandler rutineopgaverne og det dertil knyttede sprogspil i hverdagen. Vi udfører opgaverne på den måde, vi gør, fordi det plejer vi, uden at tænke over, hvorfor vi gør det. Deltagerne i denne praksis kontrollerer hinanden ved at holde øje med, at opgaverne udføres efter gældende regler. Sker der afvigelser korrigeres disse uden yderligere tænkning over hvorfor. Denne måde at løse opgaverne på er vigtig i en organisation, da den øger effektivitet og reducerer kompleksiteten. Vi kender alle denne praksisform fra hverdagen, hvor vi taler og tænker om opgaverne på en bestemt måde og handler på den baggrund, og løser langt de fleste opgaver ved hjælp af denne tænkning. (Jørgensen 2005)

Fra teorien om organisatorisk læring kalder Argyris¹² (Illeris 2000) den læring, der finder sted i denne praksisform for single loop læring eller med Schöns¹³

¹² Chris Argyris; udgav i 1992 bogen *"On Organizational Learning"* hvor hans arbejde med model og begreber om single-loop og double-loop læring i organisationer præsenteres.

¹³ Donald A. Schön: udsendte sin bog i 1983 *"The Reflective Practitioner"* med en redegørelse for hans centrale begreber om viden-i-handling og refleksion-i-handling.

begreb, at anvende viden i handling. Man benytter sig af sin eksisterende viden og erfaring, som er tilegnet på baggrund af organisationens sprogspil og deltagelse i praksis. Hvis man ikke opnår det ønskede resultat, korrigeres handlingen uden at tænke yderligere over det.

Hvis man skal opnå forandringer, der er knyttet til deltagernes tænkning om måden de udfører opgaver på, kræver det en mere systematisk tænkning og refleksioner over de begreber, modeller og koncepter, der ligger bag udførelsen af opgaven, en læringstænkning som Schön kalder refleksion over handling. Denne form for tænkning karakteriserer den reflekterende praksis. Udvikling af denne praksis kan ske ved at etablere kommunikationsrum, der inspirerer til refleksion, og hvor man arbejder systematisk med at udvikle nye sprogspil og dermed nye måder at løse opgaverne på. Denne type læring forudsætter et system, som kan undersøges, udforskes og udvikles til at løse organisationens opgaver. Systemet kan være en praksis med et fælles sprog og regler, et koncept eks. DDKM.

Hvis man forandrer ved de grundlæggende opfattelser af, hvad en organisation er, og når der stilles spørgsmål ved de eksistentielle opfattelser af begreber og modeller, der ligger til grund for sprogspillene og hvad organisationen er til for, taler man om en refleksiv praksis. I den reflekterende praksis arbejder man ud fra den grundlæggende eksisterende begrebsramme, hvorimod man i den refleksive praksis stiller spørgsmål til organisations eksisterende begreber som mål, midler og eksistensberettigelse. Forandringer i vore grundlæggende opfattelser beskrives i Argyris læringsteori som double loop læring (Illeris 2000).

At få deltagere i en organisation til at gentænke deres organisation og deres handlinger i organisationer i løsningen af opgaver er en anstrengende og krævende proces, som kræver, at der tænkes ud over de rutiner, normer og det sprog, vi færdes i og er en del af. Vi skal ud af den tænkning, vi gennem vaner og rutiner er fanget i. (Jørgensen 2005)

Udviklingen af kvalitet og sammenhæng i patientforløb forudsætter en kommunikationsform, der medinddrager den reflekterende og refleksiv praksis. I

dialogen skal der stilles spørgsmål ved sprogspillene, rutinerne og det eksisterende samarbejde, og ad den vej frigøres de samarbejdende parter af vaner og rutiner.

6.1.5 Mening.

Ordet mening forstår vi som et foranderligt og abstrakt begreb, idet det hele tiden påvirkes af forskellige kontekster og er genstand for forhandling, modifikation og ændringer. Man skelner mellem, hvordan man bruger ordet mening, og hvad mening er som oplevet fænomen.

"...et ords betydning er en måde at bruge det på. Det er nemlig den vi lærer, når ordet indlemmes i vores sprog." (Wittgenstein - 1989, § 60)

Meningen med ordene ligger i måden, som ordene anvendes. Det betyder, at ord kan forandre betydning alt efter konteksten, således de ikke kun har en mening. Sprogets logik lader sproget pege ud over sig selv.

Sproget er med til aktivt at skabe virkeligheden. Gennem sproget er vi i stand til at beskrive, analysere og forstå vores virkelighed og gennem sproget konstruerer vi vores meninger, holdninger og værdier. (Jørgensen 2005)

Ordet mening betegner ikke kun et ords reference til et bestemt betydningsindhold, men betegner på forskellige måder vores involverethed og engagement i tilværelsen og vores omverden med betydninger som vigtighed, oplevelse, opfattelse, hensigt, formål, holdning, hensigt, intention og indstilling. (Svejgaard 2002)

Mening er altid et resultat af en fortolkning forbundet med følelser, og derfor er mening noget, der tilskrives et fænomen. Vi skaber vores meningsfyldte verden gennem ord, sprog og narrative fortællinger. (Jørgensen 2005)

Wittgenstein udtrykker... *"Ytringen - "Jeg ved..." kan kun have sin mening i forbindelse med de andres vidensbyrd for "viden"."* (Wittgenstein 1989, §432)

Gennem meningsforhandling oplever vi verden og vores engagement i verden som værende meningsfuldt. Forstået således, at vi skaber mening, der udvider, afviser, omfortolker, modificerer eller bekræfter vores tidligere meningshistorier. Mening er i en vis forstand noget subjektivt, men også bundet til et socialt og kulturelt fællesskab. (Svejgaard 2002)

Meningsforhandling omfatter vores sociale relationer, som værende en aktiv, dynamisk, kontekstafhængig og historisk proces, hvor parterne gensidigt påvirker hinanden. Forhandling af mening omfatter derfor både fortolkning og handling, og er en proces, der sker gennem sociale konstruktioner i fællesskaber. (Wenger 2004)

I samarbejde, hvor forskellige organisationers sprogspil mødes via deltagerne, sker der en konstant meningsforhandling for at opnå en fælles forståelse

6.2. Gergens teori om dialogen.

Gergen og hans teori om socialkonstruktionisme tager afsæt i, at alt hvad der er meningsfuldt vokser ud af relationer, og det er i dette perspektiv, at fremtiden bliver til. Gergen hævder at:

"Meningsfuldt sprog er et produkt af indbyrdes social afhængighed. Det kræver mindst to persons samordnede handlinger, og før der er indbyrdes enighed om, at ord er meningsfulde, kan man ikke sige, at ordene udgør et sprog".
(Gergen 2000).

Vi forstår organisationer som myraider af relationer og ved hjælp af kommunikationen mellem disse relationer, vil vi opnå et meningsfuldt samarbejde. Det er i denne kommunikation en fælles forståelse, og fremtidige meningsfulde handlinger opstår, siger Gergen

Han siger videre, at hvis der ikke fandtes indbyrdes afhængighed og i denne afhængighed en fælles skabelse af meningsfulde antagelser, så vil der ikke findes "objekter" eller handlinger, som vi kan kommunikere om. I samarbejdet mellem region og kommune er det absolut nødvendigt, at der skabes

meningsfulde antagelser, da parterne ellers taler fuldstændig forbi hinanden og handler ud fra hver deres antagelse.

I Gergens optik er relationen og sproget det, der skaber dialogen og derigennem gør det muligt at opnå fælles meningsfulde antagelser og dermed undgå misforståelser.

Gergen beskriver dialogen på følgende måde:

- Dialog sker i det offentlige rum, hvilket betyder, at i dialogen sættes subjektet i parentes og fokus er på relationen og de ytringer, der løbende sker i dialogen med omgivelserne. Det er de fælles antagelser, der udspringer af dialogen, der er meningsgivende. Dialogen er offentlig, og kendt af andre end individet selv. Hvis personlige erfaringer ikke deles med andre, forbliver de hos subjektet og er ikke meningsgivende i samhandlen med omverdenen.
- Dialog er en form for koordineret indsats. Fælles meningsfulde antagelser er produktet af dialogen. Disse fremkommer på baggrund af en koordinering af individernes handlinger, som betyder, at tilblivelsen af en koordineret indsats er afhængig af feedback på de individuelle ytringer. En monolog er således ikke et udtryk for en koordineret indsats. Set i begreberne om sprogspil og regler er udfordringen i dialogen, at forhandle regler for at kunne spille spillet, koordinere handlingerne og løse en fælles problemstilling.
- Dialogens effekt er kropslig og kontekst bestemt. Virkningen af de sagte ord i dialogen er forankret i og påvirket af individets kropsudtryk og tonen, der bruges og den psykologiske nærhed. Meningen af ord afhænger af i hvilket rum og hvilke personer, der deltager i dialogen, eks. om dialogen er på lederens kontor, kaffestuen og med kolleger eller samarbejdspartnere. Jvf. Wittgensteins teori om regler, så er der forskellig betydning af ordene i forskellige kontekster.
- Dialogens effekt er historisk og kultur bestemt. Gergen siger, at vi skal forberede os på, at deltagere i dialoger kan møde forskellige kulturer og

dette typisk bidrager til at skabe distance mellem parterne. Han siger at deltagerne skal være "polyvocal", som betyder, at de i dialogen skal mestre at skifte mellem forskellige former for dialog. I effektive dialoger skal parterne være i stand til at være bevidste om, hvornår fokus i dialogen bliver på forskelligheden i kulturen og her kunne skifte kurs. De skal løbende organisere dialogen ved at bringe sig i metaposition.

- Dialogen kan bruges til mange forskellige ting, både positive og negative. Resultatet af dialog afhænger helt af, hvilken position man står i. Umiddelbart kan et resultat være positivt for senere i en anden kontekst være negativt. Deltagelse i en dialog med kraftfulde udsagn kan for nogle opleves som aggressive og ubehagelige, men for andre er oplivende og en form for "sjov" i dialogen.

Gergen beskriver dialogen som forsøg på at opnå en anerkendende forståelse af et andet synspunkt. Han inviterer nysgerrighed ind i dialogen som et værktøj, jvf Wittgensteins billede med værkstøjskassen, der kan være behjælpelig i at opnå meningsfulde fælles antagelser.

Vi antager, at med udgangspunkt i Gergens organisering af dialogen, kan vi med ledelsesbaseret coaching organisere generative dialoger.

6.3 Ledelsesbaseret coaching.

Som indledning til dette kapitel vil vi præsentere en definition på coaching, der danner basis for forståelse af coaching som samtaleform:

"Coaching er en samtaleform, hvor coachen hjælper og inspirerer den anden til at reflektere over og lære af sine erfaringer og udvikle handlingsmuligheder og evner til at nå mål, løse problemer og tackle udfordringer. En coach besidder gamemasterfærdigheder, dvs evnen til på den ene side at styre og koordinere samtalen hen imod fælles definerede mål, og på den side evnerne til at udvikle den andens forståelser gennem aktiv lytning og forstyrrende, reflekssionskabende spørgsmål samt ved at introducere forslag, feedback og

hypoteser, som tilbyder nye forståelser og handlingsmuligheder”.

(Søholm 2009 s. 67)

Denne samtaleform er en udviklingsproces, der retter sig mod fælles mål, og hvor man gennem samtalen kommer frem til handlemuligheder, der kan løse opgaver og udfordringer. I denne sammenhæng er det fælles mål det sammenhængende patientforløb, og samtaleformen skaber rammen for gennem refleksion at skabe nye forståelser, og at parterne udvikler nye handlemuligheder. I vores forståelse af coaching kan denne samtaleform finde sted såvel mellem to individer som i grupper.

Denne forståelse af coaching gives en yderligere dimension, når lederen inddrages som coach og beskrives i teorien om ledelsesbaseret coaching som en ledelsesfilosofi. At det er en ledelsesfilosofi betyder, at det er det menneskesyn, der præger organisationen og den grundlæggende opfattelse af hvilken ledelse, der får medarbejderne til at gøre deres arbejde (Søholm, 2009).

Det menneskesyn, der karakteriserer ledelsesbaseret coaching er præget af tillid, respekt og troen på, at medarbejderne har lyst og vilje til at udvikle sig og tage mere ansvar.

Dette menneskesyn ligger i forlængelse af ledelsesteoretikeren fra Human Relations- bevægelsen McGregors¹⁴ ledelsesteori Y, som tager sit afsæt i en socialkonstruktionistiske og anerkendende menneskesyn.

Ledelsesbaseret coaching defineres af forfatterne som en coachingform med afsæt i organisationen behov og opgaver, koblet med medarbejderens refleksioner om egen rolle og udvikling. I teorien betyder det, at coaching kan udvikle reflekterende deltagere i en organisation, der i deres refleksioner kobler

¹⁴ Mc.Gregor ledelsesteori om x og y menneskesyn og deres grundopfattelse af menneskets forhold til arbejdet. **Teori x**, her tænker lederen om sine medarbejdere at de har en medfødt modvilje mod arbejdet og vil forsøge at arbejde så lidt som muligt, mennesker undgår ansvar og vil ikke træffe beslutninger. **Teori y**, her er lederens adfærd i forhold til medarbejderne præget af respekt og tillid, de tænker at mennesket kan og vil gerne arbejde og har medfødt vilje til ville udvikle sig og tage ansvar.

deres egen viden, sprogspil og læring sammen med organisationens mål, ressourcer, værdier i løsningen af organisationens opgaver.

Teorien beskriver ledelsesdimensionen i coaching med begreberne de fire R-er: retning, rammer, råderum og relation. Begreberne kan kort beskrives, som at retning er den fælles forståelse af formålet med arbejdet og hvor, vi skal bevæge os hen. Rammer er vilkår og strukturer, der er fastsat i organisationen, økonomi, ressourcer, kompetencer, tid osv. Råderum betegner deltagerens selvstændighed og beslutningsområder i organisationen. Relationer har sigte på hvilke relationer, der er i organisationen og kvaliteten af disse. (Søholm 2004)

Teorien beskriver ledelsesbaseret coaching som en kultur, en måde at omgås hinanden på. Ved at indarbejde ledelsesbaseret coaching som samtaleform mellem alle niveauerne i en organisation udvikles en samtalekultur, som over tid bliver en del af det sprogspil, som organisationens deltagere tager med sig ind i alle former for samarbejde.

I det følgende argumenteres for principper og grundlæggende antagelser i ledelsesbaseret coaching, som vi mener, er af betydning i interventionen, der skal udvikle kvaliteten i sammenhængende patientforløb.

- At der aftales en kontrakt for samtale, indhold og proces.

Coachingens ramme bliver aftalt fra start og justeres løbende i processen. Det aftales fra samtals start, hvem der ansvar for processen, og hvad samtalen skal handle om. Coachens rolle er at være undersøgende, anerkendende og støtter ejerskabet hos medarbejderen, hvilket bidrager til refleksion hos medarbejderen. Coachen er aktivt samskabende og kan tilbyde medarbejderen gode ideer og muligheder. Coachen påtager sig ansvaret for processen og forpligter sig at løbende at bevæge sig ud af indholdet i samtalen og tjekke af, om der tales om det relevante på den bedste måde. Coachen varetager rollen som gamemaster.

Vi tænker at ovenstående princip, hvor dialogens rammer forhandles og aftales, og hvor lederen eller en af deltagerne i påtager sig rollen som gamemaster, kan

skabe en ramme om dialogen, der åbner for muligheden for en generativ dialog. At kunne påtage sig ansvaret som gamemaster forudsætter, at man behersker coachingteknikkerne.

- At benytte sig af aktiv lytning og forstyrrende, refleksionsskabende spørgsmål i samtaler stimulerer refleksion.

Denne måde at deltage i en dialog skaber en ramme, hvor deltagerne føler sig hørt og får mulighed for at kreere nye muligheder for handlinger, der kan løse opgaverne.

- At tilbyde forslag, feedback og hypoteser i en dialog er et princip, der muliggør at skabe noget sammen.

På den måde kan dialogen føre frem til at den viden og erfaring, som parterne medbringer, kan bringes ind i udviklingen af fremadrettede handlinger. At dette princip er en del af en samtaleform betyder, at dialogen kan foregå mere frit. Det er tilladt for deltagerne og man er faktisk ansvarlig for, at byde ind med viden og give feedback i udviklingen af nye muligheder. Det kan fastholde retningen og indholdet og få det bedste frem i deltagerne, og på den måde være samskabende og udvikle nye handlinger. Det er gamemasterens ansvar, at dialogen organiseres og gennemføres efter principperne.

Ledelsesbaseret coaching er en coaching form, der tager udgangspunkt i den kontekst den skal udfolde sig i, siger forfatterne. Det betyder, at det skulle være muligt gennem coaching at udvikle medarbejdernes kompetence og ansvar, således at når de møder situationer i deres praksis, som falder uden for den beskrevne standard, kan løse opgaven fagligt kompetent med udgangspunkt i organisationens mål og værdier.

Ledelsesbaseret coaching tager udgangspunkt i nogle grundforståelser af læring, som fokuserer på at koble den viden og praksis, deltagerne bringer med sig ind i læringssituationen med den organisatoriske ramme læringen foregår i.

Forfatterne er her inspireret af Kolb¹⁵, som siger at læring skal være målrettet, erfaringsbaseret og eksperimenterende i forhold til praksis. I coachingen sker dette gennem aktiv refleksion i samtalen, hvorved der på baggrund af erfaring og eksperimenterende refleksion skabes et nyt sprog for det, man vil gå ud og gøre fremadrettet. Denne tilgang til læring betyder at det er muligt gennem coaching at stimulere og udvikle en reflektiv praksis, hvor der stilles spørgsmål til det eksisterende sprogs spil.

6.3.1 Funktionskæden.

I ledelsesbaseret coaching tilbydes funktionskædetænkningen, som er en værdiskabende model, der sammenkæder patientens behov, opgaverne, medarbejdernes kompetencer og mål samt relationen mellem parterne. Begrebet er inspireret af Niklas Luhmann¹⁶, som har en antagelse om, at alle sociale systemer kobler sig på hinanden for at realisere en funktion. Når man skaber samtaler ud fra funktionskædetænkningen sættes den aktuelle arbejdsopgave i sammenhæng med kontekst (organisationens mål og værdier), den skal indgå i. Sammen udforsker deltagerne gennem dialogen med afsæt i ovenstående samtaleform den meningsgivende helhed, som funktionskæden udgør.

Sammenfattende betyder det, at de væsentligste grunde til, at vi vælger at benytte ledelsesbaseret coaching som intervention i denne afhandling er, at ledelsesbaseret coaching er en ledelsesfilosofi, som kan påvirke samtalekulturen. At det er en samtaleform, der er baseret på en forhandlet kontrakt og samskabelse af nye handlemuligheder.

At lærings- og udviklingstænkningen er baseret på deltagernes erfaring og eksperimenterende udvikling af nye muligheder gennem en samtaleform, der skaber en ramme for udvikling af en reflekterende og reflektiv praksis. Den værdiskabende funktionskædetænkning kan give grundlag for at skabe

¹⁵ David A. Kolb (f.1939) er amerikansk psykolog og professor og har beskrevet læring som en cirkulær proces.

¹⁶ Niklas Luhmann (1927-1999) var tysk sociolog og videreudviklede den sociologiske systemteori. I 1984 udgivet hovedværket Sociale Systemer.

generative dialoger og for samskabelse i løsningen af opgaverne med udgangspunkt i en fælles arbejdsmodel.

Omsætning af disse principper i ledelsesbaseret coaching vil ideelt set kunne udmønte sig i en organisatorisk kommunikationsform, der kan skabe nye former for sprogspil, og som over tid vil komme til udtryk i samarbejdet mellem region og kommune og på den måde bevæge samarbejdet i positiv retning. Denne forandringsproces forventer vi, kan udvikle og styrke såvel den faglige og som den økonomiske kvalitet i sammenhængende patientforløb.

7.0 Præsentation af afhandlingens empiri.

I de kommende afsnit vil vi præsentere vores informanter efter eksplorerende fortolkning og analyse af deres udsagn.

Vi har med afsæt i interviewguiden bedt informanterne fortælle om deres oplevelse af og erfaring med samarbejdet mellem kommune og region i forbindelse med patienters forløb i sundhedsvæsenet. Vi har som interviewere spurgt uddybende undervejs og efterspurgt eksempler på forløb, informanterne har været involveret i på hver deres niveau.

Vi vil afdække, hvad der karakteriserer samarbejdet og kommunikationen på de to niveauer. Hvilke mønstre og sammenhænge, der er i kommunikationen på leder- og udøverniveau.

I det følgende præsenteres først empirien fra ledelsesniveau med en efterfølgende sammenfatning af fund i analysen af datamaterialet. Dette efterfølges af et lignende afsnit fra udøverniveauet. Fundene diskuterer vi og konkluderer på den baggrund, hvad ledelsesbaseret coaching skal kunne håndtere for at skabe en positiv bevægelse i samarbejdet.

7.1 Empirien fra ledelsesniveau

7.1.1 Kommunal visitationschef

Præsentation af informant og kontekst.

Informanten er en mand i 40-erne. Han arbejder som administrativ visitationschef i en mellemstor kommune.

Hans arbejdsområder er opgaver, der omhandler det strategiske og administrative i driften af hans fagområde. Han er placeret på det strategisk politiske niveau i sin organisation. Han er ansvarlig for det faglige niveau indenfor sit organisatoriske område. Han har en økonomisk ramme, han kan bevæge sig indenfor, og derfor er det vigtigt for ham, at aftaler og spilleregler konkretiseres, og at de overholdes. Han samarbejder med det politiske strategiske niveau i regionen.

Han bruger sproget som redskab til at skabe værdier, succeser og resultater i ledelse af sin organisation.

Han er chef for flere niveauer i sin organisation, blandt andet en gruppe administrative personaler, der har med visitation af opgaver vedrørende bo-tilbud og administration af bostøttepædagog timer, jævnfører serviceloven. Herved har han ikke direkte kontakt med borgere eller de fagprofessionelle, der konkret udøver deres praksis i patientforløb. Han er ikke følelsesmæssigt involveret i forhold til opgaver omkring borgeren.

Direkte spurgt, tager han afstand fra at have kendskab til personsager, da han ikke bliver involveret på dette niveau i sin organisation, men han deltager i drøftelser på det strategiske administrative niveau. Han udtrykker, at han har forventninger til, at personsager løses af hans medarbejdere. Han skal være med til at trække linjer i sandet, og det er vigtigt for ham for at disse linjer og regler overholdes.

Fortolkning og analyse.

På spørgsmålet om samarbejdet med sammenhængende patient forløb siger visitationschefen, at man kan få de to sektorer til at tale sammen, ...*"ved at mødes"*. Vi fortolker dette udsagn som han mener, at mødet kan bruges til at afdække hinandens motiver og handlemuligheder, og derigennem i fællesskab søge at løse opgaverne i forhold til borgerne.

Visitationschefen siger at...*"det vigtigt at få en viden og indblik i hvordan forskellige dele af vores organisationer rundt om, fungerer..."*

Hans sproglige udtryk viser os, at hans virkelighed er præget af meget overblik og struktur. Han har brug for indsigt i den anden sektor, således han kan være med til at udvikle procedurer for, hvorledes samarbejdet skal reguleres. Han ønsker at bruge mødet til at reducere kompleksiteten i opgaverne. Han udtrykker behov for klare aftaler om opgavedeling, disse sprogspil fortolker vi som en meget bureaukratisk tilgang til mødet. Hans oplevelse af dialogen er ud fra det fokus, at den bruges til etablere aftaler og regler, han tænker ikke dialogen som en måde at opnå en anerkendende forståelse af et andet synspunkt. Sprogligt udtrykker han sin virkelighed og praksistænkning ud fra det perspektiv, der kaldes den reproducerende praksis, som omhandler de rutinemæssige opgaver i hverdagen med faste procedurer og regler, der er vigtige for effektiviteten i driften.

Strukturreformen er forsat ny, men har givet regionen og kommunen en del udfordringer i at få samarbejdet til at fungere. I løsningen af opgaverne bruger parterne eksisterende rutinepræget viden. Men der er økonomi, ressource forbrug og opgaveglidning på spil. Han bekymrer sig mest om de økonomiske vilkår og prioritering af ressourcer, da der i forbindelse med strukturreformen er sket forskydninger i bloktilskud mm.

Han er optaget af at finde løsninger, der ikke går ud over de økonomiske rammer, han bevæger sig indenfor. Han udtrykker sig ud fra den vinkel, at arbejdsgange skal være fastsatte og klart opdelte. Han vil have tydeliggjort,

hvem der gør hvad, og hvor ansvaret for opgaverne ligger. Hans sproglige udtryk viser de sprogspil, der udgør hans virkelighed.

Når han i interviewet giver udtryk for sit perspektiv i samarbejdet om sammenhængende patientforløb, fokuserer han på nogle elementer, der er vigtige for hans position, som værende: *...”aftalte spilleregler, som udmøntes konkret, og klare aftaler om varsler og responstid”....*

Han taler om, at samarbejde og bruge dialogen til at få fastlagt rutiner, regler og aftaler om opgavernes placering. Han ser muligheder i at få samarbejdet tydeliggjort, så han har regler og procedure klarlagte i egen organisation, når samarbejdet skal udmøntes konkret. Hans organisationskultur er karakteriseret af behov for regulariserede procedurer, arbejdsdeling, hierarki og det virker som om, det er de upersonlige forhold i organisationen, der fylder mest.

Vi oplever kommunalchefens sproglige udtryk kommer ud fra bestemte kontekster i hans organisation, og det virker vanskeligt for ham at forene de flertydige og modstridende krav og forventninger, der er til ham. Han vil gerne arbejde ud fra nogle standardiseret regler og strukturer, således arbejdsprocesser og procedure bliver tydelige. Herved kommer hans organisations bureaukratiske organisationsform tydelig frem mellem linjerne i interviewet. Han bevæger sig i en hierarkisk organisation med regelstyring.

Der er etableret netværk på tværs af sektorerne. Han siger, *”....man har brugt tid på at få netværksdannelse og en fælles viden kommunerne og regionen sammen. Både på myndighedsdelen og udførerdelen”... .*

Dialogerne i netværksmøder er vigtige, da det meningsfulde i samarbejdet udspringer af relationerne. I netværkene mødes man om blandede ting, *...”man træffer beslutninger om små banale ting til større beslutninger”.... .* Det beviser, at det er relationen og sproget, der skaber dialogen, og gør det muligt at opnå meningsfulde og fælles antagelser.

Netværket har fokus på samarbejdet og opgaverne ved sammenhængende forløb. Vi fortolker, at organiseringen i netværkerne er med til at sætte fokus på

hans praksistænkning, således han bevæger sig over i en mere reflekterende praksistænkning, da man i netværkene kan arbejde reflekterende og mere systematisk med at udvikle nye måder at samarbejde og løse opgaverne på.

Han fortæller, at han finder det vigtigt at være repræsenteret de steder, hvor der træffes beslutninger, der kan påvirke hans arbejdssituation og funktions og ansvarsområde. Han finder dette centralt for sin ledelse i organisationen, da han skal medtænke disse beslutninger i systemer og standarder for arbejdet med sammenhængende patientforløb.

Visitationschefen ved, at der er politisk bevågenhed på sammenhængende patientforløb og en del af hans opgaver er, at sikre at kommunen påtager sig sit ansvar, og at det sker i samråd med regionen, således udgifter og ansvar placeres i begge sektorer. I sin position, bruger han en del tid på at få regler og kontrol til at fungere. Han sprogspil og sproglige udtryk følger visse spilleregler, som udtryk for en bestemt måde at være i hans organisation på. Han bringer denne forståelse med sig ind i de sociale situationer, han er en del af.

Han kan se mange barrierer forude, som man er begyndt at tage hånd om, da det er vigtigt for ham at få samlet op på de patienter, der har brug for kommunalt sammenhæng, han siger ” ... *det er i hvert fald en udfordring for os en gang imellem*”. Hans system er ikke gearret til at tage mange uforudsete opgaver ind, derfor er det vigtigt for ham, at der er systemer og standarder for procedurer omkring opgaverne med patient forløbene, eller som han siger ... ”... *ellers er der en gruppe der bliver..æh...der bliver tabt...*”. Organisationer er levende systemer, og der sker hele tiden forandringer og opstår situationer, som systemer, standarder og aftaler ikke kan håndtere og rumme.

Han finder derfor forhandling om snitfladerne i mellem sektorerne og fordelingen om opgaverne, som væsentlige at få afklaret. I forhandlingerne er der brug for at være polyvokal, at kunne skifte kurs, mestre forskellige former for dialog og hæve samarbejdsopgaven til rette ledelsesniveau.

Han bekymrer sig for borgerne, han ved de har behov for hjælp, og det ligger indenfor hans ansvarsområde at løse disse opgaver. Han opfatter det manglende samarbejde som potentielle problemer, og han bekymrer sig om de pårørendes reaktioner, hvis kommunen ikke løser opgaverne. Han har ikke brug for, at der kommer yderligere politisk fokus på området.

Han udtrykker mellem linjerne, at han har forventninger til, at personsager løses af hans medarbejdere. Hvor svært kan det være, det har han folk til. Hans opgave er at trække linjer i sandet, og han har behov for, at disse linjer og regler overholdes.

Han vurderer opgaverne ud fra faglige og økonomiske vilkår. Han bruger ordene ”*udfordringer, forskellige interesser og interesse modsætninger*” om konflikterne med at få aftalt spilleregler, procedurer mm. Her er det vigtigt, at der et sammenhæng mellem ledelses- og udøvniveau. Han vurderer opgaverne subjektivt ind i egen kontekst. Han siger ikke noget om, hvad der kan være vanskeligt på andre niveauer i egen organisation eller hos regionen.

Han tænker mest på, hvordan standardisering af arbejdsprocesser kan flytte fokuset fra hans område til det udøvende område, hvor opgaven skal udmøntes. Han søger herved, måske ubevidst at fastfryse opgaven i klare aftaler, så han ikke skal forholde sig til dem mere. Denne tænkning udspringer af den reproducerende praksis tænkning, som er vigtig for at sikre organisationen effektivitet og reduktion af kompleksiteten i opgaverne. Denne tilgang kan dog modvirke fleksibilitet i hans organisationskultur og levner ikke megen plads til at tage sig af uventede specielle problemer, hvor der ikke er udviklet rutiner for opgaveløsningen.

Standarder tager ikke højde for kontinuerlig udvikling og forandring i omgivelserne, og vil derfor på en måde være forældede fra de skrives og til de søges implementeret. Derfor vil de altid skulle suppleres af dialog, hvor der udvikles nye måder at løse opgaven i den konkrete sammenhæng. Dialogen bruges her til at give mening for parterne i at finde løsninger, der ligger udenfor standardernes beskrivelse.

Visitationschefen siger noget om selve udformningen af den fælles sundhedsaftale ”...*det er et større digert værk og det tog jo Det skulle tages med tang til sidst...*”.

Når han udtrykker sig på denne måde, vurderer vi det som et tegn på de barrierer og modstand der opstod i partners kommunikation om selve aftalen. Parterne har siddet i møderne, og set aftalen ud fra deres eget perspektiv, og selvom parterne søgte at forstå hinanden, så var det svært at opnå enighed.

Hvem har magten over hvem, og hvem kunne tillade sig at skære igennem da sundhedsaftalen endeligt skulle udformes. Her sidder to sideordnede ledelsessystemer og søger efter løsninger på udformning af sundhedsaftalen. De har forskellige motiver, deres organisationskulturer og værdier er forskellige, og herved har de haft svært ved at koble sig på hinandens sprogspil vedrørende sundhedsaftalen. Dialogen forbliver herved meget kulturelt bestemt.

Vi fortolker at sundhedsaftalerne er udtryk for en generel og bureaukratisk måde at håndtere samarbejdet mellem sektorerne på. Når sundhedsaftalerne foreligger i skriftligt format, er de en del af de sprogspil, som parterne kommunikerer om i opgaveløsningen med at sikre flere sammenhængende patientforløb.

Visitationschefen siger ”.. *at nu ensretter man og nogen vil sige harmoniserer..*” I sin position er det vanskeligt for ham at acceptere, der er mange ting på spil. Han udviser frustrationer over, at ”*nogen og man*” aftaler noget, som påvirker ham i hans organisation. Han er tilsyneladende ikke enig, men virker loyal overfor de truffe beslutninger. Der kunne her være en grad af mismod i forbindelse med følelsen af ikke at være blevet hørt og forstået.

Han mener, det kan være svært at få hans organisations særlige kendetegn tydeliggjort ved denne ensretning og harmonisering. Man har ikke taget højde for i sprogspillene, hvordan han kan implementere ...” *ensretning og harmonisering...*” i hans organisations måde at tænke og handle på. Konsekvenserne af disse beslutninger påvirker hans arbejdsområde og hans

medarbejdere. Det kan vanskeliggøre, at overholde de økonomiske rammer, og herved risikerer han besværlige udfordringer, noget han godt kunne undvære.

Før visitationschefen videregiver informationer om ting, der er aftalt og drøftet på de fælles netværksmøder, så skal det aftalte foreligge på skrift, ” *ellers kan vi risikere, at der er uklarheder på spil ...* ”.

Han taler om ...”*den formelle del af aftalerne*”..., som han kommunikerer videre til sine medarbejdere. Han vil være den, der påvirker informationer i bestemte retninger og søger herved at mindske kompleksiteten i informationerne, der tilfalder hans medarbejdere. Vi tolker dette som værende udtryk for hans bureaukratiske tankegang og organisationsstrukturen generelt i hans virkelighed. Han udtrykker sig klart og konkret, for det er det, der giver mening for ham i hans kontekst. Dette er hans måde at opretholde den reproducerende praksistænkning, som søger at øge effektiviteten og reducere kompleksiteten i den daglige drift..

Men han taler også om ...”*den uformelle del af aftalerne...*”, som vi fortolker som hans måde at udtrykke, at der er områder, der ikke kan formidles skriftligt og forbliver individuelle og kontekst afhængige og som ikke passer ind i reglerne. Her løser man en opgave ved hjælp af en individuel, ikke formaliseret metode. Der opstår nye sprogspil i organiseringen af uformelle informationer.

Visitationschefen fortæller, at når det drejer sig om specifikke patientkategorier, hvor der kan være problemer med boformer og ventelister, har møderne og samarbejdet i netværksgrupperne gjort at ”... *man var enige om at det var et fælles problem...*”

Vi fortolker dette værende udtryk for, at visitationschefen ser begyndende muligheder frem for kun begrænsninger i det nye samarbejde. Det at parterne mødes ...”*face to face*”..., er ikke altid ens betydende med at parterne får dialogen i gang. Men omkring denne specifikke problemstilling er det i begge parter interesse at nå en løsning. De får herved dialogen til at ske i det offentlige rum, de får koordineret den sproglige indsats og samarbejdet bliver

kontekst bestemt. På sigt kan kommunikationen og samarbejdet være med til at de i fællesskab kan være mere åbne omkring andre specifikke problemstillinger. De skaber og udvikler en ny samarbejdsform og struktur omkring en specifik patientgruppe. Parterne fremstår her mere reflekterende, de søger i fællesskab at finde en mere systematiske tænkning om de begreber og koncepter der ligger bag opgaven. Her lykkes det parterne at skabe mening i at tale om sagen og ikke tillægge hinanden forskellige intentioner eller værdier, men at parterne ved hjælp af sprogspil stræber efter i fællesskab at udvikle nye måder at løse opgaverne på.

Visitationschefen udtrykker her en måde og mulighed for at løse problemer, der ligger udenfor den koordinerede rutinemæssige ramme, han hele tiden søger at befinde sig indenfor.

For visitationschefen er det vigtigt, at kunne fremvise nogle områder, hvor der er succes med sundhedsaftalen. Han vil overfor sin ledelse vise, at han bestrider performance evner, der gør, at han magter sit ansvars og funktionsområde.

Han ser udviklings muligheder og kan allerede nu give udtryk for at ...*"det"*... (netværksdannelserne) rent faktisk ser ud til at virke. Han siger *"....den fælles øjenåbner. Vi stod og kiggede på ventelisten...."* Parterne var bevidste om, at her var et fælles problem, de ikke kunne løse indenfor egne organisatoriske praksis, men at de i fællesskab, via dialogen kunne finde konstruktive, meningsgivende løsninger, som var håndgribelige for begge parter.

Han har erhvervet sig positive erfaringer, som gør, at han næste gang kan trække på disse erfaringer, og derved være mere lydhør overfor nuancerne i de andres sproglige fremstillinger. Ved at udrette noget sammen med andre, er hans konstruktion af virkeligheden ændret. Han har gennem relationer, kommunikation og sprogspil udvidet sin sociale virkelighed og forhandlet sin mening i praksisfællesskabet.

Gennem hele interviewet udtrykker visitationschefen sig meget om *"dem, de andre fra regionen"* og *"os, sig selv og hans organisation"* som udtryk for at samarbejdspartnerne er to meget forskellige organisationer. Han sprog er meget ud fra strategier og visioner, han er løsningsorienteret i at få procedure og aftaler på plads, som udtryk for hans virkelighed og den måde, hans organisation sprogligt udtrykker sig.

I næste afsnit præsenteres vores anden informant på det ledende niveau. Efter præsentation, fortolkning og analyse vil vi trække mønstre og sammenhænge frem, som beskriver karakteristika for samarbejdet på det ledende niveau i begge sektorer.

7.1.2 Regional chef.

Præsentation af informant og kontekst.

Informanten er en mand i 40-erne. Han er ansat som en af de øverste administrative ledere indenfor regionens social og psykiatri område.

Rammerne for hans arbejde er, at han administrativt skal forholde sig til politikker og strategier for hans virksomhedsområde - hele det psykiatriske område i regionen. Han er ansvarlig for udvikling af det faglige niveau og sikre implementering af nye udviklingsområder indenfor hans organisatoriske virksomhedsområde.

Han mødes jævnligt med regionens politikere. Han samarbejder med det strategiske niveau i kommunerne. Han taler ud fra et strategisk politisk niveau. Han forholder sig politisk og strategisk til samarbejdet om sammenhængende patientforløb.

Sproget, kommunikation og dialog er vigtige nøgleredskaber i hans funktionsområde. Men han har et meget strategisk sprog, og de sproglige vendinger han benytter sig af, oplever vi som et meget "politisk korrekt" sprog. Hovedprincippet i hans organisation er, at styring sker gennem dialog mellem de forskellige ledelsesområder og niveauer, og man bliver målt på den overordnede fælles mission.

Han har ikke direkte kontakt til udøvende behandlere eller patienter og pårørende. Han udfører sit arbejde på afstand af patienten, han taler om og ikke med patienten. Men han ser patientklagerne og hører historierne om patientforløb, der ikke fungerede optimalt og kommer dermed indirekte i kontakt med det udøvende niveau og han siger, at han kan" *se, at det ikke altid fungerer lige smidigt i de der overgange...*".

Fortolkning og analyse.

På spørgsmålet om samarbejdet med sammenhængende patient forløb siger regionslederen," *vi har stadig mange organisatoriske tilpasninger...*".

Han udtrykker bekymringer om organiseringen og strukturer i egen organisation og i kommunernes interne organisering efter strukturreformen. Han udtaler sig som repræsentant for sin organisation, og her er der forventninger til, at han udtrykker politiske prioriteringer vedrørende samarbejdet med kommunerne. Han sprogspil er udtryk for hans virkelighed og hans organisatoriske placering.

Han giver indirekte udtryk for, at han har forventninger til at alle i hans organisation er klar over, hvad der forventes af dem indenfor deres faste og specialiserede arbejdsområder. Han har forventning om, at tingene fungerer. Vi oplever denne tilgang til organiseringen og driften som værende overvejende bureaukratisk.

Han finder forhandling om snitfladerne mellem sektorerne og fordelingen af opgaverne som væsentlige at få afklaret. Når han taler om samarbejdet de to sektorer imellem, giver han udtryk for synlige forhindringer, han siger" *parterne har fået skabt nogle barrierer, som er særdeles uheldige*"...

Det er fint at kunne se "barrierer" i samarbejdet, men han giver ikke udtryk for hvilke handlinger, han kunne tænke sig, der kunne påvirke disse barrierer i en mere konstruktiv, fremadrettet og positiv retning. I forhandlingerne om snitfladerne, er der brug for at være polyvokal i dialogen, at kunne skifte kurs, mestre forskellige former for dialog og løfte ansvaret for samarbejdsopgaven til rette ledelsesniveau.

De forhandlinger, der sker i kommunikationen parterne imellem, har ikke fået tydeliggjort ansvar, rolle og opgavefordelingen i den nye struktur. Dialogerne har ikke skabt en koordineret indsats. Sprogligt udviser han en vis administrativ distance, og dette kan være en af grundene til at parterne ikke har fået en fælles sproglige forståelse om opgave løsningen.

Han ser, at den kommunale sektor ...*"er ved at falde i den grøft vi selv har været i..."*. Viden han tilsyneladende ikke deler med kommunen. Denne viden og hans indsigt forbliver i hans egen organisatoriske område, og hermed bringes den ikke ud i det offentlige rum. Men set fra hans position, skal man ikke blande sig i den anden sektors virksomhed og drift, da man ikke kender hele sandheden om den anden organisation. Han forholder sig loyalt til egen organisation, og måden man samarbejder på.

Vi fortolker hans udsagn som udtryk for, at når kommunerne bruger mange ressourcer på at få interne strukturer til at fungere, så har de ikke meget overskud til at forfølge samarbejdet og forventninger til modparten. Herved har regionchefen mere spillerum til at søge løsninger i egen organisatorisk virksomhed. De forskellige kulturer der er fremherskende hos de samarbejdende organisationerne bidrager her til at skabe afstand mellem partnerne, frem for udvikling af fælles forståelser.

Regionchefen udtrykker: ...*"at det er hensigten at skaffe fornuftige og gode overgange"*..., så patientklager ikke rejses overfor regionsrådets politikere eller fremstår som formelle klager.

Han kender til klagesager, og han kender til den politiske opmærksomhed disse klager får, og på den måde er han underlagt et pres fra borgeren, de pårørende og de politiske valgte, så han føler sig presset fra mange sider. De sprogspil, der finder sted om patientklagesager, er regionchefen bekendt med. Han kender reglerne og kulturen for, hvordan man kan bruge dialogen og sprogspillene til at tale, handle og tænke om klagesagerne.

Vores fortolkning er, at for ham forbliver klagesagerne bureaukratiske papirsager og han søger ikke at medtænke den læringsmæssige side i håndteringen af sagerne. Han forholder sig til klagerne ud fra sin eksisterende viden og erfaring.

Konteksterne for de individuelle sager vil altid være forskellige, men for at der kan ske læring og udvikling indenfor dette område, er han som leder nødt til at få italesat disse problemer, både i egen organisation men også i forhold til den kommunale del af opgaven. For at opnå forandringer er han nød til at finde frem til en mere reflekterende praksistænkning, således der arbejdes mere systematisk og reflekterende over løsninger i og læring ved klagesagerne. At reflektere er at lege med sproget og skabe nye spil om samarbejdet og opgaveløsningen.

Vi fortolker, at han er vidende om, at samarbejdet kan blive bedre. At hans organisation også har en andel i at tingene ikke fungerer og indsatsen i samarbejdet må koordineres, og der udarbejdes formelle strukturer for samarbejdet. Han tænker meget i at få tydeliggjort, hvor ligger ansvaret, og hvem har opgaven, så man kan forholde sig til det, og derved mindske klagesagerne. Denne tænkning ligger i den reproducerende praksis tænkning, hvor det vigtigste for organisationen er at få løst daglige rutinemæssige opgaver, så der opnås en effektiv drift.

Regionen vil gerne være kendt for sin kvalitetsbevidste faglige indsats overfor borgerne, men det kan være svært at få tydeliggjort dette helt ud til yderste led i organisationen. Det virker ikke til, at sprogspillene om høj kvalitet i ydelserne er implementeret på alle niveauer i hans organisation. Her er det vigtigt, at der et sammenhæng mellem ledelses- og udøverniveau. Hans ansvar og funktionsområde gør ham til leder af flere faggrupper, og han udviser vanskeligheder med at være kritisk overfor nogen, men han udtrykker alligevel sin undren over det han oplever blandt de forskellige faggrupper.

Han siger ...*"at enhver faggruppe i det danske sundhedsvæsen taler jo om en indsats for den hele patient.....at så er det da underligt, at vi har store*

bøvlerier med overgangene...". Her fortolker vi, at måden man løser opgaver i praksis er præget af den reproducerende tænkning, medarbejderne udfører opgaverne som de plejer, uden at tænke over, hvorfor de gør det.

Han finder det problematisk, at de forskellige fagprofessionelle ikke påtager sig det ansvar, der ligger indenfor deres arbejdsområde, da det burde være klart og tydeligt, hvem der gør hvad. Her udtrykker han situationer i sin praksis, der peger på manglende sammenhæng mellem niveauerne i hans organisation.

Regionchefen siger*"Vi skaber modeller og strukturer, der er gode for patienten og os selv som organisation."* På sit niveau og i sin konstruktion af virkeligheden, er det vigtigt, at kunne fremkomme med synlige tilbud til patienter og pårørende, således det politiske niveau kan se, at man bevæger sig og udvikler sig inden for den prioritering og økonomiske ramme, som politikerne har udstukket.

Han siger ...*"...der er sat for lidt fokus på hvordan er det vi sikrer os en god overgang..."* Underforstået, her er et område regionen og kommunerne må have mere fokus på. Vi tolker det, som han efterlyser redskaber til at fokusere mere på processer frem for de enkelte sager, men han får ikke italesat dette i dialogerne. Han inviterer ikke nysgerrigheden ind i dialogerne med kommunerne og hans erfaringer forbliver hans egne. Dette kan være udtryk for, at strukturreformen ikke har medtænkt, at i samarbejdet mellem parterne, er det to ligestillede ledelsessystemer der skal få samarbejdet til at fungere. Der er ingen øverste myndighed med det definitive ledelsesansvar.

Regionschefen udtrykker at strukturreformen *"... giver jo så andre udfordringer i at få det til at spille fornuftigt sammen"...*, . Som leder er han nødt til at få disse udfordringer ind i sin konstruktion af egen virkelighed og ved hjælp af dialog og sproget i egen organisation, kan han tydeliggøre hvilket sprogspil, der skal være styrende for den kommende udvikling, så parterne spiller fornuftigt sammen om opgaverne.

Han kan se muligheder frem for kun begrænsninger ved at etablere netværk.
"... dybest set simpelt, men det at have kendskab til hinandens muligheder er guld værd..."

Han taler ligefrem om guld. Han siger, at samarbejdspartnerne gerne vil skærpe opmærksomheden på hvordan betingelser er arbejdsmæssigt, og patientmæssigt i netværkskontekst.

Ved hjælp af netværksdannelser, har man fundet en ny vej til samarbejdet. Det er noget, som kan komme patienter, pårørende, de fagprofessionelle og sektorerne til fordel. Det er en ny måde for begge parter at samarbejde om opgaver på. Det er fremadrettet og positivt. Det er udtryk for, at her foreligger der en tænkning der kendetegner den reflekterende praksis, og som kan være med til at udvikle nye måde at løse opgaver på. Det kan på sigt give positive resultater i samarbejdet om sammenhængende patientforløb.

Disse netværk og sprogspillene om disse netværk giver mening for begge parter af samarbejdet. Sprogspillene er forbundet med praksis og bestemte former for sproglig aktivitet, som parterne kan handle i overensstemmelse med. Det at man kan se en mening med netværkene, gør at de ikke kun er subjektive oplevelser, men bliver bundet op på de sociale relationer og kan blive et kulturelt fællesskab.

I netværkene drøfter man mening med og handlemuligheder i sundhedsaftalerne. Han siger, *"... der kan de der sundhedsaftaler, der kan de godt gå hen og blive et spændende værktøj at arbejde med...."*

Hans sprogspil om sundhedsaftalerne får først betydning når ord, begreber og værktøjer bringes ind i relationerne. Det er ikke nok, at han som den ene part af samarbejdet opfatter sundhedsaftalen som et begreb der giver mening, det skal bringes ind i fællesskabet. Dialogen kan være med til at invitere nysgerrigheden ind i sprogspillene om sundhedsaftalerne og være behjælpelige med at opnå meningsfulde fælles antagelser.

Regionschefen udtrykker, at han syn på sundhedsaftalerne er at,” *så tror jeg da vi har nogle værktøjer som kan være gode, hvis vi evner det som organisation at få det rigtigt i spil, frem for bare at være papir, der tilkendegiver nogle hensigtserklæringer....”*

Når han mener at sundhedsaftalerne kan være et spændende værktøj, kan vi tolke det således, at der foreligger nu officielle regler, normer og aftaler, som man reelt kan føre kontrol med og som på skrift tydeliggør, hvor opgaven og ansvaret placeres. Her er et redskabet, som parterne kan holde hinanden fast i. Han udtrykker, at hensigterne med sundhedsaftalerne er gode, men han får ikke tydeliggjort, hvordan han tænker processen med at få dem ”*rigtigt i spil*” skal foregå.

I sine sprogspil om sundhedsaftalerne fokuserer han mest på hvordan han kan øge effektiviteten og reducere kompleksiteten i opgaverne. Men for at opnå forandringer, og få sundhedsaftalerne ”*rigtigt i spil*” må han forsøge at udvikle den tænkning, der er karakteriseret ved den reflekterende praksis, hvor man systematisk og reflekterende arbejder med at udvikle nye måder og handlinger til at løse opgaverne på.

Standarder tager ikke højde for kontinuerlig udvikling og forandring, der sker i omgivelserne. De vil derfor på en måde være forældede fra de skrives og til de implementeres. Derfor vil de altid skulle suppleres af dialog, hvor der udvikles nye måder at løse opgaven i den konkrete sammenhæng. Dialogen om indholdet i sundhedsaftalerne handler om en form for koordineret indsats, hvor indsatsen er afhængig af feedback på de individuelle sproglige ytringer. Organisationer er levende systemer, og der sker hele tiden forandringer og opstår situationer, hvor standarderne og aftalerne ikke rummes.

Vi tillader os at forstå sundhedsaftalerne som et værktøj og organisationerne som sociale konstruktioner, og værktøjet kan være med til gennem samarbejdet, dialogerne og sprogspillene at skabe en ny social konstruktion, og herved give fælles og koordineret handlinger i samarbejdet om de sammenhængende patientforløb.

Regionchefen giver udtryk for, at han er bekendt med, at nogle gange opstår der ...”*personbårne autonome anarkistiske individuelle tiltag...*”, for at få sammenhæng i specifikke patientforløb, og som i den enkelte situation kan være nødvendigt.

Med dette udsagn tolker vi, at han mener, at når den personlige relationen danner hele grundlaget i arbejdet med sammenhængende forløb, giver det ofte individuelle anarkistiske forløb. Det bliver en privat metode, erfaringerne bliver ikke beskrevet og almengjort.

Vi opfatter, at han på en måde devaluerer medarbejderne, og fratager dem ansvar og handlekompetence. Det at kunne håndtere de situationer, der opstår i praksis og som falder uden for standardbeskrivelserne, kræver selvstændighed og et godt fagligt fundament, men det er ikke noget han efterspørger. Det er ikke noget, man i hans organisation får nogen som helst anerkendelse for.

Han er bekendt med, at nogle gange er disse autonome individuelle tiltag nødvendige, men så søger han at almengøre disse handlinger, så flest mulige får gavn, af netop disse nye metoder. Han giver herved udtryk for en form for nytteetik, flest mulige får gavn for mindst muligt indsats. Han fremhæver at ...”*det vigtigste er, at metoder og tiltag skal give mest muligt udbytte....*”.

Set ud fra hans virkelighed og bureaukratiske struktur, er det vigtigt at procedurer og regler bliver rammesat, så det bliver standardiserede forløb, som flest mulige kan få glæde af. Han tillægger ikke relationen i de sammenhængende patientforløb særlig stor værdi. Vi oplever, der er langt fra hans niveau i organisationen til det udøvende niveau.

Kommunikation og den måde kommunikation er organiseret på er betydningsfuldt og centralt i en organisation. Kommunikation kan være generativ og skabe vækst eller den kan være dysfunktionel og ødelæggende, både i forhold til individet og til hele organisationen. Når han som chef påpeger og opfatter selvstændige handlinger som autonome individuelle tiltag, kan det være udtryk for, at kommunikationen i organisationen ikke er ideal og

gennemskuelig. Der opstår hele tiden nye sprogspil, da viden og sproget udvikler sig kontinuerligt i sociale praksisfællesskaber, og som han forsøger at få indlejret i organisationens traditioner.

Gennem hele interviewet oplever vi, at regionschefen udtrykker sig sprogligt i et politisk, korrekt, administrativt sprog og det undrer os, da en del af hans arbejde også består i at kommunikere med fagprofessionelle personer, med politikere og andre ikke sundhedsfaglige personer. Vi fortolker dette som en måde at forblive på sit bureaukratiske ledelsesniveau i organisationen. Sprogspillene om samarbejdet i sammenhængende patientforløb, forbliver organiseret i hans ledelses stil og udtryksmåde. Han synes ikke, det er legitimt, at han udtaler sig i "almindeligt sprog" i hans position med politisk og strategisk ledelses tæft.

7.1.3 Analytiske fund.

I dette afsnit sammenfatter vi de analytiske fund fra det ledende niveau. Analytiske fund beskriver de mønstre og sammenhænge, vi gennem fortolkning og analyse har fundet karakteriserer samarbejdet mellem den regionale behandlingssektor og den kommunale indsats, når de planlægger og koordinerer sammenhængende patientforløb.

Udsagn fra begge informanter på det ledelsesmæssige niveau viser os, at de begge ser sundhedsaftalerne som et arbejdsredskab og et værktøj, der kan være med til at tydeliggøre regler, procedurer og handlinger i forhold til de sammenhængende patientforløb. De taler begge ud fra en økonomisk ramme, der er væsentligt for deres udtryksform i samarbejdet. De tolker sundhedsaftalen ind i egen organisation med dens kultur, normer og værdier.

Retningen for dem er strukturer og modeller, der kan give klarhed i snitflader mellem kommune og region, og de har forventninger til, at dette vil virke i deres samarbejdet. Det retter sig meget mod koordination og rutineprægede tilgange til samarbejdet.

Vi finder, at begge parter føler sig ansvarlige for borgeren, og som udgangspunkt er de interesseret i at etablere sammenhæng i patientforløb.

De har begge konstateringer af ting, der kunne være anderledes eller bedre, men de søger ikke at udrede disse ting. Det er en konstatering, som forbliver i egen organisation, og hermed bliver det ikke offentlig viden. De virker fastlåste i egen systemverden.

Begge ledere forholder sig til samarbejdet om sammenhængende patientforløb med en vis administrativ distance. Deres fokus er meget i de områder, man kalder driften og kvalitetssikring. Når det er vanskeligt for os at finde deres værdier, så vurderer vi, at det også er vanskeligt for medarbejderne i deres organisation at koble sig på det værdifulde i samarbejdet. Vi oplever, der mangler forbindelse mellem ledelseslaget og det udøvende lag i begge organisationer.

Begge ledere giver udtryk for, at de vil have strukturer og modeller for samarbejdet og patientforløbene, de finder ikke det relationelle som værende væsentligt for samarbejdet, selv om det er beskrevet fra flere sider i sundhedsvæsnets, at det er relationen, der kan være det bærende i et sammenhængende patientforløb.

Begge siger noget om intern kommunikation i egen organisation, men det kommer også frem, at informationsveje i deres organisationer er lange og besværlige.

Begge informanter har udtryk som f.eks. autonome tiltag og uformelle aftaler, og her siger de noget om, at der finder kommunikation sted, som handler om at håndtere praksissituationer, som ikke er indskrevet i standarder og sundhedsaftaler.

Vi finder mønstre på, at informanterne virker mere opsat på, at forhindre klagesager end at trække læring ud af disse. Ledernes virkelighed er præget af refleksioner over handling, men de løfter ikke deres refleksion op på det refleksive niveau, hvor de stiller spørgsmål til organisationens eksisterende begreber.

Strukturreformen har ikke tydeliggjort, hvem der entydigt tager sig af patientklagesagerne, og begge ledere ønsker at have så lidt fokus på disse som muligt.

Begge informanter vil helst undgå, at der er følelser, der blander sig i samarbejdet. For dem er det mere rationelt at tænke i regler og strukturer, som kan fastsætte arbejdsgange for samarbejdet.

Netværksdannelse på tværs af region og kommune finder begge ledere som et væsentligt redskab, og begge giver udtryk for, at det er her, dialogerne kan være med til at styrke samarbejdet på tværs af sektorerne i de specielle og vanskelige sager. De siger noget om tillid, indsigt og relation i mødet har ført noget positivt med sig.

7.2 Empirien fra udøverniveau

7.2.1 Bostøtte

Præsentation af informant og kontekst.

Informanten er en kvinde i 50-erne. Hun har arbejdet som bostøtte for psykisk syge borgere i adskillige år. Hendes opgave er, at støtte og vejlede de psykisk syge, som hun benævner brugere, i at mestre deres hverdag. Målet for hendes arbejde er, at brugerne lærer at leve et så normalt liv som muligt med deres psykiske sygdom. I hendes funktion samarbejder hun med psykisk syge, pårørende, interne og eksterne fagprofessionelle samarbejdspartnere.

Bostøtterne har et fælles kontor, hvor de fagprofessionelle mødes og afholder samarbejds møder med interne og eksterne samarbejdspartnere. Den største del af arbejdstiden bruges i sammen med brugeren i eget hjem eller som støtte i forbindelse med at udføre hverdagsaktiviteter.

Organisation, bostøtten repræsenterer, har i forbindelse med regionaliseringen haft skiftende ledere.

I uddybningen af samarbejdet omtales sundhedsaftalerne, udskrivningsaftaler og samtykkeerklæringer som fælles arbejdsredskaber for begge sektorer. Disse redskaber har informanten meget lidt eller ingen kendskab til.

Fortolkning og analyse.

I interviewet siger Bostøtten om samarbejdet *"at vi kommer for lidt på banen i bostøtten"*. Hun ser sig selv som værende for lidt involveret i samarbejdet om patienten og har en forventning om, at personalet på hospitalet skal kontakte hende. *"De kunne godt rette henvendelse"*. Hun vil gerne samarbejde, men ved ikke hvornår og hvordan og til hvem, hun kan henvende sig. *"Vi vil da gerne inviteres"*. Hun synes at tale ud fra en norm i egen organisation, at samarbejdet kommer i stand gennem en invitation til hende. Der er ingen refleksion over hvorfor hun skal inviteres. I samarbejdet overlader hun initiativet til personalet på hospitalet.

"Jamen det er jo svært, fordi man ser det med forskellige øjne. Når man kigger på hvor dårlige de er på en afdeling, så kan man jo godt synes dem der har det lidt bedre, de har det godt. Men det er jo nogen gange at de ikke er gode nok til at komme hjem og have en hverdag". Hun har øje for, at der er forskel på de rammer, patienterne skal fungere i med deres sygdom. At det er i en anden kontekst, hun skal hjælpe patienten. Der er forskel på, hvordan de fagprofessionelle vurderer patienten i hver deres kontekst. Hun siger ikke direkte at patienterne udskrives for tidligt, men det er budskabet.

Bostøtten føler sig ikke inddraget og hørt ind i samarbejdet om brugeren. Hun har en viden, der ikke bliver brugt af den anden sektor. *"..... fordi jeg vidste hvordan hverdagen den var, og jeg kunne også se, hvordan hun havde det"*. Bostøtten mener, brugeren er i en meget anderledes situation under indlæggelse, *"de er beskyttet, når de er indlagt"* og siger, at det er noget helt andet, når brugerne kommer hjem til dem selv. Hun siger her, at personalet på hospitalet ikke ser sagen fra brugerens side efter udskrivelse og dermed heller

ikke fra hendes perspektiv. Hospitalets dagsorden er en anden. Deres opgave er at udskrive patienterne, så snart de vurderer at patientens behandling kan fortsættes i ambulant. Bostøtten vurderer, at patienten udskrives for tidligt.

Hun siger at *"Folk har ladet sig udskrive uden vi har vidst det"*. Hun udtrykker frustration over eksempler, hvor brugere er udskrevet, uden hun er orienteret. Hun har en viden om, hvad der er muligt at få af hjælp i kommunen, men at brugerne i forbindelse med udskrivelse bliver lovet noget andet, *"Og så er de blevet bevilget alt for mange timer, hvor vi lige kunne komme med det reelle timetal"*. Hjælpen til patienten bliver aftalt i en anden kontekst, og der er ingen refleksioner, hvad dette betyder i en kommunal kontekst. Hun er underlagt en økonomisk ramme og begrænsede ressourcer, som hun handler på baggrund af. Hendes relation til brugeren påvirkes negativt, når hun skal håndhæve den organisatoriske ramme. Der udføres vurderinger og handlinger i en reproducerende praksis med hver sit organisatoriske afsæt. Bostøtten står efterfølgende og skal håndtere en kompleks situationen, som falder uden for de beskrevne rammer.

Bostøtten har ikke indflydelse på forløbet inden udskrivelse, *"Det har vi ikke haft indflydelse på. Vi har bare kunnet tage dem.... Og det er træls"* Hun udtrykker afmagt og resignation i sin position. Det er hospitalet, der får/tager retten til at bestemme. Der er ingen samarbejde eller dialog, men derimod en monolog om den fælles opgave. Bostøtten skal overtage en opgave, hun ikke har haft indflydelse på. Hun har affundet sig med samarbejdsformen, men udtrykker frustration over at skulle udrede beslutningerne når borgeren kommer hjem. Hun har tilpasset sig en samarbejdsform, som hun er frustreret over. Resultatet af dialogen eller mangel på samme bliver negativt. Hun kan handle på baggrund af en norm, hvor hun skal "overtage" det videre forløb sammen med patienten.

Bostøtten synes, det er ærgerligt at hospitalet arbejder i en retning, og det er noget andet, der er brug for når brugeren kommer hjem. *"At I arbejder hen på noget og så er det noget helt andet når de kommer hjem"*. Hun har øje for en

forskellig faglig tilgang i arbejdet med brugeren, men siger også, at hospitalet er urealistiske, og der er for bostøtten ikke nogen form for familielighed. I denne situation er der ikke genkendelse for bostøtten. Hun kan ikke finde lighederne i sprogspillet.

Bostøtten kommer i et dilemma, når hun møder med hospitalet skal tale om borgeren, når han/hun er til stede. Hun skal her repræsentere de kommunale regler og holdninger og give udtryk for vurderinger, der kan være i modsætning til hospitalets og eventuelt også brugerens. Får følelsen ” *Det er min skyld*” i relationen med patienten, når hun skal argumentere for faglige vurderinger brugeren og samarbejdspartnerne på hospitalet ikke er enig i. Her mødes forskellige kulturer, og hun skal mestre at være ”polyvocal” og skifte kurs. Der opstår negative følelser mellem de involverede parter i samarbejdet, hvilket komplicerer samarbejdet og skubber faglige argumenter i baggrunden. Beslutninger kan blive truffet på baggrund af følelser og ikke faglige vurderinger. Resultatet af dialogen bliver negativt.

Bostøtten føler sig meget ansvarlig for og oplever, hun har en vigtig rolle i brugerens daglige liv. Hun ser sig selv som en, der tager et stort ansvar for brugeren, nok for meget siger hun, som hun gjorde før i tiden, før strukturreformen. Hun er deltager i en reproducerende praksis. I forbindelse med regionaliseringen oplever hun, at hendes ansvar har ændret sig. Hun siger, at hun måske påtager sig for meget, men er usikker på det. Hun viser her en usikkerhed, der kan pege tilbage til på manglende sammenhæng mellem niveauerne i egen organisation.

Viden er i praksisfællesskabet, som hentes gennem sociale relationer i dette og på den måde skaber den faglige identitet. Fællesskabet, hun tilhører, har haft skiftende ledere i forbindelse med organisatoriske forandringer, hvilket kan forklare at den faglige usikkerhed. Lederskift betyder forandringer, og der skal forhandles nye sprogspil i organisationen.

Hun mener, der går viden om brugeren tabt i forbindelse med omstruktureringer, og at fremtidens mødestruktur giver dårligere forudsætninger

for at få formidlet viden i overgangene. Nogle møder på tværs af sektorerne er blevet ændret, således at hun kun deltager i møder, hvor de brugere hun samarbejder med drøftes, hvilket hun synes er ærgerligt. Det betyder, at hun ikke deltager i møder, hvor der sker faglig refleksion. Hun synes, der er mange ting, hun skal have styr på. Hun er skeptisk overfor forandringer og vil gerne bibeholde den nuværende mødestruktur. Omstruktureringer betyder, at der skal reflekteres over de grundlæggende strukturer ved at frigøre sig af den vante praksis, og det er en krævende proces.

Hun deltager i en praksis, hvor hun gennem sine relationer får viden og tilegner sig sprogspillet, som hun i udøvelsen af sin funktion kan handle i på baggrund af. Der er i forbindelse med strukturreformen beskrevet en mødestruktur, som ikke indfrier det behov, der er for vidensdeling og refleksion på udøvende niveau. Situationen er et eksempel på to niveauer, det strategisk administrative bureaukratiske og det praksisnære udøvende niveau.

Om en indlagt bruger siger hun *"så længe de er indlagt, så gør vi ikke andet end kigger til dem en gang i mellem..."*. Ansvar for patienten ser hun som liggende i hospitalsregi i forbindelse med indlæggelse. Hun synes, hun har nok andre opgaver, der skal løses når en bruger er indlagt. Hun kigger til den indlagte bruger, men er ikke involveret i behandlingsforløbet. Hun har ikke noget ejerskab. Der kan være en forventning, en regel, fra eget praksisfællesskab om, at når hun har en bruger indlagt, så har hun tid til at løse andre opgaver i den periode. Sådan har vi altid håndteret situationer med indlagte brugere er en tænkning, der repræsenterer en reproducerende praksis. Hun kan også som fagperson have brug for at "have pause" i relationen med brugeren i en periode, da det kan være opslidende at arbejde med psykisk syge. Hun kan fagligt vurdere ud fra den tidligere tradition, at det er patientens sygdom, der skal behandles, og det ligger udenfor hendes arbejdsområde

Bostøtten kommunikerer med hospitalet ved at ringe og tale med brugerens sundhedsfaglige kontaktperson. Hun vil gerne have mere information skriftligt

og gennem møder og på den måde opnå viden, forståelse og ny indsigt i patientens sygdom og behandling.

Interviewer spørger uddybende: *"Bruger Ide der....udskrivningsaftaler? Nej nej, dem ser vi jo ikke"*

Bostøtten ser ikke nogen form for skriftlig kommunikation om brugeren i forbindelse med udskrivelse og er ikke bekendt med udskrivningsaftalerne, som er indskrevet i sundhedsaftalerne. *"Jeg har jo nok ikke...Jeg har ikke været fuldt ud inde i, hvem der gør hvad"*. Hun er ikke bekendt med de værktøjer, som er aftalt på det administrative niveau. Atter et eksempel på at sammenhængen mellem administrativt niveau og udøvende niveau mangler. Der er beskrivelser, så hvor svært kan det være, men organisationer er levende systemer, og der sker hele tiden forandringer og opstår situationer, aftalerne ikke rummer.

Hun tillægger skiftende ledere og besparelser som årsager til at bostøttegruppens viden på dette område er mangelfuld. Gruppen har følt sig alene, og de har måttet klare sig selv, siger hun. Der har ikke været en leder til at tage ansvaret for at arbejde med de organisatoriske forandringer, regionaliseringen medførte.

Hun siger i forbindelse med, at det opleves svært, at indgå i de forandringer strukturreformen har medført *"Det er godt man er så gammel i faget"*. Hun mener ikke, hun er så nem at slå ud. Hun har opsamlet meget erfaring fra arbejdslivet, som hun klarer de specielle forløb i hverdagen med. Hun bruger viden i handling, når hun løser opgaverne. Der er i konkrete forløb mange situationer, som ikke vil kunne beskrives i en standard, og som udøverne klarer ved hjælp af egne og kollegers erfaringer. Hun oplever, at de unge har mange spørgsmål på grund af deres manglende erfaring. De kan ikke handle kompetent efter princippet at løse opgaver ved hjælp af viden i handling. Den faglige identitet og tilegnelse af sprogspillet, sker gennem sin deltagelse i det reflekterende praksisfællesskab i en længere periode.

Hun siger, at relationer betyder noget for samarbejdet, *"det kommer an på hvem man har snakket med"*. Det har betydning for hende i kontakten med hospitalet om det er en fagperson, som hun kender. Alt hvad der er meningsfuldt vokser ud af relationer siger Gergen. Dette fortæller, at relationen med den person, hun skal samarbejde med om patienten, kan blive afgørende for hvilke oplysninger, der bliver udvekslet om patientens forløb. At samarbejde i en kendt relation betyder, at der som udgangspunkt er en større tillid til hinanden og lyst til samarbejdet. Som sociale systemer kobler man sig på hinanden for at løse den fælles opgave.

Gennem interviewet bruger bostøtten begreberne "man" og vi, når hun taler om den sektor, hun repræsenterer. Hun taler ikke kun ud fra sig selv som fagperson, men på vegne af kolleger og egen organisation. I dialogen sætter hun sig selv som person i parentes, og udtrykker sig sprogligt med afsæt i organisation. Hospitalet, som hun samarbejder med omtaler hun "de". Hun udtrykker ikke gennem sproget en samhørighed med hospitalet, der kunne lede mod en opfattelse af en fælles indsats til patienten fra sundhedssystemet.

Hun taler om, at der måske kunne laves et fælles IT-kommunikationssystem, men at hun også har en del at lære på dette område, før hun behersker det.

På forespørgsel om forbedringer siger hun at *"Der er nok noget der halter der"* og mener "helt sikkert" at kontakten og samarbejdet mellem sektorerne kan blive bedre i samarbejdet om brugeren. Hun er motiveret og kan se mening med at udvikle området.

I næste afsnit præsenteres vores anden informant på udøvende niveau distriktssygeplejersken. Efter præsentation, fortolkning og analyse vil vi trække mønstre og sammenhænge frem, som beskriver karakteristika for samarbejdet på det praksisnære udøvende niveau.

7.2.2 Distriktssygeplejerske

Præsentation af distriktssygeplejerske og kontekst.

Informanten er en kvinde i 50-erne og distriktssygeplejerske. Hun er ansat i en specialafdeling i behandlingspsykiatrien og har fungeret i stillingen i flere år.

Afdelingen har et sengeafsnit, hvor patienterne er døgnindlagt og et ambulatorium, hvor patienterne indkaldes til behandling eller behandles i eget hjem. Sengeafsnittet har et meget begrænset antal sengepladser, og derfor foregår der løbende en nøje vurdering af hvilke patienter, der har brug for behandling under indlæggelse. Dette er ikke specielt for afsnittet, men det generelle billede af vilkårene i driften af et sengeafsnit i psykiatrien.

Distriktssygeplejersken har et geografisk område, hvor hun er distriktssygeplejerske for ambulante og indlagte patienter. Hendes funktion er at deltage i udredning, diagnosticering og behandling af patienter, som henvises af praktiserende læge. Hun arbejder mest i patientens eget hjem, og samarbejder tæt med kommunale fagprofessionelle i behandlingsforløbet samt patient og pårørende. Samarbejdet med de kommunale fagprofessionelle foregår ved besøg hos patienter, gennem telefonsamtaler og til møder, hvor patientens behandling drøftes og formidles.

Distriktssygeplejerskens funktion er desuden at være forløbsansvarlig på alle patientforløb fra hendes distrikt også i forbindelse med indlæggelse på egen sengeafsnit. Det betyder, at hun er ansvarlig for at koordinere kontakten til fagprofessionelle samarbejdspartnere i kommunen før, under og efter indlæggelse.

Fortolkning og analyse af interview.

Distriktssygeplejersken er specialist med en særlig faglig viden og dermed mere viden og kompetence i patientens behandling end samarbejdspartnerne *"Vi er en specialafdeling og har helt andre kompetencer og derfor også et andet sprog end de bruger"*. De helt andre kompetencer, som hun omtaler pålægger hende et større ansvar for at formidle patientens behandling, så samarbejdspartnerne kan tage over. Kompetencer og viden kan også bruges til at demonstrere magt og kan bruges som magtmiddel. Det kan skabe en forskel mellem

samarbejdspartnerne på vidensniveauet. En specialafdeling udvikler et internt sprogspil, som hører til specialet. De ansatte har et højere uddannelsesniveau. Der er en forventning fra organisation, patienter og pårørende, at de repræsenterer et højt fagligt niveau. Distriktssygeplejersken måles og vurderes såvel i egen organisation som af samarbejdspartnere i kommunen på hendes viden på specialistniveau.

Distriktssygeplejersken giver et eksempel på et patientforløb, hvor patienten flytter adresse i kommunen. Hun har i den forbindelse en forventning om at kommunikation og samarbejdet forsætter uændret med en anden gruppe. Hun vurderer ved et besøg, at patienten har det dårligt, hvilket hun tillægger mangelfuld kommunikation internt i kommunen. Hun mener at samarbejdspartnerne i forbindelsen med overdragelse af patienten ikke internt i egen sektor får kommunikeret det behov, patienten har. Samarbejdspartnerne konstruerer en familielighed og tror, de har forstået budskabet om patientens problemstilling, men det viser sig, at de ikke har forstået det, som distriktssygeplejersken, mener hun har formidlet. Hun taler her ud fra en tænkning om, hvad der er sagt er også hørt og forstået af den anden. *".....for hun spurgte jo ikke"*.

Hun mener, det kræver meget opmærksomhed fra hendes side at samarbejdspartnerne forstår budskabet. Der skal arbejdes på, at parterne forstår hinanden i deres sproglige udtryksform. Det faglige fokus spiller også ind. Samarbejdspartnerne i kommunerne har en anden opgave, de skal løse. *"Så helt klart er vi nød til at tilpasse vores sprog efter hvem vi taler med"*. Hvis hun taler med en "fagfælle", bruger hun en slags sprog, og når hun taler med en anden faggruppe og bruger ord, som hun ikke forventer de forstår, så forklarer hun dem det på dansk. *"Vil du stave det?"* spørger en samarbejdspartneren hende i telefonen. Det overrasker distriktssygeplejersken, men det bliver klart for hende, at hun må uddybe sin forklaring. Hun forstyrres i hendes grundlæggende tænkning om den anden. De etablerer et praksisfællesskab og en social relation, der betyder, at de får delt viden.

Distriktssygeplejersken får i interviewet en refleksion over egen praksis og siger *"måske skal vi i virkeligheden bare vænne os til at spørge, om man forstår, om den man taler med forstår, hvad jeg siger"*. Hun får her øje på en ny og anderledes måde at kommunikere på og kan fremover være mere nysgerrig og anerkendende i dialogen.

Hun giver et eksempel på, at hun føler sig afvist i samarbejdet med kommunen. *"Hvor hun hele tiden afviste og sagde, at det jo ikke er vores bord."*

Distriktssygeplejersken vurderer opgaven som kommunens. Der er tilsyneladende tvivl om, hvem der har opgaven. I beskrivelser af opgavefordelinger vil der i praksis altid være opgaver, der ikke kan indeholdes i beskrivelsen. Der er her igen et gab mellem administrativt og praksisniveau.

"...der er var ligesom ikke villighed til at tage opgave på sig" siger hun om kommunen i et eksempel på et forløb, hvor det var vanskeligt at få et samarbejde i gang om et forløb. Økonomi og ressourcer kan spille ind her.

Repræsentanten for kommunen kan være presset fra egen organisation, og i sin udtryksform forsøger hun at afvise opgaven. Distriktssygeplejersken stod i en situation, der krævede forhandling om snitfladerne i mellem sektorerne og fordelingen om opgaverne. Her er der brug for at være polyvokal, at skifte kurs og løfte opgaven til ledelsesniveau, som der er to af i samarbejdsrelationen.

Distriktssygeplejersken tolker kommunes tvivl som uvillighed, som komplicerer samarbejdet yderligere. Negative følelser om den anden blander sig i samarbejdet og kan udvikle en konflikt i relationen mellem parterne. Resultatet af dialogen bliver negativt

I forsøget på at tilpasse sig den andens organisations sprog siger hun *"Men det er jo svært at vide på forhånd"* og *"så der er mange forskellige, hvor man jo hele tiden må have en fingerspidsfølelse for, om det bliver forstået, det man siger"*. Hun bruger sin intuition ind i samarbejdet. Fingerspidsfølelser er noget, der ikke italesættes, men hun arbejder ud fra en vurdering, som kun hun kender. Hun vurderer ud fra private regler, som ikke deles og dermed legitimeres af den anden part i dialogen.

Hun oplever i samarbejdet med kommunerne, at den faglige tilgang til patienter, der har brug for hjælp, er forskellig fra hendes egen. Hun mener, hun selv er mere insisterende og vedholdende i sin behandlingstilgang end personalet i hjemmeplejen, når hun har vurderet, at patienten har brug for hjælp. Hun oplever en forskel i respekten for patientens personlige autonomi og integritet, og at denne respekt ikke nødvendigvis kommer patienten til gode i dennes behandling. Her kommer de forskellige faglige intentioner til syne. Vi vil alle det bedste for patienten, og hun har primær fokus på behandlingen, at behandle og lindre patientens symptomer. I kommunens indsats er fokus på den sociale indsats med afsæt i serviceloven og en norm i kommunen, der handler om at hjælpe patienterne med respekt for autonomi og integritet at hjælpe patienterne med det, de ikke selv kan. Hun synes godt personalet i kommunerne kan yde en anden og bedre indsats, og vurderer samarbejdspartneres faglige indsats ud fra eget faglige perspektiv.

Den Danske Kvalitetsmodel skal implementeres i behandlingspsykiatrien og dermed også beskrevne standarder. Distriktssygeplejersken siger at *"Regler er til for at brydes når det er hensigtsmæssigt"*. Hun mener, de kan være gode at læne sig op ad, men at regler er vejledende. Standarder er en bureaukratisk tilgang til løsning af opgaverne. Her kan det være afgørende, hvem der kan bryde regler og hvilke regler, der kan brydes hvornår. På det udøvende niveau vil der altid være situationer, som ikke indrammes af de beskrevne regler, og derfor bliver det nødvendigt at finde løsninger til den aktuelle situation. I løsningen af disse situationer kræves, at ansvar og kompetence gennem refleksion over praksis er lagt ud til medarbejderne, og at deres ledere har tillid til, at medarbejderne gennem dialog, refleksion og forhandling kan løse opgaven.

"Det er den gode erfaring, der sætter standarden", hvilket kan tolkes på den måde at forskning og evidens ikke er så højt prioriteret, som den oplevede erfaring. Evidens og forskning er idealet, men i praksis er det ikke altid muligt med de givne vilkår at leve op til dette. Den gode erfaring er den

distriktssygeplejersken ved, hvordan skal udføres, og i hvilke situationer det virker. Hun agerer her efter devisen viden i handling. Det betyder, at der er lige så mange måder at udføre opgaven på, som der er distriktssygeplejersker, og at der er tale om en reproducerende praksis. Ønskeligt kan være, at der er en beskrevet evidensbaseret standard, men at der også er plads til gennem refleksion at løse en enkelte situation med udgangspunkt i det unikke, som der er rigtig mange eksempler på i praksis.

Strukturreformen er endnu så ny, at såvel kommune som region ikke kender egne og den andens opgaver fuldt ud. Det er vigtigt at være enige om opgaven intern, ellers forvirrer det de kommunale samarbejdspartnere, mener distriktssygeplejersken. Hun har læst den sundhedsaftale, der er aftalt med den kommune, hun arbejder mest sammen med. Hun siger, at *"Det er vigtigt at være enige om hvem og hvilken sektor, der har opgaven"*. Sundhedsaftalerne kan hjælpe med at skabe tydelighed på, hvem der har opgaven. Beskrevne standarder kan hjælpe med at skabe struktur og tydelighed i samarbejdet, men beskrivelser vil aldrig kunne favne alle situationer, der opstår i praksis. Standarder tager ikke højde for den kontinuerlig udvikling og forandring i omgivelserne, og vil derfor i princippet være forældede fra det tidspunkt, de er beskrevet. Derfor vil de skulle suppleres af dialog, hvor der udvikles nye handlemuligheder, der matcher opgaven i den konkrete sammenhæng.

I samarbejdet er det af betydning, hvilken faggruppe hun taler med om opgaven. Hun skal indhente og videregive viden om patienten. Hun oplever, at skulle være opsøgende for at få viden om patienten. *"Jeg får noget den ene vej når jeg beder om det"*. Hun aftaler med samarbejdspartnere, hvis og når der er brug for at få viden om patienten. Der er i kommunerne en forventning om, at vi videregiver informationer mere end at de videregiver den anden vej, når der skal udveksles viden i patientforløbet. Hun siger om kommunale samarbejdspartnere *"De tror vi snakker mere sammen end vi gør"*. Hun mener, at der går viden tabt i troen på at "nogen" i det regionale system har formidlet oplysninger om patienten videre. *"De tror vi kan se deres pleje-*

omsorgsjournal...” Hun udtrykker mangel på kendskab til hinanden IT-systemer og det betyder, at sektorerne tror noget om hinanden. Ingen tvivl om at teknologien kan bidrage i samarbejdet mellem sektorerne, men det er tvivlsomt, om den kan erstatte dialogen.

Sygeplejersken giver eksempler på, at kommunale samarbejdspartnere opfordrer praktiserende læge til at henvise patienter, men når hun kommer på besøg, er samarbejdspartnerne ikke til stede til at videregive informationer selvom de ved, at patienten ikke kan gøre rede for sin egen situation, *”tit oplever jeg, de ikke ser nødvendigheden af at vi får ...”*

Hun efterlyser, at samarbejdspartnerne følger op på egne handlinger, og på den måde påtager sig et medansvar for i samarbejde med hende hjælpe patienten på den bedste måde. Forløbet forlænges unødigt, når hun efterfølgende skal forsøge at indhente de oplysninger, hun mangler. Der opnås ikke nogen fælles forståelse, og der er uklare forventninger til hinanden.

Distriktssygeplejersken føler sig meget ansvarlig i forhold til at hjælpe patienten og giver et eksempel, hvor hun løser opgaver, der ligger i den kommunale sektor, men som i hendes vurdering ikke kan vente længere. *”...at det så endte med at jeg alligevel ringede til den der sagsbehandler for at få noget til at ske”*. Relationen til patienten betyder, at sygeplejersken føler et stort ansvar. Når man arbejder så tæt på patienten, er der ofte følelser indblandet. Som fagprofessionel kan man være bekymret for at få en klage fra patient og pårørende og blive draget til ansvar for ikke at have løst opgaven på forsvarlig vis. Her er det vigtigt, at der er et sammenhæng mellem ledelses- og udøverniveau.

I samarbejdet mellem de to sektorer er der ikke nogen entydig ledelse, og der kan opstå usikkerhed om, hvem medarbejderen kan få støtte af, og hvem der påtager sig ansvaret i en klagesag. Distriktssygeplejersken har også en faglig stolthed, som betyder at hun agerer i situationer, hvor hun vurderer, at det er betydning for at patientens behandling lykkes, også selvom hun burde overlade opgaven til kommunen.

Distriktssygeplejersken har ingen forventninger til strukturen i processen i dialogen, når hun deltager i møder med repræsentanter for kommunerne. Hendes fokus er, hvad patientens behov er, dvs sagen og formidler viden til samarbejdspartnere. Hendes læringstænkning er, at hun kan overføre viden til samarbejdspartneren. Mere fokus på processen i samarbejdet kan skabe gennemsækelighed og tydeliggøre forventninger til hinanden.

At samarbejdet lykkes handler om erfaring. *"det kommer an på, hvor meget erfaring jeg har"*. Hun lærer over tid at samarbejdspartnerne i kommunen at kende gennem sociale relationer i arbejdet med samarbejdspartnere. Gennem relationen får distriktssygeplejersken kendskab til kommunens regler, normer og strukturer. Hun siger, at en god relation og hendes erfaring medvirker til at samarbejdet lykkes. Det bekræfter, at et er relationen og sproget, der skaber dialogen, og gør det muligt at opnå meningsfulde antagelser

Hun tillægger relationen og det personlige møde i den konkrete sag stor værdi. *"det er i det personlige møde.... Der hører jeg deres sprog og..."*. Hun tilrettelægger samarbejdet med afsæt i sit fagpersonlige kendskab til samarbejdspartnerne. Det har taget hende syv år at opbygge dette kendskab. Det gør det meget vanskeligt, for ikke at sige umuligt for andre at udføre arbejdet med samme kvalitet og effektivitet. Der er brug for en måde at indgå samarbejdet, der er præget af tillid og nysgerrighed, der kan udvikles i dialogen, og som ikke afhænger af mange års erfaring.

Hun er åben for forandringer. Vi skal alle udvikle os, siger hun. Hun repræsenterer en organisation, hvor omdrejningspunktet er faktuel viden i forhold til specialet, og at være opdateret på nyeste forskning viden indenfor specialet er højt prioriteret og bliver værdsat. Distriktssygeplejersken siger, at *"nogen skal udvikle nogle kompetencer. Det skal vi allesammen....."*. Hun siger, at alle skal lære nye kompetencer i forbindelse med strukturreformen også i samarbejdet om patientforløbet.

At skulle løse opgaver i praksis i relationer med andre mennesker betyder uforudsigelighed. Medarbejderne skal have uddelegeret ansvar og kompetence,

således at de kan løse opgaverne på en sådan måde, at de føler sig tilstrækkelige og sikre, når de skal vurdere og træffe valg i den konkrete situation. Det kræver samarbejdskompetencer, som skal udvikles gennem refleksion over og udvikling af organisations sprogspil.

Hun vil gerne stille sig til rådighed og være med til at udvikle samarbejdspartnernes vidensniveau, så de opnår en større mulighed for forståelse for patienten . I hendes funktion vejleder og udvikler hun kommunale samarbejdspartnere patientens behandling. ”.....*På den måde også for at udvikle deres sprog*” siger hun om de kommunale samarbejdspartnere. Hun vil gerne bidrage til erfarings- og vidensdeling på tværs af sektorerne. Her er det af betydning, hvilken tanke hun har om, hvordan læring kommer i stand, hvordan hun udøver sin vejledningspraksis. Metoden, hun benytter sig af, præges af overførsel af viden og ikke tanken om at stimulere refleksionen i dialogen. Hun er meget optaget af formidling af faglig viden og ikke om konteksten, hun formidler sin viden ind i.

Gennem interviewet omtaler hun sig selv og samarbejdspartnere som vi og de, og de andre. Oftest i interviewet bruger hun man og vi, når hun taler om sig selv og taler dermed som repræsentant for organisationen. Hun repræsenterer ikke et samarbejdende sundhedssystem, som det måske kunne ønskes fra patientens side, som i de fleste tilfælde ikke har nogen viden, om hvem der skal gøre hvad. Måske kunne en måde at kommunikerer om forløbet på, hvor ”vi-et” omfatter den samlede indsats til patienten, flytte samarbejdspartnernes grundlæggende tænkning om patientforløbet. Den tanke betyder, at man skal ind og etablere et rum for refleksion og stille spørgsmål ved de grundlæggende strukturer i organisationerne.

7.2.3 Analytiske fund

I dette afsnit sammenfatter vi de analytiske fund fra det udøvende niveau. Analytiske fund beskriver de mønstre og sammenhænge vi gennem fortolkning og analyse har fundet, karakteriserer samarbejdet mellem den regionale

behandlingssektor og den kommunale indsats når de planlægger og koordinerer sammenhængende patientforløb.

Begge informanter siger, at der er manglende kendskab til hinandens opgaver og vilkår. Der er tro på at fælles IT-systemer og indførelsen af DDKM giver mere gennemskelighed i samarbejdet. Men at disse heller ikke kan beskrive en praksis, og at der skal være mulighed for "at bryde reglerne" og i samarbejde kreere muligheder, der kan løse de opgaver, der viser sig i praksis og som ikke er indeholdt i det beskrevne. Alle situationer fra det virkelige liv vil aldrig kunne beskrives i en standard, så der vil være brug for at medarbejdere har ansvar og kompetence til at løse også de mere specielle opgaver.

Der er uklarhed på, hvem der har ansvaret for og retten til at tage initiativ. Det betyder, at medarbejderen er usikker på hvilket ansvar og kompetence man har og vælger den løsningsmodel, man kender. Der er et mønster, der peger på at lederne mener, der er beskrevet i sundhedsaftalerne, hvem der gør hvad, men at det ikke er så enkelt i praksis.

Der er vanskeligt at opnå lydhørhed og forståelse for de vilkår patient og samarbejdspartner skal agere ud fra i den anden sektor. Der vurderes og handles på baggrund af egne sprogspil og mangelfuld viden om hinanden vilkår. Der er ikke en samtalekultur for gennem spørgsmål og aktiv lytning at udforske de respektive vilkår.

Begge informanter efterlyser viden om patienten fra den anden sektor, men ingen gør sig overvejelser over, hvordan denne udveksling kan komme i stand. Det er vanskeligt at forstå hinandens sprog, når fagprofessionelle taler sammen ud fra deres faglige kontekst. Det forårsager misforståelser og grobund for forestillinger om samarbejdspartneren.

Begge informanter udtrykker stort ansvar for patienten. I behovet for at leve op til dette ansvar kan samarbejdet om at løse opgaven kompliceres af negative følelser i relationen mellem samarbejdspartnerne. Når der opstår uventede

situationer tillægges den anden part motiver og hensigter, som går på at den anden ikke vil påtage sig sit ansvar. Resultatet af dialogen bliver negativt

Der efterlyses læringsmuligheder. Der er brug for at dele erfaring og viden for at tilrettelægge et forløb med faglig kvalitet. Der efterlyses muligheder at udvikle en reflekterende praksis, men også at de beskrevne retningslinier bliver implementeret og tydelige for deltagerne i praksis.

I samarbejdsrelationen anvendes intuition når der tages bestik af den anden, og der er fokus på sagen i samarbejdet og tales ikke om, hvordan samarbejdsprocessen kan/skal tilrettelægges. Begge mener dog, at relationer er betydningsfulde, når samarbejde skal etableres. Personligt kendskab og at mødes face to face kan befordre samarbejdet, hvis det rammesættes. Lang erfaring i faget opleves som afgørende for samarbejdet og i dette udtrykkes, at man gennem sin erfaring opnår en sikkerhed i forhold til sprogspil i egen og samarbejdspartnerens organisation. Når man gennem relationer føler sig mere sikker på den anden” er tilliden til den anden større, og kommunikationen kan foregå i en ”kendt” ramme, som ikke er italesat.

Begge siger, at intern kommunikation og refleksion i egen organisation er vigtig for at samarbejdet med anden sektor kan fungere. Viden skal også udvikles internt og bringes med ind i samarbejdet.

Begge mener klart, at samarbejdet kan udvikles og styrkes til patientens bedste. Der er god vilje fra begge parter, men stor usikkerhed på, hvordan den gode vilje kan omsættes.

8.0 Begrebsliggørelse og diskussion af analytiske fund i empirien

I det kommende afsnit fremhæver vi de områder, vi har analyseret os frem til, der karakteriserer samarbejdet mellem de to sektorer. Vi konkretiserer og sammendrager mønstre og sammenhænge ved at sætte dem ind i en begrebslig ramme og herefter diskutere fundene i det ledende og det udøvende niveau.

Når vi ser på fundene udefra i et meta- og analytisk perspektiv, hvad har vi så lært om informanterne og deres organisatoriske virkeligheder, samt deres måder at kommunikere i samarbejdet?

Vi har valgt at sammenfatte vores fund i 3 væsentlige områder, der karakteriserer samarbejdet i sammenhængende patientforløb:

1. Uklarhed i det formelle ledelseskoncept i organisationen.

Vi finder uklarhed i ledernes menneskesyn i organisationen og de fagprofessionelles muligheder og potentialer i at tage ansvar, træffe faglige valg og udføre handlinger i praksis.

2. Dilemmaet mellem standardisering og differentiering.

Vi finder et dilemma mellem ledernes behov for standardisering, regler og procedurer af forløbende og de udøvendendes behov for differentiering i forløbene.

3. At deltagere i organisationen er fanget i deres sprogspil.

Vi finder et udviklingsområde i organisationens organisering af dialogen. Praksisfællesskabets deltagere er fanget i deres sprogspil, og derfor befinder sig i tænkningen om den reproducerende praksis.

I det følgende diskuteres de tre områder.

- Uklarhed i det formelle ledelseskoncept i organisationen.

I løsningen af opgaverne på begge niveauer træffes beslutninger ud fra forskelligt menneskesyn. Alle vil patienten det bedste, men lederne udtrykker, at der træffes autonome og anarkistiske beslutninger i praksis, når den enkelte fagperson udøver sin praksis for at skabe sammenhæng i patientforløbene. De

udøvende tager ansvar og løser opgaverne indenfor egen fagprofessionelle områder. De oplever ikke deres handlinger som værende anarkistiske eller autonome, men ansvarlig og kompetente. Lederne har brug for at kunne udøve kontrol gennem standarder, men udøverne oplever faglig tilfredsstillelse ved at løse opgaven ved hjælp af egne erfaringer og stor grad af selvstændighed.

Organisationens ledere udøver ledelse indenfor organisationens normer, værdier og strategiske mål. De fagprofessionelle benytter deres erfaringer og relationer til den anden sektor til at sikre sammenhæng i patientforløbene, da de er tættere på borgeren end den øverste ledelse i deres organisation. Der er ingen sammenhæng mellem niveauerne. Medarbejderne medtænker i mindre grad organisationens mål og værdier ind i deres samarbejde om patienten, hvor fokus er at få opgaven løst på en måde, der fungerer for de fagprofessionelle og patienterne.

Sundhedsaftalerne skal implementeres i et eksisterende ledelseskoncept som et fælles arbejdsredskab og anvendes i udvikling af bærende og værdimæssige processer som grundlag for samarbejdet.

Det er ikke tydeligt, hvem der er ansvarlig for at tage initiativ til at få samarbejdsprocessen mere i fokus. Lige nu virker det som om, at man drukner i den aktuelle udvikling på psykiatriområdet. Behandling af patientens sygdom finder mere og mere sted i patientens eget hjem, og skal derfor koordineres med den sociale indsats. Denne udvikling løses for nuværende med rutiner og viden fra eksisterende praksis. For at finde fælles løsninger på udviklingsopgaver skal der faciliteres refleksionsrum, der udvikler og koordinerer de faglige indsatser og styrker samarbejdet om opgaverne.

- Dilemmaet mellem standardisering og differentiering.

De ændrede opgaver og opgaveglidninger, der er opstået i forbindelse med strukturreformen har endnu ikke fundet sit leje i begge organisationer.

Fundene peger på områder, der kunne være med til at løfte organisationernes håndtering af opgaverne og herved indirekte samarbejdet som f.eks. indførelse

af den DDKM, fælles IT-systemer med elektroniske patientjournaler, kliniske databaser, velfungerende og implementeret sundhedsaftaler og andre modeller, der giver mere gennemskuelse i de fælles arbejdsgange og herved samarbejdet generelt.

Men her stopper enigheden mellem ledelsesniveauet og udøvende niveau.

Ledelsesniveauet ønsker kvalitetsarbejdet organiseret og integreret i dagligdagen. De tænker i procedurer og er afhængige af, at kunne kontrollere medarbejdernes adfærd for at kunne opnå succes på ledelsesniveau. Lederne skal være loyale overfor de ledelsesbeslutede systemer, og de er underlagt organisationens mål og strategier, de økonomiske rammer med styring af ressourcer og produktivitet, og de har den politiske bevågenhed. De udøver ledelse gennem kontrol af, om standarderne efterleves og dokumenteres, økonomien overholdes og offentlig kritik og klagesager minimeres.

De udøvende tænker i de enkelte patientsager. De oplever stort personligt ansvar for at patienten hjælpes. Der efterlyses læringsmuligheder, da der er brug for at dele erfaring og viden for at tilrettelægge forløb med høj faglig kvalitet. Alle situationer fra det virkelige liv vil aldrig kunne beskrives i en standard, så der vil være brug for at medarbejdere har ansvar og kompetence til at løse også de mere specielle opgaver.

Der efterlyses muligheder at udvikle en reflekterende praksis, men også at de beskrevne retningslinjer bliver implementeret og tydelige for deltagerne i praksis. De ønsker og har brug for en differentiering indenfor eget faglige område.

- At deltagere i organisationen er fanget i deres sprogspil.

Sundhedsaftaler kan ikke løfte kvaliteten af samarbejdet i sig selv.

Standardiserede aftaler er procedurer og løsninger, der udvikler rutiner, som omfattes af et dertil knyttet sprogspil. Det betyder, at koordinationen og løsning af opgaverne er karakteriseret af en reproducerende praksis.

Deltagerne er fanget i et sprogspil, og i arbejdet med fælles forståelse i løsningen af opgaverne bruger parterne eksisterende rutinepræget viden. Uforudsigelighed eller ændring i opgaver i praksis, som falder uden for standarden, kræver nytænkning af opgaveløserne, hvor sprogspillene bliver til sproglege i udvikling af en fælles forståelse. Når man ønsker at opnå forandringer i samarbejdet, må der skabes rum for at udvikle den reflekterende praksis i samarbejdet om løsningen af opgaverne.

På ledelsesniveau tales ikke om samarbejdsprocessen, men hvad vi skal have til at fungere. Der tales mest sag og mindre proces i deres udsagn.

Det er selve samarbejdsprocessen, der skal mere i fokus for at styrke samarbejdet mellem de to sektorer. Vi finder det relevant for udviklingen af kvaliteten i deres samarbejde, at de forsøger at etablere en reflektiv praksis, hvor de i fællesskab kigger på de eksisterende mål og værdier for deres opgaveløsning.

På udøvende niveau omtales og efterlyses en praksis, der gennem spørgsmål og aktiv lytning kan være med til at udforske egne og modparten respektive vilkår. At der skal være mulighed for "at bryde reglerne" og i samarbejdet kreere muligheder, der kan løse de opgaver, der viser sig i praksis, og som ikke er indeholdt i det beskrevne. Der er brug for at dele erfaring og viden for at udvikle forløb med høj faglig kvalitet og effektivitet.

Når sammenhængende patientforløb lykkes sker det der, hvor der opstår engagement, forståelse, kommunikation og relationer med personligt kendskab til hinanden. Viden om hinandens vilkår er med til at få samarbejdet til at udvikle sig mere konstruktivt, og vi vil påpege, at disse parametre skal indgå i organisering af dialoger.

Disse begrebslige fund vil vi det kommende afsnit trække frem og argumentere for, hvordan principperne i ledelsesbaseret coaching kan udvikle et ledelseskoncept og organisere dialoger.

9.0 Resultater og interventioner

I dette afsnit vil vi argumentere for hvorfor og hvordan, vi mener teorien om ledelsesbaseret coaching vil kunne skabe generative dialoger i samarbejdet mellem region og kommune, når de koordinerer patientforløbene.

9.1 Resultater

I fortolkningen og analysen af empirien er vi kommet frem til, at ledelsesbaseret coaching skal kunne håndtere og skabe udvikling på følgende områder:

- **Udvikle samtalekulturen.**

Lederne skal gennem ledelsesbaseret coaching skabe et nyt sprogspil, som deltagerne i organisationen anvender som samtaleform i alle samarbejdsrelationer.

- **Skabe sammenhæng mellem niveauerne i organisationen.**

Ledelsesbaseret coaching skal skabe sammenhæng mellem ledelsesniveauet og udøvniveauet i organisationen så der skabes en balance mellem bureaukratiet og det uforudsigelige og foranderlige i praksis.

- **Der skal udvikles en reflekterende og reflektiv praksis.**

Ledelsesbaseret coaching skal udvikle en læringstænkning i praksis, der skaber en fleksibel organisation med selvstændige og faglig kompetente medarbejdere.

9.2 Interventioner.

Vi beskriver i det følgende hvad implementering af ledelsesbaseret coaching i et teoretisk perspektiv vil kunne bidrage med i udvikling af områderne på et generelt niveau. Efterfølgende vil vi se hvordan interventionen kan relateres til vores egen praksis.

Ledelsesbaseret coaching skal kunne skabe:

- Udvikling af samtalekulturen.

Med implementering af ledelsesbaseret coaching som ledelseskoncept, kan man gennem ledelse i organisationen påvirke kulturen i organisationen. I ledelsesbaseret coaching udøves ledelse ud fra den grundlæggende tænkning, at for at få løst organisationen opgaver bedst muligt skal medarbejderne mødes med respekt og tillid samt troen på, at de har vilje og lyst til at udvikle sig og tage mere ansvar. Det betyder at udtryksformen i relationen mellem ledere og medarbejder er præget af disse værdier.

At arbejde med samtalekulturen gennem sprogspilsteorien, betyder at sproget anvendes som ledelsesredskab. Det er brugen af sproget, der skal skabe relationer, forståelser, muligheder og løsninger i organisationen, som tilsammen danner det organisatoriske sprogspil, som ledere og medarbejdere skal handle ud fra.

De organisatoriske vilkår, mål, værdier og visioner som formidles gennem sproget til deltagerne ved at udøve ledelse gennem at definere rammer, retning og råderum. Denne formidling skal være gennem en opbygning af sociale relationer, hvor den grundlæggende tænkning kommer til udtryk og at principperne i coaching som samtaleform er grundlaget i dialogen. Der skal være overensstemmelse mellem ledelsesfilosofien, den måde ledere og medarbejdere omgås hinanden på og de teknikker, man benytter.

At implementere ledelsesbaseret coaching vil betyde en ændring i måden, deltagerne i organisationen omgås hinanden på, sprogspillet udvikles og udviklingen forplanter sig til samarbejdsrelationen mellem kommune og region.

- Skabe sammenhæng mellem niveauerne i organisationen.

Der skal skabes sammenhæng mellem det administrative ledelsesniveau og det praksisnære udøverniveau for at de aftaler, der indgås mellem ledere på organisationsniveau, så de bliver tydelige for udøverne. Der skal udvikles en balance mellem en administrativ tænkning om, at aftaler blot kan og skal

udføres i praksis, og udøvernes oplevelse af, at løsning af opgaverne i praksis ikke kun kan rummes i aftaler.

Når ledelsesbaseret coaching er en integreret del af en organisation udøver lederne ledelse ved hjælp af sproget i coachingsamtaler med medarbejderne. Lederen sætter rammen for samtalen. Hvad skal vi tale om og hvordan. Samtaleemnet vil altid tage udgangspunkt i organisationens vilkår, mål, værdier og visioner. Eksempelvis kunne samtaleemnet være samarbejdet om at tilrettelægge sammenhængende patientforløb med høj faglig kvalitet og effektivitet. Denne udfordring coacher chefen mellemlederne på, og mellemlederne opnår gennem refleksion ny indsigt, og arbejder på denne baggrund og med afsæt i ledelseskonceptet videre med at coache sine medarbejdere efter samme princip.

Sammenhæng mellem beskrevne standarder og udøverniveauet kan skabes i praksis ved at benytte sig af funktionskæde metoden, som kan fungere som ramme for, hvordan deltagerne i en organisation tænker om strukturer i samtaler. Funktionskæden sætter den aktuelle arbejdsopgave i sammenhæng med organisationens overordnede strukturer. Gennem dialog mellem leder og medarbejdere udvikler man klare fælles forståelser for sammenhængen mellem patientens behov, opgaverne, deltagernes forståelse og kompetencer, samt hvilke rammer og samarbejdsformer, der skal til for at løse opgaven.

I hverdagens samarbejde deltager ledere ikke i alle samtaler, men implementering af funktionskædemetoden kan skabe et fælles grundlag i samtaler, der holder fokus og søger fælles forståelser og mål.

Funktionskædemetoden sammenholdt med kontraktafklaring giver klarhed på processen og det forventede resultat af samtalen. På den måde skabes der rum for, at der er fokus på sagen i samtalen. I kontraktforhandling aftales, hvem der har ansvaret for opmærksomhed på processen evt. et fælles ansvar. At gå på metaniveau og undersøge, om parterne taler om det rigtige på den bedste måde.

At benytte denne tilgang til kommunikationen i samarbejdet betyder, at deltagerne skal mestre coaching-principperne, og der skal være uddelegeret ansvar og kompetence til medarbejderne til at arbejde med de metodiske principper.

Denne coaching gennem alle lag i organisationen kan skabe relationer, forståelser, klarhed og muligheder i løsningen af opgaverne og skabe sammenhængen, som der skal til, for at udvikle samarbejdet mellem region og kommuner.

- Der skal udvikles en reflekterende og reflektiv praksis

En reflekterende praksis understøttes ved at skabe rum og rammer for, at der kan finde refleksion sted. At reflektere er at lege med sproget og skabe nye spil. Ledelseskonceptet i ledelsesbaseret coaching har en grundlæggende tænkning, der omfatter udvikling, og at medarbejderne er interesserede i læring og udvikling, og er motiverede for at tage mere ansvar.

Ledelsesbaseret coaching kan udvikle en reflekterende og reflektiv praksis ved at implementere principperne for samtaleform og fire R teorien i organisationen.

For at udvikle en organisationstænkning fra en reproducerende praksis, hvor medarbejderne går ud og handler på samme måde i samarbejdet, som man altid har gjort, skal der stilles spørgsmål ved måden, man tænker om samarbejdet på. Det kan være såvel på det reflekterende som på det reflektive niveau.

Læring og udvikling ved hjælp af coaching kan komme i stand, når medarbejder opnår færdigheder i at bruge coaching som samtaleform. Heri ligger der en legalisering i og et ansvar for, hos deltagerne i dialogen for at være spørgende og anspore til refleksion over baggrunden for sine handlinger.

I organisationer opsamler deltagerne mange erfaringer, som i ledelsesbaseret coaching er grundlaget for udvikling af nye handlemuligheder. At arbejde målrettet og bevidst med at dele og udvikle erfaringer gennem refleksion,

udvikler fagligt kompetente medarbejdere, som har flere muligheder, når de skal træffe beslutninger i løsningen af opgaver.

Gennem organisering af dialogen offentliggøres de individuelle fagpersonlige erfaringer, deltagerne reflekterer herover, og refleksionerne deles i praksisfælleskabet. I denne ramme kan specielle, ikke standardiserede situationer reflekteres ind i de organisatoriske strukturer og vilkår, og der kan skabes fleksible løsninger. Denne erfaringsbaserede læringstænkning udvikler selvstændige medarbejdere, der gennem reflekterende rum udvikler evner til at løse de mere specielle situationer fra praksis med afsæt i den organisatoriske ramme.

At ledere er en del af coachingen skaber rammen for, at der kan stilles spørgsmål ved organisationens strukturer, og der skabes refleksive rum. I samarbejdet om sammenhængende patientforløb kan der stilles spørgsmål ved de grundlæggende tanker, organisationen har om ansvaret for patientens behandling, og hvad begreberne kvalitet og effektivitet betyder i hver sin sektor. Lederen kan gennem sproget som ledelsesredskab og med coaching som samtaleform forandre de grundlæggende strukturer i organisationen. Lederne kan skabe ramme for at arbejde med de grundlæggende strukturer på årlige dage, hvor der faciliteres rum og rammer for at stille spørgsmål ved organisationen eksistentielle strukturer, opgaver og mål.

9.3 Anvendelse af ledelsesbaseret coaching i egen praksis.

Baggrunden for dette studie er vores egen udfordring som ledere i hospitaler, og derfor beskrives i det følgende, hvordan ledelsesbaseret coaching kan anvendes i egen praksis. Fordybelsen har givet os indsigt i og forståelse for kompleksiteten i kommunikationen i samarbejdet, og hvorfor opgaven med at koordinere sammenhængende patientforløb ikke kan løses udelukkende med modeller for samarbejde.

Vi har i vore lederpositioner i perioder tænkt: "Hvor svært kan det være", og vi erkender nu, at der er en større kompleksitet i løsningen af opgaven, end vi havde forestillet os.

At skulle ændre på organisationens kultur synes umiddelbart som en tidskrævende, gennemgribende og tung proces, men det forhindrer os ikke i at italesætte den viden, vi gennem denne afhandling er kommet i besiddelse af, og gentage den i vores daglige udøvelse af ledelse. Vi kan gennem egen lederstil og teknikker udøve ledelse, der tager afsæt i coachingens samtaleform både i relationen med ledelsesniveauet over og medarbejderne under os.

Vi ser muligheder i at arbejde med en mere reflekterende tænkning i praksis, og skabe rum og rammer, der stimulerer denne lærings- og udviklingstænkning. I hverdagen foregår der møder og samtaler, hvor vi med anvendelse af principperne i coaching, kan stimulere en reflekterende praksis. Desuden kan vi i ledelsesrelationen med medarbejderne, hvor alle de mere spontant opståede og uformelle samtaler foregår, benytte os af coachingens samtaleform og ad den vej bidrage til samtalekulturen.

Vi kan gennemføre strukturerede samtaler eks. MUS- og teamsamtaler efter filosofien i ledelsesbaseret coaching, også selvom de øvrige ledere i organisationen har en anden tilgang. Vi håber så på, at det gennem erfaringer bliver en attraktiv måde at samtale på.

Helt aktuelt kan vi i det kommende arbejde med implementeringen af den danske kvalitetsmodel rette opmærksomhed på at skabe balance mellem standardisering og differentiering ved skabe rum for refleksion, være deltagende i refleksionsrummene og tillægge refleksionen lærings- og udviklingsværdi.

Ledelsesbaseret coaching er en ledelsesfilosofi, som organisationen skal tro på og beslutte sig for at udøve ledelse efter. Denne filosofi i ledelse af hospitaler ser vi bliver en udfordring på grund af den meget forankrede tradition med faglig ledelse sammenholdt med hierarkisk opbyggede organisationer. Traditionen

med faglig ledelse i hospitaler er, at ledelse er delt mellem læge og sygeplejerske. Som ledere indtager læger en særlig position i en ledelsestænkning, som bygger på ledelse og udvikling af deres fag. Det betyder, at vi som medledere, skal tale om forandringer i ledelsesstil og -teknikker i et sprog, der kan håndtere lægernes forforståelse af ledelse.

I denne afhandling er målet at undersøge og udvikle samarbejdet mellem den kommunale og regionale sektor. Interventionen er beskrevet som et ledelsesredskab til organisering af kommunikation i organisationer. Samarbejdet mellem kommune og region finder sted mellem to store sidestillede organisationer, og dermed uden ledelsesmæssige muligheder at skabe nye sprogspil i den anden organisation. Vi mener dog at kunne argumentere for, at gennem udvikling af sprogspillene og samtalekulturen i en organisation udvikler deltagerne deres måde at indgå i relationer og kommunikation, og på den måde positivt udvikler samarbejdet med anden sektor

10.0 Konklusioner

Efter fortolkninger og analyse af empirien er svarene på spørgsmålene i problemformuleringen samt en samlet konklusion følgende:

Hvad karakteriserer det nuværende samarbejde på tværs af sektorerne i den psykiatriske praksis?

- At der er uklarhed i det formelle ledelseskoncept i organisationen.

Der tales og virkeligheden konstrueres ud fra to forskellige menneskesyn, og der er manglende sammenhæng mellem niveauerne i organisationen.

Organisationens ledere udøver ledelse indenfor organisationens normer, værdier og strategiske mål og har en bureaukratisk tilgang, hvor de organiserer arbejdet efter standarder og kontrollerer anvendelsen af disse.

Medarbejderne medtænker i mindre grad organisationens mål og værdier ind i deres samarbejde om patienten, men føler personlig ansvarlighed overfor patienterne og løser opgaven på en måde, så der "sker noget" for patienterne, men som også medfører frustration i samarbejdet og manglende kvalitet og effektivitet.

- At der er et dilemma mellem standardisering og differentiering.

Ledelsesniveauet ønsker kvalitetsarbejdet organiseret og integreret i dagligdagen. De tænker i procedurer og er afhængige af, at kunne kontrollere medarbejdernes adfærd for at kunne opnå succes som ledere.

De udøvende tænker i de enkelte patientsager. De oplever stort personligt ansvar for at patienten hjælpes. Der efterlyses læringsmuligheder, da der er brug for at dele erfaring og viden for at kunne håndtere situationer i praksis, som sjældent fuldt og helt kan beskrives i standarder.

- At deltagere i organisationen er fanget i deres sprogspil.

Dialogerne i samarbejdet er præget af manglende forståelse af og nysgerrighed for hinandens sprogspil, vilkår og faglige tilgang. Dette giver anledning til misforståelser, og man tillægger hinanden hensigter og motiver. Deltagerne er fanget i deres sprogspil, og i arbejdet med fælles forståelse i løsningen af opgaverne bruger parterne eksisterende rutinepræget viden.

Hvordan kan ledelsesbaseret coaching indgå i udviklingen af samarbejdet mellem sektorerne i arbejdet med at etablere og koordinere sammenhængende patientforløb for psykisk syge?

Ledelsesbaseret coaching som ledelseskoncept kan udvikle samtalekulturen i organisationerne. At arbejde med samtalekulturen gennem sprogspilsteorien, betyder at sproget anvendes som ledelsesredskab. Det er brugen af sproget, der skaber relationer, forståelser, muligheder og løsninger i organisationen, som tilsammen danner det organisatoriske sprogspil, som ledere og medarbejdere skal handle ud fra.

De organisatoriske vilkår, mål, værdier og visioner formidles gennem sproget til deltagerne, dialogen organiseres og ledelse udøves ved at definere rammer, retning og råderum og være samskabende i udviklingen af nye handlemuligheder. Lederen er samskabende og retningsgættende i udviklingen af nye sprogspil.

Sammenhæng mellem niveauerne etableres når ledelsesbaseret coaching er en integreret del af en organisation og lederne udøver ledelse gennem coachingsamtaler med medarbejderne.

Sammenhæng mellem beskrevne standarder og situationer i skabes i praksis ved at benytte funktionskæde metoden, som kan fungerer som model for hvordan dialoger organiseres. Funktionskæden kobler den aktuelle arbejdsopgave med organisationens overordnede strukturer.

Når ledelse i organisationer er målrettet mod dialogiske og kommunikative processer, kan parterne frigøres fra at være fanget i egne sprogspil til at bruge nye sprogspil i udviklingen af fælles forståelser i samarbejdet.

Uforudsigelighed eller ændring i opgaver i praksis, som falder uden for standarden, kræver nytænkning af opgaveløserne, hvor sprogspillene bliver til sproglege. I ledelsesbaseret coaching skabes rum og dialogen organiseres, så deltagerne frigøres fra deres vaner og rutiner og på den måde udvikler en rutinepræget reproducerende praksis til en reflekterende praksis.

Gennem organisering af dialogen reflekteres situationer fra praksis ind i de organisatoriske strukturer og vilkår, og der skabes fleksible løsninger i den organisatoriske ramme. Denne læringstænkning udvikler selvstændige medarbejdere, der kan udvikle løsninger, der er tilpasset den enkelte situation.

At ledere er en del af coachingsamtaler skaber rammen for en reflektiv praksis ved at ledere og udøvere italesætter hinandens tænkning om organisationens grundlæggende vilkår og strukturer, og der stilles spørgsmål ved disse. Disse spørgsmål bringes i spil af lederne ved at facilitere rum og rammer til at refleksion over organisationen eksistentielle strukturer, opgaver og mål.

Samlet konkluderes at ledelsesbaseret coaching som ledelsesfilosofi og som samtaleform kan skabe forandring i organisationens sprogspil, som tages med ind i samarbejdet mellem sektorerne når patientforløbene tilrettelægges. Hertil skal dog tillægges at regioner og kommunerne er store organisationer, så gennemgribende forandringer er en tidskrævende proces. Ledelsesbaseret coaching er næppe svarét på at skabe effektive, sammenhængende patientforløb med høj faglig kvalitet. Vi mener dog, at principperne i ledelsesbaseret coaching har sin berettigelse, og at det er realistisk at ændre samtalekulturen til at være mere undersøgende og lyttende samt at dialoger præges af tillid, åbenhed og at tænke sig om en ekstra gang. At samarbejde præges af, at min løsning ikke nødvendigvis er din løsning.

11.0 Kritik af metode og teori

Når man er fremme ved dette kapitel i en afhandling, er det tid til at kigge kritisk tilbage på nogle af de valg vi traf undervejs i processen.

Vi valgte af lave kvalitative interviews med vores informanter, men vi kunne have valgt en triangulering ved at lave en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse med udvalgte temaer og spørgsmål og efterfølgende forfulgt disse udsagn og fund i det kvalitative interview. Det kunne have givet et mere nuanceret og måske mere fyldigt dataempiri at arbejde ud fra.

Vi er bevidste om, at vores datagrundlag er et øjeblikks billede af samarbejdet hos fire informanter. Den refleksionsproces interviewene satte i gang, har påvirket informanterne og deres oplevelse og forståelse af samarbejdet.

Efter bearbejdning af empirien kunne vi have valgt at foretage nyt interview med henblik på nuancering og validering af vores fortolkninger, men af praktiske grunde valgte vi denne mulighed fra.

Vi kunne også have valgt at lave vores kvalitative interview i en anden region og kommune i Danmark frem for vores eget område, så havde vores forforståelse af problemstillingen ikke præget vores fortolkninger og analyse.

Wittgenstien, Gergen og ledelsesbaseret coaching som de teoretiske rammer valgte vi, fordi vi rettede opmærksomheden mod den sproglige udtryksform i samarbejdet.

Vi kunne have valgt andre teoretiske analyseredskaber og afhandlingen ville have fået andre vinkler. Vi kunne blandt mange perspektiver have valgt at bearbejde empirien i et læringsperspektiv, et økonomisk perspektiv, et brugerperspektiv eller et etisk perspektiv.

Vi valgte at bruge ledelsesbaseret coaching som teori for intervention i samarbejdet mellem sektorerne, men alternativt kunne vi have valgt teorien om aktionsforskning. I aktionsforskningsmetoden er deltagerne i organisationen selv deltagere i forandringsprocessen i rollen som medforskere.

Ledelsesbaseret coaching, som vi har præsenteret den, er en færdig model, men aktionsforskning og ledelsesbaseret coaching kan følges ad, og give interventionen en yderligere dimension.

Et kritisk blik på teorien om ledelsesbaseret er, at coachingen har sit afsæt i organisationen logik og funktionalitet. I samfundsudviklingen betyder arbejdet og realisering af egne ønsker og drømme mere og mere for individet. I dette ledelseskoncept er det vanskeligt at balance mellem det individuelle udgangspunkt med udgangspunktet i organisationens behov.

Hvis organisationerne vil indføre ledelsesbaseret coaching som ledelseskoncept, kræver det tid og ressourcer at udvikle. Ledelsesbaseret coaching forudsætter, at der i organisationen på alle niveauer er en parathed, modenhed og åbenhed til coaching, forstået som at coaching skal tænkes ind som en åben og integreret del af ledelsestilgangen i organisationen.

Økonomisk set, kræver det ressourcer at alle lederne i en organisation får en coaching uddannelse og bruger tid til at øve teknikkerne, der giver dem redskaberne til at mestre coaching som ledelsesfilosofi. Resultaterne af en ændring i ledelseskonceptet kan måles gennem effektivitet, øget produktionstal

og øget medarbejder- og brugertilfredshed, men vil først vise sig over en tidsperiode.

En intervention med teorien om ledelsesbaseret er en omfattende gennemgribende og ressourcekrævende forandringsproces og bør suppleres med en evalueringsmodel, som forløber som en parallelproces, der er tidsforskudt. I evalueringsmodellen skal man beslutte sig for en model, der er forenelig organisationen udviklings- og læringstænkning. Om evalueringen skal være kontrol eller udvikling, om man vil evaluere proces eller resultater. Ledelsesbaseret coaching er en tænkning, der omfatter hele den organisatoriske kontekst samtidig med den enkelte medarbejders løsning af opgaverne. Det betyder at en evalueringsmodel skal give indsigt både i detaljen og de større organisatoriske sammenhænge. At beskrive evaluering kan være en tema for et selvstændigt projekt.

12.0 Perspektiver

De senere års politiske tiltag med privatisering, servicegarantier og markedsføring af opgaverne i regionerne er for os at se en proces, der fordrer refleksivitet og kvalitetsudvikling i behandlingspsykiatrien og i det offentlige sundhedssystem generelt. Hertil kommer at brugerne af sundhedssystemet er blevet langt mere bevidste og vidende om, hvad de kan og vil kræve af systemet. Disse ændringer slår igennem også i vores hverdagspraksis, og hvis det system, som vi er ledere af, skal kunne imødekomme omgivelsernes krav med den hastighed omgivelserne forventer, skal der ske en ændring af systemets selvopfattelse.

Alle disse faktorer peger på, at det er nødvendigt meget snart at få gentænkt ledelses- og læringstænkningen i sundhedssektoren for at matche de faglige, økonomiske og etiske krav fra det omgivende samfund, så det er endnu et argument for en indsats for at anvende coaching som samtaleform og ledelsesbaseret coaching som ledelseskoncept.

Vi har i denne afhandling belyst, hvordan ledelsesbaseret coaching som ledelseskoncept og samtaleform kan tilføre nye vinkler i samarbejdet mellem sektorerne.

For at forandre noget hos andre, skal man forandre sig selv. Det betyder i denne sammenhæng, at kommunerne og regionen skal vende blikket indad og gentænke organisationens grundlæggende antagelser og strukturer for at udvikle samarbejdet på tværs af sektorer om sundhedsaftaler og sammenhængende patientforløb. Der er brug for refleksive praksisser, der udvikler selvstændige, ansvarlige og fagligt kompetente medarbejdere og ledere.

13.0 Litteraturliste

Adolph, Erik m.fl. (2000): Kvalitet i socialpsykiatrien kap. 14. Videnscenter for Socialpsykiatri. 2. let reviderede udgave.

Bendix, Henrik W. m.fl. (2008): Hospitalsledelse. Organisatorisk fænomen og faglig disciplin. Børsens Forlag 1. udgave 1. oplag.

Digmann Annemette (2004): Ledelse med vilje, offentlig ledelse i nyt perspektiv. Børsens Forlag. 1. udgave, 1. oplag 2004.

Gergen Kenneth, Gergen Mary (2005): Social konstruktion – Ind i samtalen. Psykologisk Forlag A/S. 1. udgave, 4. oplag 2008.

Gergen, Kenneth J (2000): Virkelighed og relationer. Dansk Psykologisk Forlag 1. Udgave 2. Oplag.

Illeris Knud (2000) red.: Tekster om læring. Roskilde Universitetsforlag 2000. 1. udgave. s. 47-67, 151-165, 247-270

Molly-Søholm, Asbjørn m.fl (2008): Ledelsesbaseret coaching – når coaching skal fungere som ledelsesdisciplin. I Ervervspsykologi , volume 6, nr. 2 maj 2008.

Nielsen, Peter (2007): Produktion af viden – en praktisk metodebog. Nyt Teknisk Forlag 2007. 1. oplag.

Glasl Friedrich, Lievergoed Bernard. (1997): Udviklingsledelse, fra pioner virksomhed til netværksorganisation. Forlaget Ankerhus. 3. oplag 2004.

Gørtz Kim, Prehn Anette. (2008): Coaching i perspektiv – en grundbog. Hans Reitzels Forlag og forfatterne, København. 1. udgave, 1. oplag. 2008. s. 41-60, 190-208, 288-305

Husted, Jørgen. (2000): Wittgenstein. Nordisk Bog Center A/S, Haslev.

Jørgensen, Kenneth M. (2007): Power without Glory – A Genealogy of a Management Decision. Copenhagen, Copenhagen Business School Press. Kapitel 2 og 3.

Jørgensen, Kenneth M. (2005): Forandringsledelse igennem kommunikation. Den nye industriarbejdsplads/medarbejder. Den Europæiske Socialfond. 2005.

Løw Ole, Svejgaard Erik. (2002): Psykologiske grundtemaer. Århus, KvaN, 2002. Tema: Mening, s.45 – 80, Kommunikation, s. 151– 170.

Molly-Søholm, Thorkil. m.fl. (2009): Ledelsesbaseret coaching, Børsens Forlag. 1. udgave, 6. oplag, 2009.

Molly-Søholm, Thorkil. m.fl. (2007): Lederen som Teamcoach. Børsens Forlag, 1. udgave, 2. oplag, 2007.

Rienecker, Lotte, Jørgensen Peter S. (2006): Den gode opgave – håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. Forlaget Samfundslitteratur 3. Udgave, 2. Oplag 2006.

Scheel, Mary E. (2004): Viden, tavs viden og sandhed – set i en sygeplejefaglig kontekst. Forlaget Philosophia og forfatteren, 2004. S. 86-112, 160-202

Wenger Etienne. (2004): Praksisfællesskaber - læring, mening og identitet. Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 2. oplag. København 2004.

Wittgenstein Ludwig. (1999): Filosofiske undersøgelser, Munksgaard, København. 2. udgave, 3. oplag, 1999.

Wittgenstein Ludwig. (1989): Om vished. 1. udgave, 1. oplag, 1989. Forlagt Philosophia, Institut for Filosofi Århus Universitet.

13.1 Artikler og pjecer.

Gergen Kenneth, mfl. Dialogue: Life and Death of the Organization. Draft copy for the Handbook of Organizational Discourse,

Haslebo Gitte, Schnoor Michala. (2007) Lederens som coach, forskellige vinkler på magt og etik. Erhvervspsykologi, volume 5, nummer 2, juni 2007.

Holmgren Allan. (2002): Spil med sproget – kommunikere, relatere og socialt konstruere. Psykologiske grundtemaer. Århus, KvaN, 2002.

Jørgensen, Kenneth M. (2005): Sprog, mening og organisatorisk forandring.
Artikel s. 1-13.

Søholm, Thorkild Molly og Juhl, Andreas (2004): Systemisk ledelse i praksis –
om 15 ledes ledelsespraksis på basis af de systemiske teorier.
Erhvervspsykologi, volume 2, nummer 1, marts 2004.

13.2 Nethenvisninger.

Bekendtgørelse om sundhedskordinationsudvalg og sundhedsaftaler (2009):
http://www.rm.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Regionalt%20Sundhedssamarbejde/SAMARBEJDE%20MED%20KOMMUNERNE/Bekendtg%C3%B8relse_om_sundhedskordinationsudvalg_og_sundhedsaftaler_2009.pdf

Dagens Medicin (2009):

<http://www.dagensmedicin.dk/nyheder/2009/03/13/rigsrevisorer-patientforlb/index.xml>

DSI rapport 2004.10 (2004): Sammenhæng i tilbuddene til psykisk syge –
organisatorisk beskrivelse og økonomisk analyse af udvalgte danske
eksempler.

http://www.dsi.dk/Publikationer/DSI-rapporter/2004.10/Rapport_2004_10.pdf

Generel sundhedsaftale for Region Midtjylland. Aftale om indsatsen for
mennesker med sindslidelser (2007): <http://www.rm.dk/files/psykiatri-social/Planer%20og%20aftaler/Den%20generelle%20sundhedsaftale.pdf>

Patienten og de pårørende har ordet (2008): Undersøgelse i distriktpsychiatrien
i Danmark 2007-08. Landsdækkende rapport. Center for Kvalitetsudvikling,
september 2008

https://www.sundhed.dk/Fil.ashx?id=6909&ext=pdf&navn=Landsrapport_patienterne_og_de_paarørende_har_ordet_2007_08.pdf

Sundhedsstyrelsen (2002-06): National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, (s. 10)

http://www.sst.dk/publ/Publ2002/national_strategi/pdf/NS_indhold.pdf

Strandberg-Larsen, Martin (2006): Vil strukturreformen give mere sammenhængende patientforløb ?

http://www.dsr.dk/dsr/upload/articles/pdf_article4088688.pdf

Bilag 1. Interviewguide.

Formål:

At undersøge kommunikationen mellem samarbejdspartnere i den regionale behandlingssektor og den sociale sektor i kommunerne i tilrettelæggelsen af sammenhængende patientforløb til psykiatriske patienter.

Informanter:

Interview med 2 samarbejdspartnere på ledelsesniveau, en fra den regionale ledelse i psykiatrien og en leder i den kommunale sektor, samt 2 samarbejdspartnere på udøvende niveau, en distriktssygeplejerske fra den regionale behandlingspsykiatri og en bostøtte fra den kommunale sektor.

Tema:

Måden vi taler med hinanden som samarbejdspartnere i det faglige arbejde om patienten og sammenhængende patientforløbet.

Semistruktureret kvalitativt interview.

Interviewet berammet til ½ time

Optages på bånd og transkriberes. Anonymiseres.

Læses igennem af informanterne mhp validering.

Vi vil gerne have data om:

(Nedenstående spørgsmål er en guide og kan inspirere samt strukturere, hvad vi vil indfange)

Hvad tænker I om hinanden som samarbejdspartnere!

Hvordan samarbejder vi om et forløb - gerne eksempel på forløb.

Er der forskellige måder at opfatte patientforløb.

Hvordan opfatter vi patienten/borgeren.

Eksempler på måder at kommunikerer på, hvornår og hvordan går kommunikation godt eller dårligt.

Hvordan er kommunikationen når den fungerer optimalt i patientforløbet.

Er der forventninger til kommunikationen i samarbejdet?

Bilag 2. CD med lydoptagelser af fire interviews

