

Sundhedsaftalen som koordinationsinstrument i tværsektorielt samarbejde



10. Semester: Speciale Aalborg Universitet
Cand.scient.adm

Gruppe:

Christian Stenberg Jensen: 20170813
Frederik Printz Pedersen: 20124700

Vejleder: Andrej Christian Lindholst

Antal anslag: 206.696
Normalsider: 86,1

Abstract

The healthcare agreements between the regions and municipalities in Denmark have been in place since 2007, during which no studies of the agreements and their development has been conducted. This thesis therefore examines how the management of the healthcare agreements has developed since 2007 and until 2019. The ambition is to deduce what influence the management has had on the chosen organisation and format for the health agreement in the northern region of Denmark (Region Nord). The thesis' empirical data is based on interviews with administrative and political informants from Region Nord and Thisted Municipality. The interviews are supplemented with a two-part document analysis. The first part examines how the governance form has evolved since 2007, which is done by comparing the Danish health authority's initial guidance, with the current guidance on the healthcare agreement. The second part analyses how the organization, format and follow up have changed through the different generation of health agreements.

The analysis illustrated how the Danish Health Authority initially operated with a very strict management of both the content and the format of the Healthcare Agreements between the regions and municipalities. This resulted in agreements that reduced the flexibility of how it could be implemented and thereby stifled innovation in the healthcare sector.

The Danish Health Authority's strict management has been decreasing since 2015, to the point of no longer having any mandatory; focus-areas, format, or content. Initially, there was a looser framework for the follow-up and evaluation of the agreements, however today the objectives have shifted to primarily concern the impact and the quality.

The analysis concluded that a “*political steering group*” for each municipality was established at the political level from the beginning. This changed with the third generation, when the “Municipal cluster structure” was adopted. This led to the establishment of four “*political embedded groups*” in line with the “cluster structure”. The organizational changes continue during the upcoming Healthcare Agreement, where a cross-sectoral political forum called “*Health Policy Session*” will be established. On the composition of the different forums, it should be emphasized that an increased participation from clinical personnel, could optimize cooperation in certain situations. The composition of forums should therefore be considered during the upcoming Healthcare Agreement, as Region Nord gets more time and freedom to create its own framework and initiatives for healthcare in Region Nord.

Indholdsfortegnelse

Abstract.....	1
Indledning	3
Problemfelt og Problemformulering	4
Forskningsdesign	8
Caseudvælgelse.....	10
Teoretiske overvejelser	14
Styring af den offentlige sektor.....	15
Den statscentrerede governance.....	18
Modes of governance	19
Den skiftende politikerrolle	23
Interorganisatoriske grænseflader	25
Teoretiske fravalg	30
Metodiske overvejelser	32
Casestudiet	32
Dokumentanalyse.....	33
Interview	36
Validitet og reliabilitet	39
Operationalisering.....	40
Analyse	42
Den statslige styring af sundhedsaftalerne	42
Sundhedsaftalens organisering og rolleudvikling	51
Sundhedsaftalens organisering.....	51
Politikernes og PLOs rolle	61
Sundhedsaftalens format og opfølgning	67
Sundhedsaftalens format	67
Opfølgning på Sundhedsaftalen i Region Nordjylland	73
Diskussion.....	83
Konklusion.....	86
Litteraturliste.....	88
Bilag 1: Interviewguides	94

Indledning

Regionerne og kommunerne skal i et samspil med de statslige myndigheder sikre en stadig udvikling af kvaliteten og en effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet jf.

Sundhedslovens § 4. Samspillet skal blandt andet ske gennem samarbejde, hvorfor den enkelte region udarbejder en sundhedsaftale med regionens kommuner. Samarbejdet er fra statsligt regi styret gennem "*Sundhedsloven*", "*Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*" samt "*Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*". De forskellige styringsinstrumenter stiller en række krav til sundhedsaftalernes udformning, hvorfor det er interessant at se på hvordan kravene påvirker den lokale udformning. I den forbindelse ønsker specialet at analysere, forstå og forklare, hvordan styringen af sundhedsaftalerne har udviklet sig, siden de blev pålagt i 2007. Den styringsmæssige udvikling skal lede frem til, hvilken betydning det har haft lokalt, hvor Region Nordjylland er udvalgt som case. Undersøgelsen vil tage udgangspunkt i specialets problemformulering: *Hvordan har styringen af sundhedsaftalerne udviklet sig fra 2007 og frem til 2019, og hvad har det betydet for organiseringen og formatet i Region Nordjylland?*

For at undersøge udviklingen i styringen og organiseringen, er specialets empiri baseret på en dokumentanalyse af Region Nordjyllands sundhedsaftaler og dertilhørende vejledninger.

Derudover vil empirien bestå af interviews med regionale og kommunale ledere, samt politiske repræsentanter fra henholdsvis region og kommune. Grundet specialets tidsramme er det ikke muligt at afdække hele Region Nordjylland, hvorfor der udvælges en kommune, som den gennemgående case for specialet.

Problemfelt og Problemformulering

Sundhedsvæsenet er i alle lande en politisk og organisatorisk udfordring hvor kvaliteten, tilstrækkeligheden og ressourcerne diskuteres (Christensen, 2011, s. 174). I Danmark er der gennem de senere år sket en politisering af sundhedsområdets økonomi og organisation (Christensen, 2011, s. 174), hvor beslutningstagningen har bevæget sig imod en kraftig centralisering (Christensen, 2011, s. 178). Det ses ved, at Strukturreformen i 2007 medførte amternes nedlæggelse, som i stedet blev erstattet af de fem danske regioner og samtidig blev Danmarks 271 kommuner sammenlagt til de nuværende 98 kommuner (Økonomi og indenrigsministeriet [ØIM], 2007).

De nye regioner har fået langt færre områder og opgaver, hvor deres primære opgave efter kommunalreformen har været driften af sundhedsvæsenet (Sehested et al. 2011, s. 68-70). Derudover er regionernes politiske autonomi blevet formindsket, da muligheden for at flytte midler mellem politikområderne ikke længere er tilgængelig, ligesom det var tilfældet i amterne (Sehested et al. 2011, s. 70-72). Kommunerne har derimod fået flere opgaver indenfor sundhedsområdet, især indenfor forebyggelse og genoptræning (Christensen, 2011, s. 174). Den nye opgavefordeling medførte derfor at, der skulle etableres et tværsektorielt samarbejde mellem regionerne og kommunerne. I bestræbelserne på at fremme det tværsektorielle samarbejde blev der oprettet en række nye regionale organer kaldet vækstforum, sundhedskoordinationsudvalget (SKU) og kommunekontaktudvalget¹ (KKU). De nye regionale organer resulterede i, at KL som en reaktion på den nye struktur valgte at etablere kommunekontaktrådet (KKR). KKU og SKU består af politiske repræsentanter fra regionen og kommunerne, som skal etablere og fremme et samarbejde mellem kommunerne og regionerne. KKR består derimod kun af kommunale politikere, som har til opgave at fremme samarbejdet på tværs af kommunerne (Sehested et al. 2011, s. 67-71). Vækstforum er imidlertid blevet nedlagt pr. 31. december 2018, hvorfor arbejdet med erhvervsudvikling fremadrettet er forankret ved Erhvervsstyrelsen (Region Nordjylland [RN], 2018a).

Foruden de nye regionale organer, så skulle der etableres et samarbejde mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i den enkelte region. Derfor blev der jf. § 203 i sundhedsloven pålagt et samarbejde om indsatsen på sundhedsområdet samt om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer. Til at koordinere indsatsen på tværs af sektorerne etableres SKU, som er det øverste forum ifm. samarbejdet på sundhedsområdet.

¹ Kaldes Kontaktudvalget i Region Nordjylland

Yderligere skulle rammerne og målsætningerne for det tværsektorielle samarbejde aftales. Derfor blev det pålagt kommunerne og regionen at indgå en sundhedsaftale jf.

Sundhedslovens § 205. Der udarbejdes en sundhedsaftale for hver region, som er gældende for en 4-årig periode. I den forbindelse udarbejder Sundhedsstyrelsen *“Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler”*, hvor det blandt andet fremgår at:

“Sundhedsaftalen udgør den overordnede, generelle ramme for samarbejdet på sundhedsområdet mellem kommuner og regioner, herunder almen praksis” (Sundheds- og Ældreministeriet, 2018c).

Det betyder, at regionernes udformede sundhedsaftaler, skal danne en generel ramme for hvordan regionen og kommunerne fra samme region samarbejder. Foruden formuleringen af vejledningen, så er det også Sundhedsstyrelsen som godkender de enkelte regioners sundhedsaftaler. Godkendelsen beror blandt andet på, om Sundhedsaftalen følger de anvisninger, der er angivet i Sundhedsstyrelsens *“Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler”*. Hertil påpeger Karina Sehested og Eva Sørensen, at indholdet i den første generation af sundhedsaftaler ikke stemte overens med Sundhedsstyrelsens ambitioner for Sundhedsaftalen, hvorfor mange af aftalerne skulle revideres (Sehested et al. 2011, s. 81).

Tilsammen forsøger den nye struktur, at samle og organisere de forskellige sektorer ud fra et overordnet formål, hvilket kan oversættes til koordination. Her er tale om en fortsat udfordring indenfor sundhedsvæsenet, hvorfor koordinationen forsøges konstant forbedret. Koordineringen kan forbedres gennem en ny koordinerende teknologi eller anderledes styring (Nielsen, 2011, s. 130). Denne sondring er interessant, da styringsbegrebet og koordinationsbegrebet er tæt forbundet og oftest anvendes synonymt. Mere specifikt så bruges styringsbegrebet ifm. situationer, hvor en given aktør påvirker andres adfærd, mens koordinationsbegrebet omhandler, hvordan givne aktører tilpasser hinandens adfærd (Sørensen et. al. 2011, s. 28). I den forbindelse forsøger Sundhedsstyrelsen igennem deres *“Vejledning om sundhedskoordinationsudvalget og sundhedsaftaler”*, at påvirke hvad der skal indgå i Sundhedsaftalen. Det betyder derfor, at regionen og kommunerne både forsøges påvirket, men samtidig også forsøger at tilpasse sig hinandens adfærd gennem indbyrdes forhandlinger og aftaler. Det dækker både over styrings- og koordinationsbegrebet, hvorfor det findes nødvendigt med et bredere fokus end koordinationsbegrebet giver. Yderligere består sundhedsaftalerne af en række forskellige indsatser, hvor der eksempelvis i 2011 var

obligatoriske indsatser for indlæggelses- og udskrivningsforløb, træningsområdet og opfølgningen på utilsigtede hændelser (RN, 2011a, s. 20). Hvert enkelt indsatsområde har i den forbindelse forskellige forståelser af hvordan der koordineres. Indsatsen for indlæggelses- og udskrivningsforløb kunne omhandle, hvilket tidspunkt patienten udskrives, hvornår kommunen kontaktes eller hvordan konkret information videregives. Specialet mener, at denne form for koordination hører til i de enkelte projekter i Sundhedsaftalen, hvilket hænger sammen med Annegrethe Juul Nielsens undersøgelse om hvad der sker, når et nyt koordineringsinstrument introduceres. Hendes empiri bygger blandt andet på kvalitative interviews med medarbejdere i Indenrigsministeriet og Sundhedsstyrelsen (Nielsen, 2011, s. 134), hvor en "forfatter" til den første *"Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler"* udtalte:

"Det har været sjovt at starte med noget, som egentlig bare var et ord, en lov, hvor der ikke stod noget om, konkret hvad var det her for noget. Og det er jo det, vi sammen med andre har skullet finde ud af. Hvad er eller kan dette her redskab være for noget?" (Nielsen, 2011, s. 136)"

Medarbejderne har derfor både specificeret hvordan aftalerne skulle løse koordineringsproblemer, men også hvilke konkrete koordineringsproblemer som fremadrettet vil kunne opstå i sundhedsvæsenet. I bestræbelserne herpå blev koordinering betragtet som noget, der kunne forudsiges og planlægges administrativt (Nielsen, 2011, s. 137). Denne antagelse medførte, at vejledningen fungerede som en detaljeret skabelon for hver af de seks obligatoriske indsatsområder, som regionsrådet og kommunalbestyrelserne skulle tage udgangspunkt i (Nielsen, 2011, s. 137). I forhold hertil konkluderede Juul Nielsen, at koordineringen af de regional-kommunale sundhedsydelser blev en politisk, økonomisk og faglig forhandling af grænserne mellem administrationerne. Yderligere påpeges det, at koordination ikke er indeholdt i selve koordineringsinstrumentet, altså Sundhedsaftalen, hvorfor det har været ressourcekrævende og omkostningstungt at indføre (Nielsen, 2011, s. 146-147). Konklusionen lyder derfor, at koordineringen ikke bør konstrueres på afstand, hvilket underbygges af den reviderede *"Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler"* fra 2009. Vejledningen påpeger, at detaljeringsniveauet skal ned for at give større frihed til kommuner og regionerne i arbejdet med Sundhedsaftalen (Nielsen, 2011, s. 146-147).

Foruden koordineringsproblemer så har den nye opgaveløsning medført en finansiell og opgavemæssige arbejdsdeling mellem kommunerne og regionerne (Christensen, 2011, s. 178). I den forbindelse har Anne Heeager i 2009 gennemgået skriftligt materiale og gennemført en række interviews med politiske og administrative aktører i tre forskellige kommuner fra Region Midtjylland. Interviewene, samt det skriftligt materiale, har fundet grundlag for, at der kan forekomme interessemodsætninger i forbindelse med sundhedsaftalerne, hvilket kan være grobund for konflikter. Det er i tilrettelæggelsen af samarbejdet og dermed forhandlingerne om indholdet i Sundhedsaftalen, at der kan opstå interessemodsætninger mellem kommunerne og regionen. Yderligere fastslås det, at især økonomiske forhold skaber interessemodsætningerne (Heeager, 2009, s. 177-179), mens region og kommuner i højere grad er enige omkring de faglige snitflader i forbindelse med aftalen (Heeager, 2009, s. 184). Eksempelvis er adskillelsen af beslutnings- og finansieringsansvaret på genoptræningsområdet en forandring, som kan resultere i interessemodsætninger og mistillid mellem parterne (Heeager, 2009, s. 180-181). Yderligere kan interessemodsætninger besværliggøre en samlet sundhedsaftale for regionens kommuner, hvorfor det kan være nødvendigt at udarbejde sær aftaler ved siden af Sundhedsaftalen. Heeagers resultater påpeger, at hvis parterne overkommer interessemodsætningerne, så er der mulighed for, at Sundhedsaftalens organisatoriske setup kan fungere hensigtsmæssigt. Forstået på den måde, at der er skabt en ramme for at opbygge et stærkt tværsektorielt netværk mellem region og kommuner (Heeager, 2009, s. 185).

For at opsummere, så har styringen af sundhedsvæsenet bevæget sig mod en kraftig centralisering. Det konstateres at vejledningen for "*sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*" var yderst detaljeret for de første sundhedsaftaler. Nielsens (2011) resultater påpegede hertil, at koordineringen ikke burde konstrueres på afstand. Omvendt kan der i tilrettelæggelsen og forhandlingerne om Sundhedsaftalens indhold opstå interessemodsætninger. En udelukkende decentral koordinering kan i den optik give grobund for konflikter, hvorfor det kan være nødvendigt med en mere centraliseret styring af sundhedsaftalerne, eksemplificeret ved Sundhedsstyrelsens magtposition. Det påpeges, at styrings- og koordinationsbegrebet er tæt forbundne, men specialet ligger fokus på styringen, da dette giver en bredere forståelse. Nielsens (2011) og Heeagers (2009) pointer bygger på den første sundhedsaftale, men sidenhen er der udformet to yderligere sundhedsaftaler og den fjerde er under udarbejdelse. Hvordan sundhedsaftalerne har udviklet sig siden den første generation vides derimod ikke. Med andre ord er der tale om et underbelyst område, da der

endnu ikke er lavet undersøgelser som afdækker alle sundhedsaftalerne samlet. Derfor er der behov for en vurdering og fortolkning af hvordan Sundhedsaftalen har udviklet sig frem til i dag. Specialet fokuserer derfor på den styringsmæssige udvikling af sundhedsaftalerne, samt hvad styringen har betydet ud fra et lokalt perspektiv. Specialet analyserer derfor ud fra følgende problemformulering:

Hvordan har styringen af sundhedsaftalerne udviklet sig fra 2007 og frem til 2019, og hvad har det betydet for organiseringen og formatet i Region Nordjylland?

Forskningsdesign

Forskningsdesignet sikrer en sammenhæng mellem undersøgelsen og problemformuleringen. Det skal ses som den logiske plantegning for hvordan vi kommer fra problemformulering til konklusionerne på spørgsmålet (Yin, 2003, s. 20).

Forskningsdesignet er struktureret ud fra de fire nedenstående komponenter, som bliver nærmere udfoldet.

- 1. Hvilken type forskningsdesign anvendes?*
- 2. Deskriptivt eller forklarende studie*
- 3. Hvilken rolle spiller den valgte teori?*
- 4. Caseudvælgelse*

Specialet starter med at forklare forskningsdesignet, hvilket gøres ud fra de overstående komponenterne. I det efterfølgende afsnit bliver specialets teoretiske overvejelser udfoldet og præsenteret, hvor der startes med en uddybning af koordinations- og styringsbegrebet. Efter den teoretiske gennemgang, vil de metodiske overvejelser præsenteres, hvor fremgangsmåden ved de gennemførte interviews og dokumentanalyse præciseres. De metodiske overvejelser vil lede hen til specialets analyse, som struktureres gennem følgende tre overordnet afsnit;

- 1. Den statslige styring af sundhedsaftalerne*
- 2. Sundhedsaftalernes organisering*
- 3. Sundhedsaftalernes format og opfølgning*

Specialet afrundes med en diskussion og konklusion på de fundne resultater igennem analysen.

Hvilken type forskningsdesign anvendes?

Den første komponent beskriver hvilken type forskningsdesign, som anvendes i specialet. Specialets problemformulering afdækker en længere årrække, hvor det kunne have været interessant at opstille et longitudinelt studie, som havde fulgt sundhedsaftalernes udformning. Det longitudinelle studie har ikke været muligt for specialet, hvorfor casestudiet er valgt som forskningsdesign, da det giver mulighed for at undersøge et nutidigt fænomen, når grænserne mellem fænomen og kontekst ikke er tydelige (Yin, 2009, s. 18). Det undersøgte fænomen i specialet, er de fire sundhedsaftaler som Region Nordjylland har udformet indenfor undersøgelsesperioden. Fænomenet indgår i en kontekst bestående af regionen og kommunerne, som benytter sundhedsaftalerne til at skabe koordination på tværs af sektorerne. Yderligere er casestudiet ikke metodisk begrænset ved, at bestemte datakilder skal anvendes til at undersøge emnet. Der er i stedet mulighed for metodetriangulering, som muliggør, at specialet kan belyse og skabe en bredere forståelse for fænomenet. Med metodetriangulering, menes at specialet benytter sig af flere kvalitative metoder, for at besvare problemformuleringen. Helt specifikt er der tale om en dokumentanalyse og kvalitative interviews. Ved ikke kun at anvende dokumentanalyse, men samtidig supplere det med interviews, giver det et bedre empirisk grundlag for at undersøge det valgte fænomen i sin virkelige kontekst. Med den virkelige kontekst menes, at interviewet supplerer dokumentanalysen, med informanternes personlige oplevelser og forklaringer omkring sundhedsaftalerne. Specialets konklusioner vil derfor i højere grad afspejle den virkelighed, som sundhedsaftalerne indgår i, end hvis dokumenterne havde stået alene.

Deskriptivt eller forklarende studie

I den anden komponent, skelnes der mellem det deskriptive eller forklarende forskningsdesign. Til at forklare forskellen i de to typer af forskningsdesign, tages der udgangspunkt i David de Vaus, som beskriver forskellen ved:

1. *What is going on? (Deskriptivt forskningsdesign)*
2. *Why is it going on? (Forklarende forskningsdesign)*

(de Vaus, 2001, s. 1-2).

Valget af forskningsdesign relaterer dermed til hvilken type af viden, der ønskes frembragt. Specialet skelner derfor mellem at generere beskrivende eller forklarende viden omkring Sundhedsaftalen. Dette udledes af specialets problemformulering, som betoner et ønske om at

beskrive hvordan styringen af samarbejdet omkring sundhedsaftalerne har udviklet sig, hvilket passer på det beskrivende forskningsdesign. Denne viden skaber konteksten til at kunne besvare, hvad det har betydet for organiseringen og formatet i Region Nordjylland. Da der endnu ikke er lavet undersøgelser, som afdækker alle sundhedsaftalerne samlet, vil der skabes ny viden omkring et underbelyst område. Specialets styrke er derfor, at det er med til at give en forståelse for, hvordan sundhedsaftalerne har udviklet gennem generationerne. Specialets resultater kan efterfølgende åbne op for en diskussion af den måde, der arbejdes med sundhedsaftalerne, hvilket kan være grobund for "*hvorfor-spørgsmål*" og konkrete ændringer af praksis.

Hvilken rolle spiller den valgte teori?

I den tredje komponent bliver det forklaret, hvilken rolle den valgte teori spiller i studiet. Specialet ønsker som udgangspunkt hverken at genere eller teste eksisterende teorier. Teorien skal i stedet bidrage til at frembringe ny empirisk viden, hvorfor det teorifortolkende casestudie er valgt (Antoft & Salomonsen, 2007, s. 38-39). Mere specifikt betyder det, at specialet gennem den teorifortolkende tilgang skaber ny empirisk viden ud fra de teoretiske tanker om styring af den offentlige sektor. Teorien er derfor grundlaget for at beskrive og forstå styringen af Sundhedsaftalen og hvad det har betydet i Region Nordjylland. Dette skyldes, at i teorifortolkende studiers analyserende del, anvendes teorien til at identificere mønstre i den fundne empiri (Antoft & Salomonsen, 2007, s. 39). Det teorifortolkende studie skaber derfor bindeledet mellem den valgte teori og de fundne resultater i specialet. Hvilke teorier specialet anvender fremgår, som tidligere angivet af de *Teoretiske overvejelser*. Teoriernes konkrete anvendelse i specialets analyse vil præciseres i afsnittet omhandlende *Operationalisering*.

Caseudvælgelse

Region Nordjylland og Thisted Kommune er udvalgt som specialets gennemgående case. Den valgte case er et mindre uddrag af det store billede, både for Region Nordjylland, men også på landsplan. Alle landets fem regioner og 98 kommuner arbejder med sundhedsaftalerne og alle har skullet tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledninger. Derfor blev det overvejet om, der med fordel kunne inddrages flere regioner. Dette er blevet fravalgt, hvilket forklares yderligere i afsnittet om specialets *teoretiske fravalg*. I stedet for at sammenligne regionerne, så ønsker specialet i højere grad at foretage en analyse af en enkelt region, hvor lokale løsninger på problemfeltet fremhæves. De lokale løsninger kan i stedet

fungere som inspiration til andet tværsektorielt samarbejde, såsom de øvrige regioner og kommuners sundhedsaftaler.

Region Nordjylland blev udvalgt som case, fordi vi gennem en praktikperiode fik mulighed for at bistå de medarbejdere, som udarbejder Sundhedsaftalen i regionen. Dermed er der opnået en større indsigt i netop denne region og ydermere var der nemmere adgang til data omhandlende Region Nordjylland. Region Nordjyllands tværsektorielle samarbejde er inddelt efter en kommunalklyngestruktur bestående af Klynge Nord, Syd, Midt og Vest, hvilket fremgår af nedenstående figur. Denne struktur er medvirkende til at indsnævre specialets case-valg yderligere, da klyngerne arbejder ud fra det samme grundlag. Det er således muligt at afdække det tværsektorielle samarbejde ved, at fokusere på en enkelt klynge. Dette har været med at forstærke ønsket om at kunne fremhæve og analysere på lokale løsninger. Dernæst er klyngerne blevet betragtet ud fra to parametre, som er antallet af kommuner i den enkelte klynge og kommunernes indbyggertal. Angående det første parameter, så fremgår det af figuren, at der er færrest kommuner i Klynge Midt og Vest. Denne betragtning er medvirkende til, at valget stod mellem de to klynger, da det ville kræve færre interviews at afdække de to klynger rent empirisk.

Figur 1:

2.1. Politisk organisering



(RN, 2015a).

Det andet parameter lagde vægt på den enkelte kommunes indbyggertal, hvor specialet ikke har ønsket at inddrage Aalborg eller Læsø Kommune. Dette skyldes at Aalborg i 2019 har et indbyggertal på 215.312, mens Læsø har et indbyggertal på 1.806 (ØIM, 2019), hvilket adskiller sig væsentligt fra de øvrige kommuner i Region Nordjylland. Indbyggertallene

ligger til grund for, at Klynge Midt er fravalgt, da Aalborg Kommune er repræsenteret heri. Derfor er det valgt at fokusere på det tværsektorielle samarbejde mellem Region Nordjylland og Klynge Vest, som er bestående af Morsø og Thisted Kommune. Til sammenligning har Thisted Kommune et indbyggertal på 43.660 og Morsø Kommune har et indbyggertal på 20.403 i 2019 (ØIM, 2019). Ifølge Økonomi- og Indenrigsministeriets kommunale nøgletal er indbyggertallene siden 2007 faldet med 4,2 % i Thisted, mens Morsø Kommunes er faldet med 8,1 % (ØIM, 2019). Derudover ligger begge kommuner over gennemsnittet for udgifter til forsørgelse, hvor Morsø Kommunes udgifter ligger blandt de højeste i landet (ØIM, 2019). Generelt angående Klynge Vest kan det derfor fremhæves, at begge kommuner oplever sociale og økonomiske udfordringer i højere grad end andre af landets kommuner. Valget af Klynge Vest kan ikke karakteriseres som en repræsentativ case for resten af landets kommuner. Resultaterne kan til en vis grad findes repræsentative for kommuner, der har samme størrelse som Thisted og Morsø Kommune, samt kommuner der oplever samme problemstillinger. Dette kunne eksempelvis være Lolland eller Tønder Kommune, hvor indbyggertallet siden 2007 er faldet med henholdsvis 14,4 % og 6,8 % (ØIM, 2019). Yderligere kan det påpeges, at der er placeret et sygehus i Tønder Kommune, hvilket ligeledes minder om Thisted Kommune. Foruden kommuner af samme størrelse og med samme problemstillinger, så findes resultaterne ligeledes repræsentative for de øvrige kommunale klynger i Region Nordjylland, fordi klyngerne arbejder ud fra den samme sundhedsaftale. Fordi Aalborg Kommune er væsentlig større end de øvrige kommuner i regionen, så findes specialets resultater mere repræsentative for Klynge Nord og Syd. I den relation understreges det, at samarbejdet mellem kommune og region er unikt, da der arbejdes med forskellige problemstillinger, hvorfor specialets resultater er svære at generalisere. Specialets case-valg blev yderligere indskrænket, eftersom den kontaktede repræsentant fra Morsø Kommune, ikke ønskede at medvirke. På daværende tidspunkt var der allerede en aftale med Thisted Kommune, hvorfor det blev valgt at gennemføre interviewet som planlagt. I den forbindelse blev der skabt en større indsigt omkring samarbejdet i Klynge Vest, da der blev spurgt ind til Morsø Kommune. Hertil udtalte Marie Stjernholm fra Thisted Kommune, at: *“Vi repræsenterer jo dem og det gør vi jo ved at vi orienterer dem om hvad der foregår, ved at sende dagsordener til dem inden møderne og så sender vi også referaterne til dem efterfølgende. Og nogle gange får vi også nogle input tilbage”* (Interview 2). Derfor medtages Morsø Kommune ikke i specialet, da de til dels ikke ønskede at deltage og da det vurderes, at Thisted Kommune kan afdække Klynge Vest alene.

Forskningsdesignets styrker og svagheder

Afslutningsvis for forskningsdesignet, vil det forklares hvad forskningsdesignet kan bidrage med, og hvad det ikke kan. Forskningsdesignet kommer til at bidrage med ny empirisk viden på sundhedsaftale-området. Den nye viden vil i specialet bidrage til at skabe en øget forståelse for udviklingen af styringen i det tværsektorielle samarbejde mellem en region og kommune. Ved at der fokuseres på en enkelt region og kommune, skabes der derfor en analyse, hvor lokale løsninger på problemfeltet kan fremhæves. Dette betyder, at specialet vil bidrage til at forstå den løbende forandring af organiseringen og formatet igennem generationerne af sundhedsaftaler. Hvilket ligesom udviklingen af styringen er et underbelyst område. Det vurderes vanskeligt at forklare udviklingen ud fra en enkelt metodisk tilgang, hvorfor styrken i designet er kombinationen af specialets metoder. Metodetrianguleringen skaber mulighed for at den identificerede udvikling i sundhedsaftalerne kan forklares og præciseres yderligere af de udvalgte informanter.

Svaghederne i forskningsdesignet er, at specialets resultater kan være sværere at generalisere, da samarbejdet mellem kommune og region er ret unikt, fordi kommunerne arbejder med forskellige problemstillinger. Så selvom der foretages en analyse af alle Region Nordjyllands sundhedsaftaler, så kan det være svært at sammenligne specialets resultater med landets øvrige kommuner. Det blev tidligere præciseret, at resultaterne til en vis grad findes repræsentative for Klynge Nord og Syd, samt kommuner der ligner Thisted Kommune, såsom Lolland og Tønder Kommune. Hvis specialet havde inddraget flere kommuner, så kunne det have skabt en større repræsentativitet.

Teoretiske overvejelser

Specialets teoretiske overvejelser tager udgangspunkt i to teoretiske perspektiver. Der startes med en begrebsafklaring omhandlende styrings- og koordinationsbegrebet. Hvilket leder over i specialets første teoretiske perspektiv, omhandlende styringen af den offentlige sektor, hvor New Public Management og New Public Governance udfoldes. Til at belyse New Public Governance benyttes den statscentrerede governance, som afsluttes med statens forskellige styringsredskaber. Yderligere sættes der fokus på politikerens rolle i det tværsektorielle samarbejde, som analyseres ud fra den idealtypiske politikerrolle.

Det andet teoretiske perspektiv bygger på David L. Browns forståelser af grænseflader. Her vil det blive belyst, hvilke konflikttyper der kan opstå i de organisatoriske grænseflader, samt hvordan region og kommune kan agere i samarbejdssituationer, hvor konflikter opstår. Afsnittet afsluttes med specialets teoretiske fravalg, hvor der overvejes øvrige teoretiske perspektiver som kunne afdække undersøgelsesfeltet.

Styrings- og koordinationsbegrebet

Det blev i specialets problemfelt påpeget, at koordinationsproblemer er en fortsat udfordring indenfor sundhedsvæsenet, hvorfor det konstant forsøges at forbedre koordinationen.

Problemstillingen belyses af Governance-litteraturen, som knytter sig til flere forskellige sammenhænge (Jørgensen & Vrangbæk, 2005, s. 10), hvorfor det er nødvendigt at præcisere specialets fokus. Det interessante for specialet er de elementer af governance-litteraturen, som betoner et fokus på samarbejde og koordination (Jørgensen & Vrangbæk, 2005, s. 10-11), hvorfor styringsbegrebet og koordinationsbegrebet kan karakterises som tæt forbundet (Sørensen et. al. 2011, s. 28). Generelt set har der været en tendens til, at styringsbegrebet bruges om situationer, hvor en given aktør påvirker andres adfærd, mens koordinationsbegrebet omhandler hvordan givne aktører, tilpasser sig hinandens adfærd (Sørensen et. al. 2011, s. 28). Yderligere påpeges det, at den tætte relation mellem begreberne gør, at så snart forståelsen af hvordan der koordineres ændrer sig, så påvirker det forståelsen af hvad styring er og hvordan det eksekveres (Sørensen et. al. 2011, s. 28-30). Begrebet styring fremstår ydermere, som et overordnet teknisk begreb om koordinationsformer i sociale systemer, der forsøger at organisere og strukturere givne aktivitetsområder gennem ordensskabende mekanismer (Jørgensen & Vrangbæk, 2005, s. 11). Dette kan ske i form af

netværk, partnerskaber eller deliberative foraer, der kan karakteriseres som nye koordineringsmekanismer. (Jørgensen & Vrangbæk, 2005, s. 10-11). På baggrund af den tætte relation mellem begreberne har specialet valgt at benytte sig af New Public Management (NPM) og New Public Governance (NPG) til, at forstå hvordan styringen af det tværsektorielle samarbejde har udviklet sig. Grunden til et bredere fokus på styring fremfor koordinering skyldes, at Sundhedsstyrelsen gennem deres "*Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*" påvirker, hvad der skal med i Sundhedsaftalen, og dermed forsøger at påvirke kommunernes og regionernes adfærd. Derudover forsøger den enkelte kommune og region ligeledes at tilpasse sig hinandens adfærd, hvilket kendetegner koordinationsbegrebet. Ovenstående ligger til grund for, at det undersøges hvordan styringen af det tværsektorielle samarbejde har udviklet sig, da den bredere formulering både favner Sundhedsstyrelsens påvirkning af adfærden, samt aktørenes forsøg på at tilpasse sig hinandens adfærd.

Styring af den offentlige sektor

Hanne Kathrine Krogstrup skriver, at "*New Public Governance er stærkt på vej til at blive en mega trend, hvis ikke den allerede kan karakteriseres som sådan.*" (Krogstrup, 2017, s. 34). På trods af den såkaldte "*mega trend*", så betyder kritik af eksisterende opskrifter ikke, at der pludselig opstår radikale forandringer med hensyn til nye måder at lede og styre organisationer på (Krogstrup, 2017, s. 44). I stedet opstår der hybrider, hvor elementer fra dominerende styringsparadigmer blandes med nye organisationsopskrifter, hvorfor det empirisk er svært at finde et nyt styringsparadigme i sin rene form (Krogstrup, 2017, s. 34). NPM og det, der i dag kaldes Old Public Administration (OPA), har længe dannet en styringsmæssig hybrid. Denne startede omkring 1980, hvor der opstod en kritik af den manglende udvikling i den offentlige sektor. OPA blev blandt andet set som en af årsagerne hertil, mens NPM blev set som løsningen (Krogstrup, 2017, s. 40). OPA beskrives ikke yderligere i specialet, men paradigmet belyses gennem den hierarkiske mode of governance, som uddybes senere i teoriafsnittet.

NPM kritiserede det bureaukratiske styringsfokus og det organiseringsprincip som OPA er opbygget omkring. Yderligere var der opstået en bekymring, om hvorvidt statens magt var blevet for stor i den offentlige sektor, hvilket ville fjerne fokusset på borgernes ønsker og krav (McLaughlin & Osborne, 2002, s. 9). NPM fandt derfor ikke bureaukratiet

hensigtsmæssigt i forhold til at sikre en effektiv udnyttelse af de økonomiske ressourcer. I stedet menes det, at en mere markedsorienteret tilgang til styring, inspireret fra den private sektor, kunne løse problemstillingerne. Ud fra kritikken af OPA kan det derfor være interessant og se på hvordan *“Vejledningen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler”* har udviklet sig gennem perioden. En undersøgelse af udviklingen kan belyse om, der er blevet slækket på kravene, som Sundhedsaftalen skal leve op til, eller om udformningen på anden vis er blevet mindre bureaukratisk tung. Dette ville i givet fald give en mere effektiv udformning af Sundhedsaftalen med større mulighed for lokal tilpasning og variation. *“Vejledningen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler”* bliver yderligere betragtet ud fra en generel beskrivelse af NPM, hvorfor nogle af grundelementer bør nævnes.

Først og fremmest gjorde inspirationen fra den private sektor, at der i stigende grad anvendes konkurrencebaserede markedsmodeller i produktionen af den offentlige service, som sikres gennem privatisering og udlicitering. Den markedsorienteret tilgang til styring betyder ligeledes, at der i højere grad bruges styrings- og ledelsesværktøjer fra den private sektor. Værktøjer såsom kontraktstyring, mål- og rammestyring, offentlig-private partnerskaber, benchmarking af resultater eller incitamentsstyring. I relation hertil vil det blive diskuteret hvordan, der følges op på sundhedsaftalerne, da der i høj grad er lagt op til benchmarking på tværs af regionerne og kommunerne. Derudover bliver der ifm. NPM etableret armslængdestyring mellem de øverste og nederste ledelsesniveauer. Hensigten er at skabe en fleksibel styring i frontlinjen med stram kontrol og hårdere sanktioner i tilfælde af dårlige præstationer. Hertil er det interessant at se på hvilke sanktions- eller belønningsmuligheder der er ifm. sundhedsaftalerne, hvilket kan betragtes fra både statsligt og regionalt regi. NPM kombinerede armslængdestyringen med etableringen af specialiserede forvaltningsenheder med få og simple opgaver, hvilket skulle eliminere kompleksiteten og fremme effektiviteten. Derudover blev der etableret et nyt virksomhedssprog i den offentlige sektor, hvor borgerne redefineres som *“kunder”*, de fagprofessionelle som *“servicemedarbejdere”* og politikerne som medlemmer af en *“bestyrelse”* (Torfing & Triantafillou, 2017, s. 18-19).

Ligesom det var tilfældet med OPA, er kritikken igen tiltagende af de aktuelt dominerende styringsparadigmer. Derudover er der særligt de senere år iagttaget konkrete eksempler på, at offentlige styringstiltag med baggrund i NPM bliver fravalgt til fordel for styringstiltag indenfor en NPG-forståelsen (Krogstrup, 2017, s. 34). Dertil påpeger Stephen Osborne, at et af hovedproblemerne med NPM var den tiltagende fragmentering af den offentlige sektor

(Osborne, 2010, s. 23). Denne fragmentering sammen med andre reformtiltag medførte stigende koordinationsproblemer (Osborne, 2010, s. 42). De styringsmæssige problemer angående fragmentering og koordinationsproblemer indenfor OPA og NPM forsøges imødekommet af NPG (Osborne, 2010, s. 110). Modsat NPM er det ikke længere hovedudfordringen at optimere effektiviteten af de eksisterende forvaltningspraksisser. Det handler i stedet om at blive bedre til, at håndtere de mange uløste og komplekse samfundsproblemer såsom ulighed i sundhed, negativ social arv eller mangel på jobs i udkantsområderne. Fællesnævneren for samfundsproblemerne er, at de går på tværs af sektorerne og er sværere at definere, hvorfor hierarkisk styring og markedsbaseret konkurrence ikke er løsningen. I stedet kræver det, at de berørte parter samarbejder om at finde nye og innovative løsninger, der bryder med vanetænkningen og den gængse praksis på området (Torfing & Triantafillou, 2017, s. 26). Skal der brydes med vanetænkningen kræver det større frihed, hvilket bliver en essentiel del af specialets analyse. Her er det interessant at se på, hvordan styringen af samarbejdet har udviklet sig henover perioden og derudfra udlede, hvad det har betydet for organiseringen og rollerne i det tværsektorielle samarbejde. Er ændringerne bestemt af Sundhedsstyrelsen, eller ligger der andre begrundelser bag?

Spørgsmålet kan i den forbindelse være om, der angående sundhedsaftalerne er blevet fravalgt NPM styringstiltag til fordel for styringstiltag indenfor NPG-forståelsen. Indenfor NPG-litteraturen har der været en fremherskende diskussion mellem to grundantagelser, hvor den ene side argumenterer for, at staten er blevet "hollowed-out" (Bell & Hindmoor, 2009, s. 1), mens den anden tilgang, er samfundscenteret og anskuer governance som en tredje vej, adskilt fra markedet (Offe, 2009, s. 553). Valget af tilgang hænger sammen med specialets problemfelt, hvor det blev påpeget, at kravet til regioner og kommuner om at udarbejde sundhedsaftaler blev indført med Sundhedsloven i 2007. Med andre ord var det en statslig beslutning, at der skulle tilrettelægges et samarbejde gennem Sundhedsaftalen. Denne pointe ligger til grund for, at specialet vælger at betragte governance-begrebet ud fra den statscentrerede tilgang, som i denne sammenhæng bygger på Stephen Bell & Andrew Hindmoors forståelse.

Den statscentrerede governance

Bell & Hindmoor har skrevet bogen "*Rethinking governance*", hvor de to teoretikere stiller sig kritisk overfor det mere samfundscentrede perspektiv. Det samfundscentrerede perspektiv påpeger blandt andet, at der er sket en fundamental transformation af regeringshandlingernes omfang, samt den basale form. Staten er blevet udhulet og presset af globaliseringen, internationale og subnationale organisationer, mens der samtidig opleves et stigende krav om medbestemmelse fra befolkningen. Det stigende pres har derfor resulteret i, at staten mangler evnen til at styre på egen hånd, hvorfor det er nødvendigt at samarbejde med interessegrupper, private virksomheder, velgørenhedsorganisationer og lignende for at nå statens målsætninger (Bell & Hindmoor, 2009, s. 1-3). Bell & Hindmoor er således enige i, at staterne har adopteret et bredere sortiment af governance strategier, men de ser det ikke som nogen fundamental transformation (Bell & Hindmoor, 2009, s. 2). De er ligeledes enige i det relationelle element i governance begrebet, men ser stadig staten indtage en markant rolle (Bell & Hindmoor, 2009, s. 3). Derfor stiller de sig også kritisk overfor den påstand, at staten skulle være blevet udhulet, da deres tilgang fortsat ser staten have en afgørende part i etableringen og driften af styringsstrategierne og partnerskaberne (Bell & Hindmoor, 2009, s. 1). Dette gør sig gældende for Sundhedsaftalen, hvor det af sundhedslovens § 205 fremgår, at regionsrådene og kommunalbestyrelserne skal indgå en sundhedsaftale. Yderligere fremgår det af "*Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*", hvem der skal indgå i SKU, hvor en repræsentant skal udpeges af de Praktiserende Lægers Organisation (PLO) (2018, §1). Dermed samarbejder staten med en interesseorganisation, men det ligger alligevel fast at det er staten, som har etableret partnerskabet. PLO er ikke blevet interviewet ifm. specialet, men qua deres funktion som interesseorganisation, så vurderes deres rolle ud fra den viden, samt de tilkendegivelser vores øvrige informanter måtte give. Da PLO ikke inddrages direkte, vil deres rolle i det tværsektorielle samarbejde derfor analyseres med udgangspunkt i den statscentrerede governance. Dette gøres fordi PLOs funktion som interesseorganisation er en af statens mulige styringsinstrumenter, som præsenteres i afsnittet om *Modes of governance*.

I relation hertil mener Bell & Hindmoor fortsat, at den hierarkiske governance er den mest anvendte governance form (Bell & Hindmoor, 2009, s. 7) og mener ligefrem at den genopstår i enkelte tilfælde (Bell & Hindmoor, 2009, s. 71). Hvorimod den samfundscentrerede tilgang nedtoner hierarkiet, magtkampe og konflikter. Det menes i stedet, at aktørerne holdes sammen af kontrakter, forhandling samt uformelle netværk (Bell & Hindmoor, 2009, s. 3-6).

De beskrevne forskelle i de to governance tilgange samt argumentet om, at staten har etableret samarbejdet, ligger derfor til grund for, at specialet benytter Bell & Hindmoors definition på begreberne "Governing" og "Governance".

- **Governing:** *can generally be defined as shaping, regulating or attempting to control human behavior in order to achieve collective ends. Yet effective governance often requires states to build strategic relationships with a range of non-state actors* (Bell & Hindmoor, 2009, s. 2).
- **Governance:** *is defined as the tools, strategies and relationships used by government to help govern* (Bell & Hindmoor, 2009, s. 2).

Begrebsdefinitionerne understreger statens magt til at forme og regulere gennem værktøjer, strategier eller relationer for at nå de ønskede mål. Dokumentanalysen af Sundhedsstyrelsens "Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler" søger derfor at identificere de reguleringer og ændrede strategier, der har været indenfor undersøgelsesperioden. Dernæst fremstiller Bell & Hindmoor relationerne som strategiske og ligefrem en nødvendighed for at udføre effektiv styring. Denne pointe underbygger, at staten i stigende grad anvender alternative styringsredskaber som et supplement til den hierarkiske styring. Til gengæld betyder eksperimenterne med nye og alternative governance former nødvendigvis ikke, at der har været et skifte væk fra hierarkisk "command and control" strategier, da de fortsat er med til at strukturere governance formerne (Bell & Hindmoor, 2009, s. 8).

Modes of governance

De førnævnte nye værktøjer, strategier og relationer, som staten opererer med, kalder Bell & Hindmoor for "Modes of governance", som specialet oversætter til governance former. Der er opstillet fem governance-former, som er Hierarki, Overtalelse, Markeder, Inddragelse af civilsamfundet og netværk (Bell & Hindmoor, 2009, s. 16-17). De forskellige governance former er ikke lige relevante for specialet, hvor eksempelvis overtalelse ikke har nogen umiddelbar indvirkning på samarbejdet mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune. Det vurderes alligevel nødvendigt for helhedsforståelsen at præsentere alle governance formerne, da de afdækker statens muligheder for at vælge mellem forskellige styringsredskaber.

Den traditionelle og stadig mest anvendte form for governance er anvendelsen af hierarki, hvilket også kaldes for top-down governance (Bell & Hindmoor, 2009, s. 7). Denne governance form karakterises ved, at staten anvender sin magt i bestræbelserne på at opnå et bestemt resultat. Hvilket Bell & Hindmoor beskriver således:

“It arises when *states impose rules or standards of behavior on other actors, backed by sanctions and rewards, in order to achieve collective goals.*” (Bell & Hindmoor, 2009, s. 71).

Eksemplificeret for specialet ses statens indvirkning, gennem sundhedsloven og de dertilhørende vejledninger og bekendtgørelser. Specialet er i den sammenhæng opmærksom på de ændringer, der har været gennem undersøgelsesperioden, da det kan være årsagen bag den identificerede udvikling mellem de enkelte sundhedsaftaler. Det betyder, at dokumentanalysen af lovgivningen og Sundhedsstyrelsens “*Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*” gennemføres, som det første i analysen. Ses der i et bredere perspektiv, så kan styring gennem hierarki ligeledes eksemplificeres ved skatteopkrævning, ressourcefordeling på tværs af sektorer eller diverse afgifter på eksempelvis sukker, chokolade eller nødder. Governance formen understreger statens magtposition og enorme ressourcer indenfor økonomi, jura og adgang til anden form for ekspertise (Bell & Hindmoor, 2009, s. 71). Yderligere er staten den eneste politiske aktør, som har mulighed for at fængsle, sende folk i krig eller ligefrem dræbe. Tilsammen sætter mulighederne staten i en unik position til at imødekomme modstridende interesser ved at definere styringsprioriteterne (Bell & Hindmoor, 2009, s. 95). Her er det interessant om der fra statsligt regi er blevet gjort noget for at imødekomme modstridende interesser i det tværsektorielle samarbejde eller om parterne har måtte klare det på egen hånd. Analysen af vores interviews kan være medvirkende til at identificere områder, hvor der bør handles. Spørgsmålet er derfor om staten har gjort noget for at fremme samarbejdet eller om staten bør handle.

Den næste governance form er overtalelse, hvor det forsøges at ændre målgruppernes ideer om hvordan de bør agere. Overtalelsen kan eksemplificeres ved at overbevise folk til at spise sundere, drikke mindre eller sortere skraldet. Først når det er lykkedes at ændre målgruppens basale ideer eller holdninger kan det lade sig gøre at overbevise dem om, at opføre sig eller agere på en bestemt måde (Bell & Hindmoor, 2009, s. 97). Et godt eksempel herpå er rygning, hvor der i mange år er blevet oplyst og på anden måde forsøgt at ændre på danskernes basale holdning. Det er ikke mange år siden, at landets barer var så tilrøget at man

knap kunne se personen overfor, mens der i dag flittigt diskuteres hvorvidt rygepausen på jobbet bør bibeholdes. Et af elementerne til at skabe denne forandring har været governance gennem overtalelse. Governance formen gør sig ikke direkte gældende i forhold til samarbejdet mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune, men i relation hertil har den kommende sundhedsaftale et pejlemærke om, at få færre nordjyder til at ryge (RN, 2019, s. 3). Skal pejlemærket lykkes vil Region Nordjylland antageligt skulle styre gennem en eller anden form for overtalelse.

Kontraktstyring og offentlige private partnerskaber er noget af det der associeres med, når der tales om governance gennem markeder. Det drejer sig om hvorvidt en given opgave skal løses i offentlige eller privatregi, hvor øget effektivitet oftest ligger til grund for valget af leverandør. Bell & Hindmoor slår fast, at der ikke er tale om et valg mellem markedet eller hierarkiet, da staten både skaber og styrer markedet. Privatisering, deregulering med videre kræver alle sammen til tider en form for hierarkisk intervention (Bell & Hindmoor, 2009, s. 136). Opgavetildelingen er et oplagt styringsredskab indenfor denne governance form, idet staten har den ultimative magt til at beslutte, hvorvidt en opgave skal udliciteres til private aktører. Dette kommer indenfor sundhedsområdet til udtryk gennem retten til frit sygehusvalg, samt udrednings- og behandlingsgarantien på en måned, hvilket gør privathospitalerne til en faktor. Eventuelle konflikter eller økonomiske incitamenter indenfor privatisering behandles ikke yderligere i specialet.

Inddragelse af civilsamfundet defineres som *"the process of working collaboratively with and through groups of people affiliated by geographical proximity, special interest, or similar situations to addresses issues that affect them"* (Bell & Hindmoor, 2009, s. 139). Denne governance form rækker vidt og kan bl.a. bruges til at vinde legitimitet i statens beslutninger. Det er forskelligt, hvordan civilsamfundet vælges inddraget, hvor blandt andre Jens Ulrich beskriver ligeværdig, styret, faciliterende og ansvarliggørende samskabelse (Ulrich, 2016, s. 1-20). Helt konkret kan inddragelse af civilsamfundet komme til udtryk gennem offentlige høringer eller borgermøder, mens der indenfor sundhedsvæsenet operere med patient- og pårørendeinddragelse, hvilket blandt andet kan ske i form af peerboards (RN, 2018b). Denne governance form kommer til udtryk ved, at SKU systematisk skal inddrage patientinddragelsesudvalget, hvilke fremgår af *"Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalget og sundhedsaftaler"*. Staten har lagt op til at inddrage civilsamfundet ifm. arbejdet omkring sundhedsaftalerne. Spørgsmålet er derfor i hvilket

omfang det sker og om det har en indvirkning på hvordan det tværsektorielle samarbejde styres.

Den sidste governance form er, når staten anvender netværk og derigennem samarbejder med en række ikke-statslige aktører i den politikskabende proces. Dette kan ligeledes relateres til ovenstående om i hvilket omfang patientinddragelsesudvalget inddrages. Yderligere kan der være tale om private foreninger, interessegrupper og virksomheder, som på anden vis hjælper med at udvikle og implementere den nye politik (Bell & Hindmoor, 2009, s. 18). I specialet udvides forståelsen af netværksaktører til også at omfatte kommunale og regionale aktører, da det tværsektorielle samarbejde om Sundhedsaftalen udgøres heraf. Staten tilbyder netværkets aktører indflydelse på den offentlige politik, og til gengæld får staten samfundets opbakning og accept af dens politik og handlinger, adgang til information og som tidligere benævnt direkte hjælp til at implementere politikken (Bell & Hindmoor, 2009, s. 18). Hertil kan det overvejes, hvilken rolle PLO har ifm. implementeringen af Sundhedsaftalen, da interesseorganisationen antageligt kunne have stor indflydelse på at få aftaler og indsatser ført ud i livet. Det hænger sammen med, at governance formen kræver, at foreningerne/netværkene er villige til at samarbejde eller blive inkorporeret i governance partnerskaber. Denne villighed kan ligestilles til de incitamenter, der tilbydes af staten. Kommunerne og regionerne er knap så interessante her, da de både vil og skal samarbejde med staten. Incitamenter i deres tilfælde kan oversættes til ressourcer, hvilket kan være en medvirkende faktor for hvor meget energi den enkelte kommune ligger i samarbejdet. Det er mere interessant at analysere sig frem til, hvilke incitamenter PLO har for at samarbejde med staten, da det angiveligt kan ligestilles med deres villighed til at samarbejde. Yderligere må de involverede parter overkomme svære organisatoriske og institutionelle udfordringer for at kunne blive effektive partnere. Ordninger eller samarbejdskonstellationer kan være ustabile, hvor ændringer i styringen heraf nemt kan underminere eller svække dem (Bell & Hindmoor, 2009, s. 184).

Den skiftende politikerrolle

Politikerrollen indenfor OPA, NPM og NPG udfoldes dybere, da specialets interviews viste, at det er det politiske niveau, som har forandret sig gennem undersøgelses-perioden. Derfor vurderes det oplagt at analysere på politikernes rolle i det tværsektorielle samarbejde, hvortil der inddrages en politisk repræsentant fra både regionen og kommunen. I den forbindelse er det generelt for et demokrati, at de folkevalgte politikere indtager en væsentlig position i forbindelse med tilvejebringelsen af autorisering og legitimering. Derfor er det interessant at se styringsparadigmernes indvirkning på udøvelsen af den politiske styring (Torfing & Triantafillou, 2017, s. 41). Nedenstående model illustrerer de idealtypiske politikerroller:

Tabel 1:

	OPA	NPM	NPG
Politikerrolle	Suveræn beslutningstager	Bestyrelsespolitiker	Interaktiv politisk leder
Opgave	At træffe autoritative beslutninger om fordelingen af værdier i samfundet	At fastsætte politiske mål om økonomiske rammer for den offentlige sektors virke	At udvikle robuste politiske løsninger på komplekse udfordringer
Indflydelsesretning	Top-down	Top-down og Bottom-up	Interaktiv
Magtform	Hård magt (lovgivning)	Hård magt (lovgivning og incitament)	Blød magt (diskurs)
Autoritet	Givet	Tilkæmpet	Optjent
Legitimitet	Input	Output	Outcome
Ansvarspådragelse	Koncentreret	Delt	Kollektiv
Gennemsigtighed	Begrænset	Stor	Begrænset
Medieoffentlighed	Politiske holdninger brydes	Overvågning af politikere og andre beslutningstagere	Strategisk politisk kommunikationsplatform

(Torfing & Triantafillou, 2017, s. 43)

Modellen angiver hvordan politikerne indenfor OPA-paradigmet har fået overdraget suveræniteten gennem det almene valg, hvilket har skabt en entydigt top-down indflydelsesretning mellem politikerne og borgerne. Politikerne benytter sig af hård magt og derfor placeres ansvaret for den offentlige sektors virke og samfundets tilstand hos politikerne (Torfing & Triantafillou, 2017, s. 42-44). NPM-paradigmet kritiserede gennemsigtheden og kontrol med beslutningstagerne, hvorfor det blev forsøgt at forbedre politikernes mulighed for at styre bureaukratiet og samtidig forbedre borgernes mulighed for at træffe velinformerede valg. Dette førte til, at politikerrollen, med inspiration fra private virksomheder, blev sidestillet med rollen som bestyrelsesmedlem. I denne rolle styres der ved at fastsætte overordnede mål og økonomiske rammer for den offentlige sektors virke. Derudover betød den nye kunderelation til borgerne, at den politiske top-down styring blev suppleret med Bottom-up styring fra borgerne med forskellige former for incitamentsstyring. Kritikken af NPM-paradigmets politikerroller er taget til, hvor det blandt andet argumenteres for, at politikerne er blevet tilskuere til et selvkørende bureaukрати. I stedet menes det at være administrative topledere, krævende kunder og et stadigt stigende samspil med private virksomheder, som har overtaget ledelsen af den offentlige sektor (Torfing & Triantafillou, 2017, s. 44-45). Kritikken forsøges imødekommet i NPG-paradigmet, hvor politikerne igen tildeles en aktiv rolle i den strategiske styring og i dialogen med borgerne. Politikerne skal fungere som ledere af politikskabelsesprocessen sammen med borgerne, hvilket sker gennem en interaktiv rolle. Den nye rolle betyder, at politikerne skal igangsætte, retningsgive, designe og autorisere politikken gennem en form for metastyring. Hermed er ambitionen at skabe robuste politiske løsninger, som kan vinde den nødvendige politiske opbakning og interesse blandt de aktører, som implementerer politikken. Motivationen hos de deltagende parter søges opretholdt gennem interaktivt politisk lederskab, som bygger på bløde magtformer såsom anerkendelse og overtalelse (Torfing & Triantafillou, 2017, s. 45-46). Varetagelsen af det interaktive politiske lederskab giver en række udfordringer, såsom det tidsmæssige aspekt. Det er svært at finde tid til at deltage i interaktive politikudviklingsprocesser, positionere sig i politiske forsamlinger og samtidig passe et fuldtidsjob ved siden af, hvilket gør sig gældende for flere regions- og kommunalpolitikere (Torfing & Triantafillou, 2017, s. 47). Tilsammen sætter paradigmerne politikerne i et dilemma, da det forventes at rollerne for alle paradigmerne udfyldes. Behovet for en suveræn beslutningstager kan opstå, mens der i andre tilfælde søges overordnede mål eller dialog med relevante samfundsaktører. En politikers succes hænger i høj grad sammen med om den valgte lederstil bliver tilpasset til den konkrete situation eller opgave (Torfing & Triantafillou, 2017, s. 50-51).

Med forståelse for styringsperspektivet er det naturligt at skabe en overgang til specialets andet teoretiske perspektiv om interorganisatoriske grænseflader. Med forståelse for det styringsmæssige grundlag, vil det være muligt at forstå hvorfor der forekomme problemer i grænsefladen, men også hvilke konflikttyper der kan opstå i de organisatoriske grænseflader.

Interorganisatoriske grænseflader

I det tværsektorielle samarbejde mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune, kan der opstå konflikter, hvis de hver især har forskellige interesser. Specialet undersøger derfor, hvordan region og kommune samarbejder ud fra David L. Browns forståelse af konflikter og interorganisatoriske grænseflader. Teorien vil være med til at identificere samarbejdsrelationerne og konflikttypen mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune. For at kunne danne en forståelse af konflikter og grænseflader, er det først nødvendigt at identificere betingelserne for at en grænseflade kan opstå.

Undersøges der nærmere i David L. Browns publikation *"Managing Conflict at Organizational Interfaces"*, så definerer han med baggrund i Edward Otto Laumanns tanker (Laumann, 1978), at grænseflader kan ses ud fra tre forskellige typer.

"1. By competitive interdependence that compels interaction among antagonistic organizations. 2. By cooperative interdependence in which both parties tend to gain from interaction. 3. By mandated cooperation in which organizations cooperate because of the requirements of a powerful third party" (Brown, 1983, s. 218)

Den første type er ikke til stede i samarbejdet, da det vil være forkert at antage en kommune og region som værende rivaliserende organisationer. Især Browns anden og tredje type er interessant at se nærmere på, da det kan belyse hvilke interesse modsætninger, som kan være problematiske i forhold til at samarbejde ud fra Sundhedsaftalen. Angående specialets casevalg, så kan der argumenteres for at begge parter kan drage fordele af samarbejdet med hinanden, hvilket lever op til den anden type. Derudover er der det forhold, at kommune og region er blevet pålagt at samarbejde af en magtfuld tredje part, nemlig staten med baggrund i Strukturreformen i 2007. Det kan derfor argumenteres, at den tredje type er til stede i samarbejdet. Ud fra David L. Browns definition kan det derfor antages, at grænseflader kan karakteriseres i samarbejdet mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune. Der kan være forskellige opfattelser af hvad der ligger i grænseflader. I grænsefladen mellem Thisted

Kommune og Region Nordjylland, kan samarbejdet ses som komplekst og modsætningsfyldt, fordi der kan være forskellige opfattelser af konflikter og interesser (Brown, 1983, s. 219-220). Region Nordjylland og Thisted Kommunes individuelle interesse for hvordan samarbejdet skal forgå, kan derfor have betydning for deres grænseflader. Eksempelvis kan Region Nordjylland vælge at have en hård styring af ressourceallokeringen samt hvilke opgaver Thisted Kommune skal udføre. Hermed påvirkes grænsefladen mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune, hvilket kan resultere i konflikter.

Konflikter og hvordan konflikter styres er et væsentligt element i Browns forståelse af interorganisatoriske grænseflader. En konflikt kan ifølge ham defineres som *"Conflict is incompatible behavior between parties whose interests differ"* (Brown, 1983, s. 4). En konflikt opstår på baggrund af en uforenelig adfærd og interessemodsætninger mellem parterne. Konceptet omkring interesser er ifølge Brown komplekst, hvorfor han vælger i hans fortolkning at definere interesser som *"recognized and unrecognized stakes that are affected by the interaction of parties"* (Brown, 1983, s. 4). Region Nordjylland og Thisted Kommune kan derfor have fælles interesser, hvor de drager fordel af hinanden, hvilket også er en af betingelserne for en grænseflade. Til gengæld kan det modsatte også være tilfældet, hvor de fælles interesser skaber en konflikt, eventuelt ved at Region Nordjylland, som tidligere eksemplificeret, drager fordel af Thisted Kommune.

Interesser er ikke det eneste element som er vigtigt, da forståelsen af parternes adfærd ligeledes er en nødvendighed for kunne forstå en konflikt. Hvis der forekommer en uoverensstemmende adfærd, såsom at den ene part foretager bevidste handlinger for at frustrere den anden part, kan det skabe en konflikt (Brown, 1983, s. 4-5).

Ud fra forståelsen om adfærd og interesser, har Brown udformet nedenstående tabel, som er med til at belyse hvad der kan udledes af konflikter.

Tabel 2:

Konflikt-typer	Interesse		
Adfærd		Forskellig	Fælles
	Uoverensstemmelse	Konflikt	Falsk konflikt
	Overensstemmelse	Latent konflikt	Ingen konflikt

(Brown; 1983:6)

Tabellen illustrerer fire forskellige konfliktscenarier, som Brown kalder konflikt, falsk konflikt, latent konflikt og ingen konflikt. En decideret konflikt, opstår som resultatet af modsættende interesser og adfærd. Hvorimod hvis der hverken er modsættende interesser eller adfærd, så er der ifølge Brown ingen konflikt til stede. Den latente konflikt opstår når der er en overensstemmelse i adfærden, men parterne har forskellige interesser. Den latente konflikt kan eksemplificeres ved at Region Nordjylland og Thisted Kommune samarbejder med en interesseorganisation, som PLO. Her kan adfærden være lignende, mens interesserne kan være forskellig, hvilket kan kræve hårde forhandlinger. Den sidste type konflikt er den falske konflikt, som bygger på en uoverensstemmelse, selvom interesserne er fælles. Dette kan udfoldes ved, at der opstår en misforståelse omkring de reelle interesser, eller de to parter kan have personlige kampe. Scenariet giver grobund for, at en falsk konflikt kan opstå, selvom de reelt set er enige. Angående den falske og latente konflikt bør det nævnes, at på trods af der ikke er en decideret konflikt, så kan problemerne indenfor de to konflikttyper nemt udvikle sig til en konflikt, hvis ikke der findes en løsning (Brown, 1983, s. 6). De fire konflikt-typer vil danne den analytisk ramme for at se nærmere på, hvilken form for konflikt der er til stede i grænsefladen mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune. Med forståelse for konflikter kan der nu ses nærmere på hvordan konflikter kan forekomme i grænseflader mellem organisationer og hvordan konflikterne håndteres.

Når konflikter i grænseflader opstår, afhænger det af hvilken form for organisering som er til stede. De interorganisatoriske grænseflader mellem f.eks. offentlige organisationer, kan forstås som mødepladsen, hvor samarbejdets parter interagere (Brown, 1983, s.1).

Grænseflader opstår derfor f.eks. når organisationer har fælles opgaver, hvor de har behov for hinanden for at gennemføre opgaverne (Brown, 1983, s. 1). Eksempelvis arbejder Region Nordjylland og Thisted Kommune tæt sammen omkring det samlede patientforløb. Hvilket er det flow der sker fra patienten, bliver indlagt på et hospital til patienten bliver udskrevet og sendt hjem til sin kommune. Forløbet illustrerer, hvorfor der opstår en grænseflade imellem de to organisationer. Det er derfor relevant at anvende grænseflader til at belyse det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med Sundhedsaftalen, hvor de forskellige parter er med til at danne grænseflader på tværs af stat, regioner, kommuner og interesseorganisationer. Et tværsektorielt samarbejde er ikke altid gnidningsfrit, idet konflikter kan opstå i grænsefladerne. Konflikter opstår hyppigst i de interorganisatoriske grænseflader, hvis der forekommer en under- eller overorganiseret grænseflade mellem samarbejdets parter (Brown, 1983, s. 23-30).

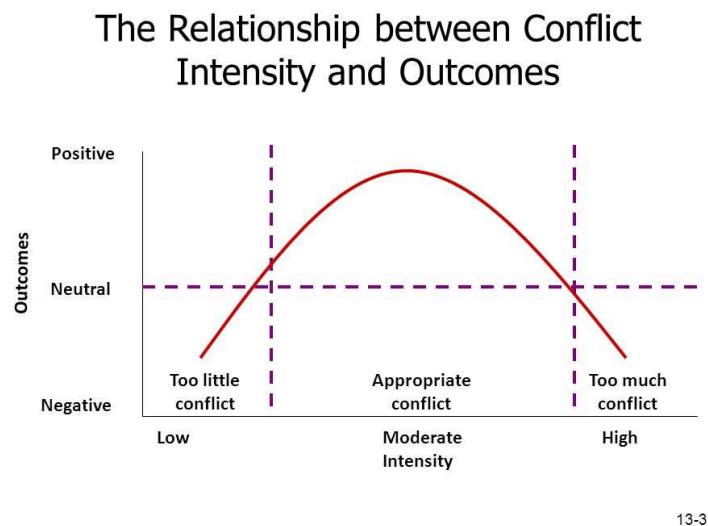
Den overorganiserede grænseflade skal forstås som en hård styring med lukkede grænseflader. Det kan hypotetisk set være en styrelse, som har en hård styring over Region Nordjylland og Thisted Kommune, men det kan også være at samarbejdet mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune har en lukket grænseflade. Det kan betyde at der ikke er frirum til innovative tiltag, men også at parterne i processen ikke har fleksibilitet i forhold til at løse opgaverne. Det kan betyde at informationsudveksling mellem klynger og i arbejdsgrupper ikke er optimal, fordi den kan blive forsinket pga. den lukkede grænseflade (Brown, 1983, s. 28-30).

Angående den underorganiserede grænseflade så bygges den på blød styring, hvor der i modsætning til den overorganiserede grænseflade, er langt mere åbne grænseflader. Den underorganiserede grænseflade er især karakteriseret ved at informationen fra organisationerne ikke er filtreret. Hvilket betyder at en enorm mængde information, relevant såvel som irrelevant, bliver delt mellem parterne (Brown, 1983, s. 27). Det er svært at regulere, fordi der ikke er en klar autoritet, såvel som klare mål for det der skal gøres (Brown, 1983, s. 28). Dette kan illustreres ved, at Region Nordjylland og de nordjyske kommuner får fri lejde til at agere af Sundhedsstyrelsen. En blød styring vil skabe en underorganiserede grænseflade med uklare forhold for det tværsektorielle samarbejde mellem organisationerne, fordi det uden styringen kan betyde at den fælles opgaveløsning ikke bliver fordelt. Den underorganiserede grænseflade går i sidste ende ud over det område, som kunne have opnået en gevinst gennem samarbejdet. Uden styring vil grænsefladen blive kaotisk, dog vil en blødere styring i grænsefladen kunne åbne op for en større fleksibilitet. Den større fleksibilitet betyder, at repræsentanterne har et større innovativt frirum i modsætning til den overorganiserede grænseflade. (Brown, 1983, s. 28-30)

Det handler om at skabe en organisering, som forekommer mere moderat, hvor det hverken bliver for underorganiseret eller for overorganiseret. Sker dette ikke så kan resultatet være, at der forekommer en konflikt. Om der forekommer en under- eller overorganisering, vil blive undersøgt ved at se på vejledningerne for udarbejdelsen af sundhedsaftalerne. Vejledningerne vil blive suppleret med erfaringer igennem interviews med repræsentanter fra Region Nordjylland og Thisted Kommune. Ydermere vil interviewene bidrage til at belyse om der er en konflikt eller ej. Konflikter er som udgangspunkt negativt ladet, men ifølge Brown så er det nødvendigvis ikke et dårligt element for et tværsektorielle samarbejde at der opstår en konflikt. Det kan endda være en forudsætning for det gode samarbejde, hvis de forekommer som produktive konflikter. Brown definerer produktive konflikter som "*Productive conflict*

at organization interfaces in contrast take the form of either bargaining or problem-solving” (Brown, 1983, s. 223). Nedenstående figur 1, illustrere at et positivt outcome opnås ved, at konflikter har en hensigtsmæssig intensitet.

Figur 2:



(Brown, 1983, s. 8)

Samtidig viser figuren, at for meget konflikt har et negativt resultat, men hvis der er for lidt konflikt, så vil resultatet ifølge Brown ligeledes være negativt. Dette betyder, at overorganiserede grænseflader kan resultere i en utilsigtet sammensmeltning mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune, hvor de to organisationers forskelligheder vil blive undertrykt, hvilket vil skade den ene eller begge organisationers autonomi. (Brown, 1983, s. 225). Derudover vil overorganisering have den betydning at informationen mellem de to parter bliver dårligere.

I de underorganiserede grænseflader med lidt eller ingen konflikt, vil parterne derfor så vidt muligt undgå interaktioner der kan føre til uenigheder og reducere engagementet for at anerkende og overkomme fælles problemer (Brown 1983, s. 223). Dette betyder at hvis Region Nordjylland og Thisted Kommune agerer i en underorganiseret grænseflade med lidt eller ingen konflikt, så vil de undgå at skabe en dialog, som kan fører til uenigheder. Med andre ord, vil de ikke anerkende at der er uenigheder, eller uoverensstemmelser. Derfor isolerer de sig fra hinanden fremfor, at løse mulige fælles problemer. Uden dialog og vidensdeling, kan det derfor have konsekvenser for samarbejdet, hvor der ønskes at finde og løse fælles problemstillinger.

Browns konklusion lyder derfor at en produktiv konflikt i grænsefladerne, er den optimale løsning. For at den produktive konflikt i grænsefladerne kan opnås, er det nødvendigt at anvende interorganisatoriske forhandlinger og interorganisatorisk problemløsning. Forhandlingsrelationerne kan virke fjendske og konfronterende siden problemerne fokuserer på de konfliktramte interesser mellem parterne. Repræsentanterne vil i en produktiv konflikt acceptere de fælles begrænsninger, hvilket opfordrer til at indgå kompromisser (Brown, 1983, s. 226). Udover forhandlinger i de moderat-organiserede grænseflader er interorganisatorisk problemløsning ligeledes et væsentligt element, da det vil give mulighed for at dele informationer, der kan give fordelagtige resultater for begge parter (Brown, 1983, s. 226). Bedre information mellem parter i et tværsektorielt samarbejde kan være en gevinst, da det hjælper med at skabe en forståelse for de andre parter perspektiver og aktiviteter. For et succesfuldt tværsektorielt samarbejde mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune i grænsefladen, er forhandlinger og fælles problemløsning en nødvendighed, for at undgå negative konflikter.

Teoretiske fravalg

Det fremgår af afsnittet om *caseudvælgelse*, at vi bistod medarbejderne som udarbejder Sundhedsaftalen. Derigennem opstod der en interesse for implementeringen af Sundhedsaftalen, da den kommende sundhedsaftale vil have et langt større fokus på implementeringen. Ønsket om et større fokus bakkes op af politikerne, som i 2016 udtalte “*Vi skal alle have større fokus på implementeringsdelen!*” (RN, 2016a, s. 2). Derfor startede specialet med et implementeringsperspektiv på Sundhedsaftalen, hvor Søren Winthers implementeringsmodel var tiltænkt som den gennemgående analysemodel. Modellen indeholder implementeringsprocessen- og resultater, samt en politikformulering og politikdesign. Tankerne hertil var at se på Sundhedsaftalens formulering og politikdesign, for at se på hvilke instrumenter Sundhedsaftalen benytter, såsom sanktions- eller belønningsmuligheder. Modellens top-down og Bottom-up perspektiv på implementering var ligeledes tænkt relevant, da det kunne hjælpe med at forstå implementeringsproblemerne ude i praksis (Winter & Nielsen, 2008, s. 17-22). Problemet med teorivalget var, at specialet ønskede et bredere perspektiv på Sundhedsaftalen, mens modellen ville fungere bedre ved at fokusere på nogle få indsatser i Sundhedsaftalen. Ønsket om et bredt perspektiv på Sundhedsaftalen gjorde det ligeledes uoverskueligt at udvælge de relevante markarbejdere, da det varierer fra projekt til projekt. Derfor blev denne teoretiske tilgang fravalgt.

Specialet overvejede i stedet et andet perspektiv på implementering, hvor det blev overvejet at tage udgangspunkt i Røviks teori om hvordan organisationsopskrifter overføres fra en organisation til anden (Røvik, 2007, s. 250). Røviks teori skulle suppleres med nyere oversættelsesteori, som foruden oversættelsen fra et sprog til et andet, også fokuserer på kulturen, formålet og ideologien bag oversættelsen (Venuti, 1995; Munday, 2008; PYM, 2014; Lefevere, 1992). Tankerne med tilgangen var at undersøge, hvordan regionens sundhedsaftale fra 2015-2018 rent faktisk blev oversat ude i praksis. Sådan en undersøgelse ville fordrer et langt større fokus på hvad der sker ude på hospitalerne, hvor det blev fundet svært at vurdere hvilke personer, der kunne give os den nødvendige viden.

I stedet for at undersøge implementering ud fra konkrete implementeringsteorier blev der overvejet et mere alternativt perspektiv på implementeringen. I den forbindelse kunne der med fordel inddrages flere regioner for at sammenligne de forskellige sundhedsaftaler. Sammenligningen skulle ske ud fra ny-institutionalisme, repræsenteret ved DiMaggio og Powell, hvor fokuset ville være på diffusion, legitimitet og isomorfi (DiMaggio & Powell, 1991). Tanken var at betragte sundhedsaftalerne fra starten i 2007 og frem til i dag, hvor to eller flere regionerne skulle sammenlignes. Teoretisk kunne Sundhedsaftalen i starten betragtes som en tvangsmæssig isomorfi (DiMaggio & Powell, 1991), men henover årrækken ville der måske være opstået større forskelle mellem regionernes arbejde med sundhedsaftalerne. En sammenligning af regionerne ud fra det teoretiske apparat ville derfor ligge op til at se på forskelle og ligheder mellem regionernes opbygning af det tværsektorielle samarbejde, hvilket kunne frembringe viden om effekten af forskellige samarbejdsstrategier. Det blev vurderet, at det kunne være kompliceret og særdeles tidskrævende at gennemføre en undersøgelse med flere regioner. Denne teoretiske tilgang blev derfor fravalgt. Imens de teoretiske overvejelser blev udformet, blev der samtidig indsamlet empirisk materiale for Region Nordjylland indenfor den givne tidsperiode. Derfor blev det fundet interessant at undersøge, hvilken udvikling det tværsektorielle samarbejde havde gennemgået.

Metodiske overvejelser

Ifølge Svend Brinkmann søges det at forstå konkrete personer og sociale processer, når der arbejdes med kvalitative metoder (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 17). Den kvalitative metode forpligter sig derfor til en menneskelig verden og interesserer sig for menneskelige aktørers egne perspektiver på denne verden (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 18). Ud fra denne antagelse, så vil den kvalitative metode blive anvendt til at generere empiri i specialet. Empirien genereres gennem det kvalitative casestudie, som blev præsenteret i specialets forskningsdesign og udfoldes yderligere i afsnittet. Empirien genereres gennem en dokumentanalyse af sundhedsaftalerne og de tilhørende vejledninger, samt interviews med politikere og ledende konsulenter hos Thisted Kommune og Region Nordjylland. Hvilket leder over i specialets validitet og reliabilitet, hvor kvaliteten og det større forskningspotentiale vurderes. Der afsluttes med specialets operationalisering.

Casestudiet

Der er i specialet valgt at anvende casestudiet til at belyse det tværsektorielle samarbejde i sundhedsaftalerne. Ifølge Robert Yin, så skal casestudie overvejes, hvis fokuset i studiet er på at undersøge hvordan og hvorfor noget sker, hvilket specialet arbejder med. Derudover er casestudiet relevant, hvis der ønskes at afdække de kontekstuelle forhold, som er relevant for undersøgelsesområdet (Baxter, 2008, s. 545). De kontekstuelle forhold spiller en væsentlig rolle i specialet, da det er nødvendigt at forstå konteksten omkring arbejdet med Sundhedsaftalen. Derfor er det nødvendigt at få afklaret grænserne mellem emnet og konteksten. Hertil er det nødvendigt at sondre mellem et holistisk casestudie og et indlejret casestudie. Det holistisk casestudie kan være tilbøjelig til at være deskriptivt, idet der f.eks. forsøges at beskrive en organisations historie. Det indlejrede casestudie prøver derimod at beskrive, hvordan genstandsfeltet indgår i en organisation i samspil med det omgivende samfund (Nielsen, 2006, s.162). Ud fra de to forståelser anvender specialets case-design en holistisk tilgang. Den holistiske tilgang giver mulighed for at beskrive og undersøge emnet omkring Sundhedsaftalen og de mulige konflikter, men det kan stadigvæk ikke gøres uden at forstå konteksten, da de er uadskillelige. Dette vil betyde, at specialet får en mere deskriptiv form, hvilket ligger i tråd med den valgte problemformulering. Til at belyse emnet kan der i casestudiet vælges at anvende "single-case" eller "multiple cases". Der er valgt at arbejde med et single case design i specialet, hvilket kan bidrage til at skabe en mere detaljeorienteret

analyse end det ville være tilfældet med flere cases. Casestudiet i specialet kan derfor defineres som et holistisk single-case-studie, da der undersøges en enkeltstående case. Casens kontekst vil dermed danne rammen for specialet.

Dokumentanalyse

“Dokumenter er støvede – de ligefrem lyder støvede – og de samler stadig mere støv fra vugge til grav” (Duedahl & Jacobsen, 2010, s. 13). Bruno Latour påpeger yderligere, at policy-dokumenter i forskningssammenhænge omfattes som kedelige, vage i sine formuleringer og løsninger, hvorfor dokumenterne sjældent rækker udover det skrivebord de er blevet produceret ved (Nielsen, 2011, s.132-133). Dette medfører oftest at dokumenterne bliver ignoreret, også af dem som de allermest ville interessere (Nielsen, 2011, s.132-133). Med udgangspunkt i denne tankegang har Sundhedsaftalen ikke de store chancer for succes, da Sundhedsaftalen i al enkelthed kan skitseres som et dokument, hvilket afsnittet kommer nærmere omkring. Spørgsmålet er derfor om det overhovedet er interessant at beskæftige sig med dokumenter?

Det modsatte kan heldigvis også være tilfældet, specielt set i et længere historisk perspektiv, hvor bogtrykkerkunsten bl.a. har været medvirkende til at massedistribuerer magthavernes ideer og forestillinger (Duedahl & Jacobsen, 2010, s. 11). Med det historiske blik for øjet påpeger Poul Duedahl og Michael Jacobsen at:

“Dokumenter har potentialet til at ændre verden. [...] Dokumenter kan nemlig holde på information, selv lang tid efter at deres skabere har forladt denne verden, de kan sprede informationer over store afstande og til et talstærkt publikum, udbrede tanker og ideer, normer love og regler – og måske ovenikøbet gøre op med dem, der eksisterer i forvejen.” (Duedahl & Jacobsen, 2010, s. 11)

Det er den slags tanker, som skaber troen på at et dokument som Sundhedsaftalen og anden vedtagen politik kan gøre en forskel. Hermed vendes der tilbage til Sundhedsaftalen og specialets forståelse af dokumentbegrebet, der defineres ved *“sprog, som er fikseret i tekst og tid”* (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 138). Begrebet *tekst* dækker bredt, hvor både fotografier, teknologier mv. betragtes som tekst (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 138). Sundhedsaftalen defineres ved en mere traditionel forståelse af tekst, da der er tale om et nedskrevet dokument, bestående af tekst og enkelte billeder. *Tidselementet* er ligeledes

interessant for definitionen, da det påpeger, at dokumenterne er nedskrevet og fastholdt på et bestemt tidspunkt. Eksempelvis blev de nationale mål introduceret i 2016, hvilket var indenfor samme periode som Sundhedsaftalen for 2015-2018 (Regeringen, 2016).

Sundhedsaftalen for 2015-2018 blev i den forbindelse udformet, og dermed fastholdt i tid, før Regeringen havde vedtaget målene, hvorfor målene ikke omtales i dokumentet. Til gengæld vil et dokument ofte udvikle sig over tid (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 138), og netop denne udvikling behandles i specialet, hvor dokumentanalysen skal være medvirkende til at besvare specialets forskningsspørgsmål. Hensigten med dokumentanalysen er at skitsere, hvordan organiseringen af Sundhedsaftalen har set ud igennem de fire perioder. Denne viden er nødvendig for at kunne forstå og forklare hvordan Sundhedsaftalen har udviklet sig.

Dokumentanalysen har sine begrænsninger, såsom det skitserede eksempel med de nationale mål. Derfor er oplysninger, som vurderes relevante for undersøgelsen, men som ikke har været mulige at finde gennem dokumentanalysen, tænkt ind i interviewguiden (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 153-162).

De nødvendige dokumenter for dokumentanalysen er til dels defineret af undersøgelsesspørgsmålet (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 140), som afdækker udviklingen og interesseudsættelserne ved det tværsektorielle samarbejde.

Dokumentanalysen har sit fokus på at skitsere udviklingen af det tværsektorielle samarbejde, mens interesseudsættelser hovedsageligt afdækkes af specialets interviews. Yderligere er der valgt at afdække udviklingen indenfor tidsperioden 2007-2019, hvilket ligeledes medvirker til at definere de udvalgte dokumenter (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 140).

Til at generere dokumenterne er der blevet benyttet "*Sneboldemetoden*", hvor indbyrdes referencer mellem dokumenterne er blevet fulgt. Sneboldemetoden har medvirket til at definere fire moderdokumenter (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 142), som er de fire generationer af sundhedsaftaler. Her bør det nævnes, at moderdokumentet for perioden 2007-2009 består af 11 dokumenter udformet med hver enkelt kommune i Region, mens moderdokumentet for perioden 2015-2018 består af tre dokumenter. De indbyrdes referencer for det enkelte moderdokument er efterfølgende blevet fulgt. Referencerne er grundlaget for at inddrage Sundhedsstyrelsens vejledninger, samt bilaterale og supplerende aftaler mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune. Sneboldemetoden og undersøgelsesspørgsmålet har ligeledes været medvirkende til at fravælge andre dokumenter. Da specialet undersøger Thisted Kommune, er bilaterale og supplerende aftaler med de øvrige kommuner blevet fravalgt til dokumentanalysen. Yderligere er Sundhedsstyrelsens vejledninger fra 2010-2018

blevet fravalgt, da periodens udvikling kan ses ud fra moderdokumenterne. I stedet er det valgt udelukkende at inddrage den første og sidste *“Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler”*, da de to dokumenter vurderes tilstrækkelige til at afdække udviklingen i den statslige styring. På baggrund af ovenstående overvejelser, er der udvalgt 12 dokumenter til at analysere på Sundhedsaftalens udvikling. Dokumenterne fremgår i modellen nedenfor, hvor de er blevet placeret efter deres produktionstidspunkt, så det ældste dokument fremgår først.

Tabel 3:

Oversigt over de anvendte dokumenter

Afsender	Navn på Dokument
Sundhedsstyrelsen	Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler 2006
Region Nordjylland & Thisted Kommune	Sundhedsaftale for valgperioden 1. januar 2007 – 31. december 2009
Region Nordjylland	Den Generelle Sundhedsaftale
Region Nordjylland	Bilag til Den generelle Sundhedsaftale
Region Nordjylland & Thisted Kommune	Bilateral sundhedsaftale mellem Thisted Kommune og Region Nordjylland
Sundheds- og Ældreministeriet	Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler 2013.
Region Nordjylland	Den politiske sundhedsaftale 2015-2018
Region Nordjylland	Den administrative sundhedsaftale 2015-2018
Region Nordjylland	Den tværsektorielle grundaftale

Sundheds- og Ældreministeriet	Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler 2018
Sundheds- og Ældreministeriet	Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler 2018.
Region Nordjylland	Sundhedsaftalen 2019 – Sammen om sundhed.

Interview

For at komplementere dokumenterne, så udføres der interviews med ledende konsulenter og politikere fra Region Nordjylland og Thisted Kommune. Når der laves interviews med forskellige repræsentanter i de to organisationer, så kan det ikke udelukkes at der forekommer uoverensstemmende udtalelser. Intentionen med denne metodiske tilgang er, at både de ledende konsulenter og politikerne, kommer til at repræsentere holdninger og oplevelser af styringen og interessemodsætninger for hver deres organisation.

Grunden til at interviewene tager fat i politikere skyldes en antagelse om at det er politikerne, som skaber rammerne for hvordan der skal arbejdes tværsektorielt mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner. Yderligere fremgår det af den organisering som fremhæves i dokumenterne, at det særligt er det politiske niveau, hvor der er sket forandringer henover undersøgelsesperioden. Grunden til at der udarbejdes fire enkeltstående interview, er fordi der ønskes at skabe en forståelse for de ledende konsulenters og politikeres perspektiv på det tværsektorielle samarbejde. Det enkeltstående interview giver mulighed for at gå i dybden med informanternes oplevelser, hvilket kan fremhæve interessemodsætninger eller problematikker i styringen af det tværsektorielle samarbejde. Modsætninger og problematikker ville muligvis ikke blive påpeget, hvis der blev foretaget et fokusgruppeinterview, da de andre personers tilstedeværelsen kunne påvirke svarene. De ledende konsulenter bliver interviewet, fordi de modsat politikerne må formodes at have en mere omfattende forståelse for deres egen organisations formål. Yderligere kan de bidrage med indsigt i hvordan kommune eller region indgår i det tværsektorielle samarbejde, samt hvad hele Sundhedsaftalens formål er ud fra et organisatorisk perspektiv. Formålet med de

fire interviews er at få indblik i og forståelse af deres oplevelser af det tværsektorielle samarbejde imellem Region Nordjylland og Thisted Kommune.

Metodisk vil der blive anvendt semistrukturerede interviews til at indsamle empiri. Det semistrukturerede interview anvendes, fordi det har en særlig styrke i at bruge åbne spørgsmål. De åbne spørgsmål giver informanten plads til at nuancere sine svar, men samtidig kan interviewerens også stille uddybende spørgsmål, som sikrer en fælles og valid forståelse af interviewpersonernes svar (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 231).

Interviewspørgsmålene er sat op, så informanten kan give uddybende svar. Dette kan resultere i, at informanterne fra Region Nordjylland og Thisted Kommune kan komme med interessante vinkler på det tværsektorielle samarbejde, samt tilkendegive andre problematikker i grænsefladen. Undersøgelsesspørgsmålene er naturligvis styrende i interviewet, men der er også rum for at få uddybende forklaringer på informanternes svar. For at interviewet ikke bliver ustruktureret, så er det vigtigt at udarbejde en interviewguide (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 38).

En interviewguide kan i mere eller mindre grad være styrende for interviewet, og i mere eller mindre grad være detaljeret eller teoristyret. Dette afhænger af, interviewerens forståelse omkring feltet (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 38). Undersøgelsesspørgsmålene vil som udgangspunkt være styrende for interviewet, men der er stadig rum til opfølgende spørgsmål. Hvilket giver en bedre forståelse af feltet, end hvis spørgsmålene var helt lukket.

Interviewguiden vil være detaljeret, da interviewerens forståelse må antages som værende høj. Det høje detaljeringsniveau skyldes som tidligere klarlagt i afsnittet om *caseudvælgelse*, at arbejdet omkring Sundhedsaftalen er blevet fulgt over en længere periode. Den teoretiske ramme er stadig med i interviewguiden, hvorfor der skelnes mellem interview- og forskningsspørgsmål. Grunden til at der vælges at opdele i forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål, er fordi at et godt og relevant forskningsspørgsmål, sjældent fungerer godt som et interviewspørgsmål (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 40). Desuden søger et forskningsspørgsmål at forklare et fænomen eller felt, hvorimod et interviewspørgsmål typisk søger konkrete beskrivelser af fænomenet eller feltet (Brinkmann & Tanggaard, 2010, s. 40).

Præsentation af interview

Der er i specialet fokus på det tværsektorielle samarbejde mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune. Der er derfor blevet rettet henvendelse imod repræsentanter fra begge organisationer. Repræsentanterne er som tidligere angivet ledende konsulenter og politikere,

fordi det vurderes at for at få et korrekt billede af det tværsektorielle samarbejde er det nødvendigt at se det både fra et politisk og administrativt perspektiv. I udvælgelsen af informanter, har det været et kriterium, at den pågældende person har været inde omkring arbejdet med Sundhedsaftalen. Jo længere anciennitet de har omkring samarbejdet, desto bedre, da undersøgelsen af Sundhedsaftalen går tilbage til 2007. Det er således mundet ud i fire interviews med fem repræsentanter. Grunden til at der er fem repræsentanter i de fire interview, er fordi at de to administrative informanter fra Thisted Kommune var tilstede ved samme interview. De fem informanter er følgende:

- Vicekontorchef ved Sundhedsplanlægning i Region Nordjylland *Jane Pedersen*. Jane Pedersen er samtidig leder for den tværsektorielle enhed. Hun har arbejdet med Sundhedsaftalen siden 2007, dog i forskellige roller bl.a. tovholder for forebyggelse.
- Souschef i Sundheds- og ældreafdelingen og leder af afdelingen Sundhed og Kvalitet i Thisted Kommune, *Henrik Hugo Pedersen*. Henrik Hugo Pedersen har været i den stilling og inde omkring Sundhedsaftalen siden 1. april 2018. Ydermere har han siden 2007 haft erfaring med samme opgaver i hhv. Jammerbugt og Brønderslev Kommune.
- Udviklingskonsulent i Thisted Kommune Marie Stjernholm. Marie Stjernholm har arbejdet med Sundhedsaftalen et par år i Thisted Kommune og sidder også som klyngerepræsentant i Klynge Vest.
- Politiker *Peter Sørensen*. Peter Sørensen sidder i kommunalbestyrelsen for Dansk Folkeparti i Thisted Kommune siden 2010. Her har han været formand for Social og Sundhedsudvalget fra 2013-2018. Derudover har han siddet i Regionsrådet i Nordjylland i en enkelt periode fra 2013 til 2017.
- Politiker *Lene Linnemann*. Lene Linnemann sidder i Regionsrådet for Socialistisk Folkeparti i Region Nordjylland og har siddet der siden 2009. Derudover sidder hun med i forretningsudvalget og sundhedskoordinationsudvalget.

Samtlige af de fire interviews er gennemført som ansigt til ansigt-interviews, som er blevet foretaget på Regionhuset i Aalborg og på Thisted Rådhus imellem d. 19-26. marts 2019. På forhånd var de overordnede spørgsmål udelukkende sendt til Jane Pedersen, da hun efterspurgte spørgsmålene. De øvrige informanter havde ligeledes kendskab til formålet med interviewet, men de fik ikke tilsendt vores interviewspørgsmål. I og med Jane Pedersen har fået de overordnet spørgsmål tilsendt før interviewet, kan det have en betydning for den måde hun svarer på. Her er antagelsen, at det kan resultere i at hun giver mere indøvede svar end de øvrige informanter.

Validitet og reliabilitet

Det har betydning for specialet, at den kvalitative empiri kan anvendes som bevis til at belyse undersøgelsesspørgsmålet (Mason, 2002, s. 38). Specialets validitet og reliabilitet vil uddybes nærmere, for at vurdere kvaliteten og det større forskningspotentiale i specialet. Derfor diskuteres specialets eksterne reliabilitet, interne reliabilitet, interne validitet og eksterne validitet.

Den eksterne reliabilitet kan være svær at opnå med specialet, hvilket ikke er unaturligt i en kvalitativ undersøgelse (Bryman, 2016, s. 383). Dette skyldes at det kan være svært at gengive specialets resultater, fordi det ikke er muligt at fryse de sociale omgivelser. Forstået på den måde at Sundhedsaftalen, de valgte informanter i Thisted Kommune og Region Nordjylland og generelt den offentlige sektor er i konstant forandring. Skulle der forsøges at gennemføre samme undersøgelse igen og opnå samme eller lignende resultater, ville det være nødvendigt at følge den samme undersøgelsesstrategi. Ellers vil det ikke være muligt at skabe en replikation af det som bliver hørt og set i denne undersøgelse (Bryman, 2016, s. 384). Derudover er alle interviewene i specialet blevet transskriberet, hvilket betyder at hvis der ønskes at undersøges nærmere på den indsamlede empiri, er den vedlagt specialet. Dermed får andre undersøgere mulighed for at analysere ud fra det samme grundlag, hvilket sikrer en høj gyldighed i specialet.

Den interne reliabilitet omhandler, at hvis der er flere end en undersøger, er det vigtigt at der er en overensstemmelse omkring hvad der ses og høres, så undersøgelsen anskues korrekt, og alle undersøgerne når frem til de samme konklusioner (Bryman, 2016, s. 390). For at der kan skabes en overensstemmelse mellem forfatterne i specialet, er der dannet en fælles forståelsesramme af teorien. Den fælles forståelsesramme betyder, at når vores data bliver bearbejdet, så er det ud fra en fælles forståelse, hvorfor der genereres de samme resultater og konklusioner.

Den eksterne validitet fortæller noget om, hvor meget der kan generaliseres ud fra de konklusioner og resultater, som specialet fremlægger. Ofte vil der blive anvendt flere cases til at styrke generalisering, men i dette kvalitative studie anvendes der kun en case. Angående casen kan det argumenteres for, at resultaterne til en vis grad kan findes repræsentative for kommuner, der har samme størrelse som Thisted og Morsø Kommune, samt kommuner der oplever samme problemstillinger. Det bør understreges at det enkelte samarbejde mellem kommune og region er unikt, da der arbejdes med forskellige problemstillinger, hvorfor

specialets resultater kan være svære at generalisere. Idet der er udvalgt en række informanter, vurderes det som en mulighed, at interviews med andre informanter, kunne føre til at der blev fremhævet andre oplevelser eller et andet syn på udviklingen. De valgte informanter er efter forfatterens mening dækkende til at belyse den valgte case, da alle er centrale aktører i samarbejdet.

Den interne validitet handler om, at der er en overensstemmelse imellem det undersøgeren iagttager og de teoretiske konklusioner, som der bliver dannet på baggrund af iagttagelserne (Bryman, 2016, s. 390-391). For at konklusionerne kan sikres er der i specialet fokus på operationaliseringen. Operationalisering er processen, hvor forfatteren oversætter det der vil undersøges til målbare enheder. I specialet vil den teoretiske ramme blive operationaliseret. Teorien omkring styring og grænseflader danner rammen for det analyserede. For at sikre en stærk intern validitet i specialet er det derfor nødvendigt at sikre en god sammenhæng mellem vores teori og observationerne i såvel dokumenterne som interviews. Med en forståelse for hvordan specialets validitet og reliabilitet er defineret vil specialet i det kommende afsnit om operationalisering beskrive hvordan empirien analyseres.

Operationalisering

Analysen tager udgangspunkt i sundhedsloven, "*Bekendtgørelserne om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*" og de dertilhørende vejledninger, da dokumenterne er grundlaget for udarbejdelsen af sundhedsaftalerne. Helt specifikt gennemføres der en dokumentanalyse af dokumenterne "*Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler 2006*" og "*Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler 2018*". Det førstnævnte dokument knytter sig til opstarten af det tværsektorielle samarbejde, mens det andet dokument er den nyeste vejledning. Derudover inddrages der elementer fra de enkelte sundhedsaftaler, hvor det specificeres, hvilke kriterier de enkelte sundhedsaftaler har skullet leve op til. Denne viden er relevant for den videre analyse af hvordan styringen af Sundhedsaftalen har udviklet sig, da det hjælper med at se hvilken rolle Sundhedsstyrelsen har haft. Udviklingen af Sundhedsstyrelsens rolle belyses yderligere af vores interviewspørgsmål, som går på deres rolle i udarbejdelsen af Sundhedsaftalen. Dokumenterne og interviewene analyseres ud fra den statscentrerede governance samt elementer af NPM, hvilket hjælper med at forstå og

forklare den identificerede udvikling. Derudover vurderes det om der forekommer en over- eller underorganisering af samarbejdet i tråd med interorganisatoriske grænseflader.

I resten af analysen inddrages Region Nordjyllands fire generationer af sundhedsaftaler, som skal belyse hvilken betydning styringen af Sundhedsaftalen har haft lokalt. Dette illustreres gennem tre afsnit, hvor der analyseres på hvordan Sundhedsaftalens organisering, format og opfølgning har forandret sig. Helt specifikt foretages der en dokumentanalyse af de fire sundhedsaftaler, hvor de dertilhørende bilaterale og supplerende sundhedsaftaler også inddrages i et begrænset omfang. Dokumentanalysen suppleres dynamisk med citater fra de gennemførte interviews samt resultater fra første del af analysen, så relevante forandringer mellem de fire generationer fremhæves. Samme procedure anvendes til at forklare henholdsvis politikernes og PLOs rolle i arbejdet omkring Sundhedsaftalen. Politikernes rolle defineres ud fra Torfings skiftende politiske roller, hvorimod PLOs rolle vil analyseres ud fra governance formen *netværk*. Generelt analyseres de tre afsnit ud fra den samme teoretiske tilgang som den første del af analysen, altså den statscentrerede governance og elementer fra NPM. Organiseringsafsnittet undersøger ydermere hvilke interesse modsætninger der er til stede i grænsefladen imellem Region Nordjylland og Thisted Kommune. Med forståelsen for organiseringen af grænsefladen, samt interesse modsætninger, er det muligt at analysere hvilken type konflikt som eksisterer i samarbejdet.

Analyse

Analysen inddeles i tre overordnede afsnit, hvor det første afsnit omhandler den statslige styring og herunder Sundhedsstyrelsens rolle i det tværsektorielle samarbejde. I det efterfølgende afsnit inddrages specialets valgte case, hvor der med udgangspunkt i den statslige styring af sundhedsaftalerne, vil blive analyseret på hvordan sundhedsaftaler har udviklet sig i Region Nordjylland. I den forbindelse startes der med en analyse af Region Nordjyllands organisering. Med udgangspunkt i organiseringen vil der yderligere blive udfoldet hvordan politikernes og PLOs rolle har udviklet sig gennem undersøgelsesperioden. Afsnittet afsluttes med en analyse af Region Nordjyllands valgte format og opfølgning på Sundhedsaftalen. De tre overordnede afsnit afsluttes med en delkonklusion.

Den statslige styring af sundhedsaftalerne

De to vejledninger vil gennem afsnittet blive defineret som V1 og V2. Den mest åbenlyse forskel på de to vejledninger er omfanget, hvor V1 fylder 53 sider (Sundhedsstyrelsen [SST], 2006), mens V2 fylder ti sider (SST, 2018). Forskellen i dokumenternes omfang kan sammenkædes med Sundhedsstyrelsens prioritering. Dette skyldes at lovgivning, bekendtgørelser og de dertilhørende vejledninger er statens måde at styre på. Dermed er der tale om top-down governance, både i tilrettelæggelsen af hele det tværsektorielle samarbejde, jf. Sundhedslovens § 203 og i sammensætningen af SKU, som fremgår af bekendtgørelserne. En væsentlig forskel i bekendtgørelsen er sammensætningen af SKU. Hertil fremgår det af V1, at den nærmere sammensætning aftales mellem regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen, men et medlem skal udpeges af praksisudvalget for almen praksis i regionen (SST, 2006, s. 7). Praksisudvalget, eller praksisplanudvalget som det i dag kaldes i Region Nordjylland, var dermed direkte repræsenteret i SKU. Kravet er ikke længere eksisterende, men derimod fremgår det af V2, at Praktiserende Lægers Organisation (PLO) skal være repræsenteret med mindst et medlem (SST, 2018, s. 7). Sammensætningen af SKU kunne forhandles (SST, 2018, s. 7), hvorfor PLO principielt kunne indgå i udvalget i 2006 og praksisplanudvalget ligeledes kunne medvirke i dag. Forhandles sammensætningen ikke, så har Sundhedsstyrelsen defineret, hvordan udvalget skal sammensættes.

Foruden sammensætningen af SKU, så fremgår det af specialets problemfelt, at Sundhedsstyrelsen betragtede koordinering som noget, der kunne forudsiges og planlægges administrativt. Denne tankegang kan være en del af svaret på hvorfor V1 er væsentlig

længere end V2. Yderligere blev sundhedsaftalerne betragtet som en udviklingsproces, hvor det ifm. godkendelsen af regionernes sundhedsaftaler, fremgår at:

“Udarbejdelsen af sundhedsaftaler er en udviklingsproces, hvor udgangspunktet kan være meget forskelligt. Sammenholdes det med, at aftaler på alle indsatsområder skal færdiggøres inden for en bestemt tidsfrist, vil det ikke kunne forventes, at 1. generation af sundhedsaftaler på alle områder kan blive så detaljerede som senere generationer af sundhedsaftaler” (SST, 2006, s. 20).

Sundhedsstyrelsen anerkender dermed de regionale og kommunale forskelle og sammenholder det med et tidspres for at få formuleret sundhedsaftalerne. Derfor blev det forventet, at detaljeringsgraden ikke ville være den samme som i de kommende generationer af sundhedsaftaler. Ved nærmere analyse af V1 giver det god mening, at der blev skrevet sådan, da vejledningen var mere detaljeorienteret end V2. Det fremgår af V1, at Sundhedsaftalen skulle bestå af seks obligatoriske indsatsområder. De obligatoriske indsatsområder fortsatte gennem de næste to generation af sundhedsaftaler, hvor 2. generation ligeledes havde seks obligatoriske indsatsområder (RN, 2011a), mens den 3. generation havde fire (RN, 2015a). Sundhedsstyrelsen anvendte dermed sin magtposition til at beslutte, hvilke konkrete områder der skulle gennemføres indsatser omkring. Yderligere var der fastsat en række konkrete krav til indholdet for de seks indsatsområder. Det obligatoriske indsatsområde angående *“udskrivningsforløb for svage ældre patienter”* havde eksempelvis fire formulerede krav, som fremgår af nedenstående boks:

Aftalen skal beskrive følgende:

1. Hvordan parterne sikrer rettidig afklaring af den enkelte patients behov efter udskrivning fra sygehus, herunder koordinering af udskrivningstidspunkt og udskrivningsbetingede ydelser.
2. Hvordan parterne sikrer, at relevant information formidles rettidigt til patienten og eventuelt pårørende samt til den praktiserende læge, kommunen og andre relevante aktører i forbindelse med udskrivning, og at parterne er tilgængelige for videre dialog og spørgsmål fra patienten.
3. Hvordan parterne ved koordination af kapacitet m.v. sikrer, at patienterne kan udskrives fra sygehus hurtigst muligt efter, at de er færdigbehandlede.
4. Hvordan parterne følger op på aftalen.

(SST, 2006, s. 24).

Det blev efterfølgende detaljeret beskrevet, hvad der skulle indgå i aftalen, set ud fra det enkelte krav samt hvad det enkelte krav skulle medvirke til at løse. Eksempelvis fremgår det om det første krav at:

[...] “der i god tid inden udskrivningen foregår en dialog mellem patienten, sygehuset og kommunen med henblik på en afklaring af patientens behov for ydelser. [...] Dialogen kan medvirke til en kvalificeret afklaring af den enkelte patients behov, samt til sikring af at kommunerne på den ene side har den nødvendige tid til at få iværksat de ydelser, der er brug for efter udskrivningen, og at sygehuset på den anden side kan tilrettelægge udredning og behandling, så unødigt ventetid undgås. Dialogen kan derudover bidrage til, at serviceniveauet bliver synligt, samt at forventninger mellem parterne afklares.” (SST, 2006, s. 24).

Sundhedsstyrelsen forsøger gennem kravet at konstruere koordineringen på afstand, samt forudsige hvad den øgede dialog kan medvirke til. Problemerne herved blev påpeget i specialets problemfelt, hvor det angives at koordineringen ikke burde konstrueres på afstand, hvilket underbygges med den reviderede *“Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler”* fra 2009 (Nielsen, 2011, s. 146-147). I stedet skal det enkelte sundhedskoordinationsudvalg fastsætte fælles forpligtende målsætninger for sundhedsområdet generelt i regionen eller for de områder der indgås aftale omkring (SST, 2018, s. 1). Udviklingen kan sammenkædes med det nationale kvalitetsprogram, som er en ny national styring af sundhedsvæsenet. Hovedelementerne i det nationale kvalitetsprogram er, at der etableres et nationalt ledelsesprogram og etableres Lærings- og kvalitetsteams på udvalgte områder (Sundheds- og ældreministeriet [SUM], 2017). Derudover er der formuleret otte nationale mål for sundhedsvæsenet, som skal give en fælles retning for udviklingen af sundhedsområdet og fungere som et fælles omdrejningspunkt for styringen af sundhedsvæsenet (SUM, 2018b). Her er tale om otte forholdsvist brede nationale mål, hvilket ligeledes er i tråd med forståelsen af NPM. Derudover skaber målene mulighed for, at kommuner og regioner kan formulere lokale mål og indsatser i bestræbelserne på at forankre de nationale mål (SUM, 2018b). Dette betyder at SKUs målsætninger i dag skal fastlægges med udgangspunkt i de nationale mål (SST, 2018, s. 2). Den nye styring kan relateres til kravet om opfølgning, hvor der af V1 fremgår at det var:

“Hensigten at facilitere en kultur, hvor løbende kvalitetsudvikling på tværs af sektorer og myndighedsområder prioriteres” (SST, 2006, s. 18)

De nationale mål skaber muligheden for at sammenligne på tværs af sektorer. Derudover er der i V2 stillet krav om at udforme en midtvejsstatus og slutstatus på Sundhedsaftalen (SST, 2018, s. 6-7), hvilket ligeledes er medvirkende til at kunne sammenligne på tværs af sektorerne.

Det sidste der påpeges angående den hierarkiske governance, er Sundhedsaftalens format. V1 foreskriver, at Sundhedsstyrelsens internetbaserede indberetningsskema skal anvendes ved indsendelse af sundhedsaftalerne. Derudover skal SKU indsende sundhedsaftalerne separat for hver kommune (SST, 2006, s. 19). Sundhedsaftalens format var bestemt af Sundhedsstyrelsen, hvilket i tråd med NPM, skyldes et ønske om at effektivisere sagsbehandlingen af sundhedsaftalerne (SST, 2006, s. 19). Kravet om at indsende separate sundhedsaftaler for hver kommune er ikke gældende længere, hvor der for både 2., 3. og 4. generation af sundhedsaftalerne blev udarbejdet en fælles sundhedsaftale for Region Nordjylland. Ligeledes fremgår det af V2, at SKU selv kan beslutte om de vil opgøre Sundhedsaftalen i et samlet eller flere dokumenter, hvorfor formatkravet også er udgået (SST, 2018, s. 3). På trods af der ikke længere er et krav til format, er der fortsat en ramme for indgåelsen af samarbejdsaftaler om indsatser og opgaveløsning. Rammen består af en række delelementer formuleret af Sundhedsstyrelsen, men modsat V1, så er det nu op til aftaleparterne at vurdere, hvilke delelementer som er relevante for den givne aftale (SST, 2018, s. 4). De fremhævede ændringer hænger blandt andet sammen med anbefalinger fra *“Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen”*, som påpegede at sundhedsaftalerne bør være mindre bureaukratiske tunge og give mere plads til lokale politiske prioriteringer (SST, 2018, s. 1). De øvrige governance former gør sig i højere grad gældende i V2, hvor det blandt andet påpeges at:

“Sundhedskoordinationsudvalget skal, jf. sundhedslovens § 204, stk. 3, systematisk inddrage patientinddragelsesudvalget i regionen i deres drøftelser.” (SST, 2018, s. 7).

Patientinddragelsesudvalget er et stående udvalg, som har eksisteret siden 2014, hvor det blev bestemt ved lov at alle regionerne skulle have et Patientinddragelsesudvalget. Udvalget består af otte medlemmer udpeget af Danske Patienter, Danske Handicaporganisationer, Regionsældrerådet samt Eldresagen. Derudover er det udvalgets opgave at agere talerør for brugerne i forhold til beslutninger på både det somatiske og psykiatriske regionale sundhedsvæsen (RN, 2017, s. 3). Set fra Sundhedsstyrelsens perspektiv er der tale om governance gennem civilsamfundet og governance gennem netværk i og med

Sundhedsstyrelsen forsøger at få regionerne til i højere grad at inddrage civilsamfundet ved oprettelsen af udvalget. Det er en blanding af de to governance former, da patientinddragelsesudvalget ikke nødvendigvis inddrager patienter direkte. Udvalget består af en række personer, som skal repræsentere forskellige interesseorganisationer og derved bistå, at patienterne bliver hørt. Hvilke interesseorganisationer som udvælger medlemmerne, er bestemt ved lov jf. § 1 i *“Bekendtgørelse om patientinddragelsesudvalg”*, hvorved Sundhedsstyrelsen styrer, hvem der inddrages i netværket. Det er tydeligt, at udvalget er med til at legitimere den politik som skabes i regionerne, men der foreligger ikke noget krav om at inddrage patienterne direkte i beslutningsprocessen eller om i hvilket omfang patientinddragelsesudvalget inddrages.

Ligesom det var tilfældet i V1, så opfordrer V2 fortsat til at betragte sundhedsaftalerne som en udviklingsproces. Det er blevet mere specificeret hvad der opfordres til, hvor det af V2 fremgår:

“Med henblik på at styrke udviklingen af fælles løsninger, der går på tværs af sektorerne, anbefales det, at parterne i regi af sundhedsaftalen etablerer og afprøver nye modeller for samarbejde om udvalgte målgrupper blandt andet gennem fælles funktioner, hvor der samarbejdes om ledelse og finansiering samt øvrige former for incitament, med fortsat klart myndighedsansvar. Der kan også afprøves modeller for offentligt-privat samarbejde i regi af sundhedsaftalen.” (SST, 2018, s. 3-4).

Først og fremmest opfordres der til at afprøve modeller for offentlig-privat samarbejde i regi af Sundhedsaftalen. Den markedsorienterede styring bliver stadig prioriteret fra statsligt regi, men der foreligger ikke hård styring om at parterne skal forsøge nye markedsmodeller. Det er i stedet op til samarbejdspartnerne om de ønsker at udlicitere opgaver eller afprøve forskellige typer af offentlige-private partnerskaber. I relation hertil er det klart, at hvis der kan skabes øget effektivitet ved at udlicitere opgaver, så giver det naturligvis god mening. Dernæst opfordres der til at forsøge sig med nye modeller for samarbejde om udvalgte målgrupper. Staten har ikke svaret på alt og, som det fremgår af teoriafsnittet, er det ikke længere hovedudfordringen at optimere effektiviteten af de eksisterende forvaltningspraksisser. Det handler i stedet om at blive bedre til at håndtere de mange uløste og komplekse samfundsproblemer, såsom ulighed i sundhed. Derfor kræver det, at der bliver eksperimenteret med anderledes samarbejdsmodeller for at finde nye og innovative løsninger, der bryder med vanetænkningen og den gængse praksis på området (Torfing & Triantafillou,

2017, s. 26). Staten kommer med anbefalinger, om hvad der kunne eksperimenteres med, såsom fælles funktioner, hvor der samarbejdes om ledelse og finansiering samt øvrige former for incitamenter. I relation dertil er det forskelligt hvordan opgaverne løses bedst, og derudover kan tværgående opgaver medføre modstridende interesser. For at løse de modstridende interesser i det tværsektorielle samarbejde, så er det interessant at undersøge nærmere, om der fra statslige regi gøres noget for at løse problemstillingerne. Et eksempel hvor der kunne opstå modstridende interesser, er den fælles finansiering, hvor der evt. kunne findes anderledes måder end den nuværende kommunale medfinansiering. Specifikt for sundhedsaftalerne, viser en gennemgang af Sundhedsstyrelsens vejledninger, at der ikke umiddelbart fremgår nogle konkrete tiltag fra statsligt niveau, som kunne medvirke til at håndtere mulige interessekonflikter. Det må derfor antages, at der fra statens side er lagt op til at regionerne og kommunerne hver især løser uoverensstemmelser og evt. konflikter.

Afslutningsvis inddrages specialets interviews til at forstå hvordan Sundhedsstyrelsen opleves i Region Nordjylland, for at få specificeret deres rolle i det tværsektorielle samarbejde. Jane Pedersen udtalte sig omkring Sundhedsstyrelsen ifm. opstarten og formuleringerne af de første sundhedsaftaler. Her påpeges der, at der var obligatoriske indsatsområder for de tre første generationer af sundhedsaftaler (Interview 1), ligesom vores dokumentanalyse er nået frem til. Dernæst påpegede hun, at den første generation af sundhedsaftaler blev udformet ud fra en skabelon, som Sundhedsstyrelsen havde udformet. I den forbindelse udtaler Jane at:

“ [...] Der var meget stramt styret med kravspecifikationer fra Sundhedsstyrelsens side, med en skabelon der skulle udfyldes og nogle helt bestemte indsatsområder. Så det var rigtig stramt styret fra Sundhedsstyrelsens side. Og den første sundhedsaftale, den fik vi, da vi sendte den ind, faktisk ikke godkendt. Den kom tilbage med bemærkninger, vi havde møde med Sundhedsstyrelsen, og den skulle redigeres til og der skulle flere ting på. Sådan var det også i de andre, det var også et magtspil der foregik.” (Interview 1, s. 2)

Det beskrives her, hvordan staten har pålagt Region Nordjylland at gennemføre bestemte indsatser og udforme Sundhedsaftalen ud fra nogle specifikke krav. Udtalelsen understreger, at der udføres top-down governance og Janes kommentar om et magtspil peger imod at hierarkiet skulle tegnes op mellem den nye Region Nordjylland og Sundhedsstyrelsen. Det understreges ved, at Jane yderligere udtalte *“Ja, det var et magtspil, at Sundhedsstyrelsen sådan... positionerede sig i forhold til at man havde de her kravspecifikationer [...]”*

(Interview 1, s. 2). Derudover står det klart, at Sundhedsstyrelsen var fast besluttet på at bestemme hvordan og hvad aftalerne skulle indeholde, da aftalen ikke blev godkendt. I relation hertil blev det tidligere påpeget, at Sundhedsstyrelsen også til en vis grad strukturerede organiseringen, i hvert fald hvem der skulle indgå i SKU. Den hårde styring, effektiviseringsfokusset og obligatoriske indsatser efterlader ikke megen plads til innovative løsninger og den udviklingsproces, som der også var lagt op til (SST, 2006, s. 20). Dette peger i stedet mod, at staten var fast besluttet på at forme det nye tværsektorielle samarbejde fremfor at lade lokale løsninger vokse. Der er sket en forandring siden den første generation af sundhedsaftaler, hvor Jane på et generelt plan udtaler at:

” [...] kravene fra Sundhedsstyrelsen, de er bare gået en vej, og det er nedad. Og nu har vi en vejledning, som siger at vi ikke behøver at lave en administrative sundhedsaftale, det er fint at lave en overordnet rammeaftale.” (Interview 1, s. 2)

Hvordan kravene har ændret sig er blevet beskrevet, men Janes oplevelse underbygger den udvikling der har været. Sundhedsstyrelsen har fra V1 til V2 slækket væsentligt på kravene og i stedet givet mere frihed til parterne, hvilket der kan være flere grunde til. Muligvis skyldes det at Sundhedsstyrelsen har fået formet sundhedsaftalerne og de lokale netværk som de ønskede og dermed er kommet i mål. Eller også skyldes det en accept af, at koordination ikke kan skabes på afstand, ligesom specialets problemfelt påpeger. At koordinationen ikke kan skabes på afstand, ses ved at samarbejdet i den tredje generation begyndte at bevæge sig væk fra den hårde styring, som påvirkede grænsefladen mellem Thisted Kommune og Region Nordjylland i de to første perioder. Det kan derfor vurderes, at grænsefladen mellem de to parter begynder at ligne en moderat-organiseret grænseflade, da parterne har fået langt mere frirum til at løse opgaver, udvikle indsatser og implementerer dem. Jane påpeger initiativerne fra *“Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen”*, hvilket blev gennemgået tidligere. I relation hertil udtaler Jane yderligere at:

” [...] Man havde også brug for at det var politikerne, der havde et ejerskab til hvad der skulle være rammerne og retningen. Og det blev der lyttet til. Så blev den vejledning der kom forud for fjerde generation helt anderledes end de andre havde været. Der er ikke et krav om indsatsområder, og vi må selv bestemme hvor mange sider vi sender frem, man behøver ikke at sende en implementeringsplan, og man behøver ikke at vente på deres godkendelse inden den er trådt i kraft. [...]” (Interview 1, s. 6)

Jane underbygger her hvordan initiativet om at skabe mindre bureaukrati er blevet efterfulgt. Yderligere giver det mulighed for, at den enkelte region i højere grad kan fokusere på deres egne indsatsområder, da kræfterne ikke længere skal ligges i at udføre og formulere indsatser på nogle statsbestemte obligatoriske indsatsområder. De lempede krav og anderledes fokus betød blandt andet at Marie Stjernholm fra Thisted udtalte at *“Jeg vil sige, jeg har tænkt meget lidt på Sundhedsstyrelsen [...]”* (Interview 2, s. 8) i forbindelse med udformningen af den kommende sundhedsaftale. Angående politikernes ejerskab, så giver de lempede bureaukratiske krav mulighed for at skabe et større lokalt fokus. I den forbindelse angiver Klynge Vest et ønske om større fokus på implementeringsdelen, hvor Peter Sørensen påpegede at kommunen havde forsøgt at få hjemmehjælperen til at:

“ [...] gå hen og banke på hos Tante Agathe. [...] Fordi så kom hun op fra stolen, gik ud og låste op og gik ind igen, og fik det motion. Og det kunne jeg godt tænke mig at det var blevet udbredt lidt mere. Men så dengang hvor vi holdte en evaluering efter 4-5 år, så viser det sig faktisk at det var ikke engang udbredt ud i det yderste led. [...]” (Interview 3, s. 4).

Der er tale om en indsats, som kommunen troede var implementeret og havde kørt gennem en længere årrække. Det er umiddelbart ikke et enkeltstående tilfælde, set ud fra de gennemførte interviews og det er ikke desto mindre bekymrende, at indsatsen ikke er nået ud i det yderste led. Lene Linnemann udtaler i relation hertil at:

“ [...] da vi afsluttede sidste periode, og blev enig om at vi nu skulle bremse lidt op og have knap så mange bolde i luften af gangen, og så heller sikre at tingene blev implementeret, der så vi så at tanken fra Sundhedsstyrelsen, at tanken var lidt den samme [...]” (Interview 4, s. 2).

Det tyder dermed på, at der både lokalt og nationalt er enighed om, at de mange formulerede aftaler skal implementeres i praksis. Det nytter ikke noget at have en masse aftaler på papiret, hvis sygeplejersken, hjemmehjælperen eller lægen ikke benytter sig deraf. Dermed bliver Sundhedsstyrelsens rolle for den kommende periode at bistå Region Nordjylland med at sikre implementering, af de aftaler der allerede er oprettet.

Delkonklusion på Sundhedsstyrelsens rolle

Jane Pedersen udtalte, at kravene fra Sundhedsstyrelsen bare er gået én vej, og det er nedad, hvilket ligeledes er specialets konklusion. Analysen tegner et billede af, hvordan Sundhedsstyrelsen, fra starten, opererede med en hård styring i forhold til Sundhedsaftalens indhold og format. Sundhedsstyrelsen markerede sig gennem hierarkisk governance og brugte dermed deres magtposition til at fastsætte de rammer, som regionerne og kommunerne skulle arbejde indenfor. Den hierarkiske governance ses gennem de mange krav og obligatoriske indsatsområder, som fremgår af Vejledningen fra 2006. Sundhedsstyrelsen stiller langt færre krav i Vejledningen fra 2018, hvor der ikke længere indgår obligatoriske indsatsområder og detaljerede krav til indholdet. Der er stadig en ramme for indgåelse af nye aftaler, men det er op til parterne selv at vurdere hvilke elementer, der er relevante for den specifikke aftale. I stedet for obligatoriske indsatsområder skal de otte nationale mål sætte retningen for styringen af sundhedsvæsenet. Den nye styring muliggør dermed at sammenligne på tværs af sektorerne.

At koordinationen ikke kan skabes på afstand, ses i den tredje generation ved at den hårde styring mindskes. Det kan derfor vurderes at grænsefladen mellem de to parter begynder at ligne en moderat-organiseret grænseflade. Yderligere konstateres det, at der ikke foreligger konkrete tiltag fra statsligt niveau, som kunne medvirke til at håndtere mulige interessekonflikter. Derfor konkluderes det, at staten har lagt op til at regionerne og kommunerne hver især løser evt. uoverensstemmelser og konflikter.

Kravene er ligeledes lempet i forhold til Sundhedsaftalens format, som ikke længere skal udformes efter Sundhedsstyrelsens skabelon. Faktisk stilles der slet ingen krav til formatet længere, hvorfor parterne selv kan vurdere, om de vil opføre Sundhedsaftalen i et eller flere dokumenter. Derudover forsøger staten at styre ved at inddrage civilsamfundet, hvilket sker gennem patientinddragelsesudvalget. I den forbindelse er det staten, der bestemmer hvilke interesseorganisationer, som vælger medlemmerne til udvalget. Samlet set konkluderes det derfor, at Sundhedsstyrelsen har taget et skridt tilbage, lempet kravene og givet regionerne mere frihed i arbejdet med sundhedsaftalerne.

Sundhedsaftalens organisering og rolleudvikling

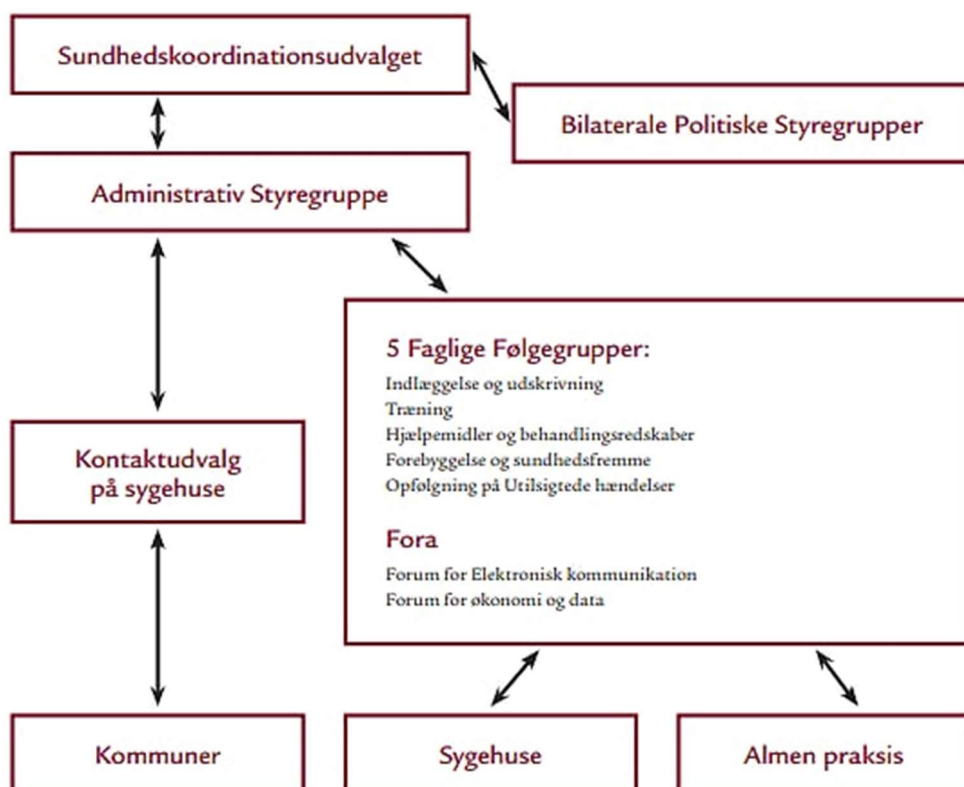
Sundhedsaftalens organisering

Den formelle organisering i Region Nordjylland er inddelt på et administrativt og politisk niveau, hvor specialets starter med at se på, hvordan organiseringen har ændret sig på det administrative niveau. I den forbindelse var Jane Pedersen behjælpelig med at få klarlagt organiseringen under den første generation af sundhedsaftaler, hvor hun udtale:

“Der er også en administrativ styregruppe i den første generation, det har faktisk været temmelig ens, der var en sådan en på direktørniveau, og der også Sundhedskoordinationsudvalget. Det kom jo med kommunalreformen i sundhedslovens §204, alle skal nedsætte et fælles Sundhedskoordinationsudvalg [...]” (Interview 1, s. 3).

Jane påpeger, at den administrative organisering har været temmelig ens, hvorfor der tages udgangspunkt i nedenstående figur fra Sundhedsaftalen gældende fra 2011. Når Jane påpeger at organiseringen har været temmelig ens, henviser det til SKU og Den Administrative Styregruppe (DAS), som har været til stede fra sundhedsaftalernes opstart og frem til i dag. Hernæst fremgår det af figuren, at der er organiseret med et kontaktudvalg for det enkelte sygehus, hvilket var tilfældet både ved den 1. og 2. generation af sundhedsaftaler (RN, 2007, s. 16; RN 2011a, s. 28-29). Kontraktudvalgets funktion er forskelligt ved de to generationer. Ved den første generation skulle kontaktudvalget være et forum for drøftelse og afklaring af samarbejdet med kommunerne. Derudover var der mulighed for at drøfte, igangsætte eller koordinere nye tiltag eller ideer fra henholdsvis sygehuset eller kommunerne (RN, 2007, s. 16). Mens kontaktudvalget under den 2. generation af sundhedsaftaler yderligere fik til opgave at varetage implementeringen og opfølgningen af sundhedsaftalerne på det praktiske plan i dagligdagen (RN, 2011a, s. 28). Herudover er der under begge perioder oprettet faglige følgegrupper i relation til de obligatoriske indsatsområder, som sammensættes bredt, med repræsentation fra kommuner, sygehus, praksis og region (RN, 2007, s. 18). De faglige følgegrupper skal sikre sammenhæng på tværs af sektorgrænser samt sikre implementering og opfølgning af aftalerne indenfor indsatsområderne (RN, 2011a, s. 28). Yderligere havde de faglige følgegrupper mulighed for at nedsætte undergrupper efter godkendelse af DAS (RN, 2011a, s. 27-28).

Figur 3:



(RN, 2011a, s. 29).

Ved den 3. generation af sundhedsaftaler sker der forandringer i den administrative organisering, da de faglige følgegrupper nedlægges. I den forbindelse udtalte Jane Pedersen at:

“ [...] Ved overgang fra anden til tredje generation så sagde man, vi skal altså væk fra alle de her grupper, vi bruger alt for mange ressourcer på dette. Vi skal prøve at have en driftsdel og vi skal have en udviklingsdel, som tager sig af den nye sundhedsaftale. I driftsdelen, der har man nogle samarbejdsforummer ude på hospitalerne, hvor man mødes på ledelsesniveau. Der blev vi så enig om at sige i har altså ansvaret for at følge op på alle de her aftaler der ligger i den tværsektorielle grundaftale, fordi det er jo driftsnært. [...] ” (Interview 1, s. 4).

Det blev fundet for ressourcetungt med de mange arbejdsgrupper, faglige følgegrupper og dertilhørende undergrupper. Derfor blev der ved den 3. generation forsøgt med en anderledes organisering, som var opdelt efter udvikling og drift. Driftsdelen beskrives til dels af Jane, mens udviklingsdel bestod af en Porteføljestyregruppe, som havde til formål at udvikle de tiltag, der var aftalt i Sundhedsaftalen 2015-2018 (RN, 2015a, s. 9). Yderligere fremgår det at

der tidligere havde været tilknyttet et samarbejdsforum til det enkelte hospital, hvor de i dag etableres efter den kommunale klyngestruktur (RN, 2015a, s. 9). I stedet for de faglige følgegrupper som både arbejde udviklingsorienteret og havde ansvaret for implementering, skulle ansvaret fordeles. Dette betød at ansvaret for implementeringen af de eksisterende sundhedsaftaler, som fremgår af den tværsektorielle grundaftale, fremover skulle være i samarbejdsforummerne. Hvad der ligger i den tværsektorielle grundaftale beskrives nærmere i afsnittet om *Sundhedsaftalens format*.

Udover den formelle organisering af Sundhedsaftalen, så blev der i bestræbelserne på at fremme det tværsektorielle samarbejde mellem regionerne og kommunerne oprettet en række nye regionale organer, hvilket fremgår af specialets problemfelt. I den forbindelse fremhæver Thisted Kommune "*Det fælleskommunale sundhedssekretariat*", som blev oprettet i juni 2013 (Peter Hvid Paulsen, E-mail, 26 april 2019). Sekretariatet blev fremhævet, da der blev spurgt ind til om Thisted Kommune følte sig overhørt, hvortil der blev sagt:

"[...] Det fælleskommunale sundhedssekretariat", hvor Peter Hvid og Jonas sidder. Se de hjælper os langt hen ad vejen til også at blive hørt. Det synes jeg. Også sådan på tværs og nogle gange hvis vi har skiftende bemanning og sådan nogle ting ikke, så er de rigtig gode til at sørge for at der er et overlap, en overdragelse af noget. og det er tit dem der samler op på input fra de forskellige kommuner og sørger for, at alle stemmer er lige vigtige, eller hvis de ikke er det (grines), så er det så dem der bære det frem ikke." (Interview 2, s. 7).

Sekretariatet har dermed en vigtig rolle i at sortere og opsamle den feedback, som kommunerne måtte have. Yderligere sørger sekretariatet for at få overdraget det væsentlige til nye medarbejdere, da skiftende bemanning i et tværsektorielt samarbejde af denne størrelse er uundgåeligt. Ved en gennemgang af SKU, DAS og de politiske forankringsgruppers dagsordener, så fremgår det, at sekretariatet er repræsenteret i alle møderne i DAS, mens KKR-sekretariatet er repræsenteret både i SKU og DAS. Angående dagsordenerne, blev det af Henrik Hugo Pedersen påpeget, at regionen har været dagsordensættende, hvorfor det kom til at afspejle deres opgaver og deres kultur (Interview 2.). Marie Stjernholm bakkede op herom og udtalte:

"Men jeg tror du har ret i at den der rolle med, hvem er det som helt konkret skriver indstillingspunkterne til hvad der skal besluttet på de her tværgående eller tværsektorielle beslutnings-foraer det er mega vigtigt. Og det har været regionen der har sidder med det. Ja det er jo Jane Pedersens kontor som har siddet med det. Og så har Peter via det fælles

kommunale sundhedssekretariat været inddraget i at formulere det, men eh.. men ehh.. det er ikke dem der har været afsender.” (Interview 2, s. 8).

Her bliver det fremhævet, at Det fælleskommunale Sundhedssekretariat bliver inddraget i at formulere dagsordener, hvorfor sekretariat burde have den samme indflydelse som regionen i forhold til den konkrete dagsorden. Dette vurderes ikke tilfældet, hvorfor det kunne overvejes om dagsordenerne i højere grad burde formuleres i fællesskab, så der træffes beslutninger om at løse fælles problemstillinger. Det påpeges, at det administrative samarbejde og dialogen omkring møderne fungerer godt. Meget af kommunikationen mellem region og kommune går igennem det fælleskommunale sekretariat (Interview 2), hvorfor sekretariat burde være i stand til at få de væsentligste punkter på dagsordenen. Desuden er det klart, som Peter Sørensen fremsætter det, at: “ [...] *man har jo lige meget man kan spille ind med, og det bliver jo samlet op. Og det er jo Regionen der kommer til at stå for det [...] Men hvis det er sådan man snakker godt for sin sag, hvis det er sådan at der er noget der kan forklares, så kan det jo også forsvares. [...]* ”. (Interview 3, s. 5)

Det har ikke været muligt at finde oplysninger om den administrative organisering for den kommende sundhedsaftale, men den politiske organisering er beskrevet i den kommende sundhedsaftale. Angående den politiske organisering, så er SKU fastsat ved lov hvilket også blev præciseret tidligere, hvorfor SKU fra starten og fortsat er det øverste politiske forum i arbejdet med Sundhedsaftalen. Der er sket andre forandringer i den øvrige politiske organisering gennem undersøgelsesperioden. Af den første sundhedsaftale med Thisted Kommune fremgår det, at der blev oprettet 11 politiske styregrupper, altså en med hver kommune. De politiske styregrupper bestod af to kommunale og regionale politikere, samt relevant administrativt personale fra den kommunale og regionale forvaltning (RN, 2007, s. 14-15). Denne struktur fortsatte gennem den 2. generation af sundhedsaftaler, hvor det blev præciseret at de politiske styregrupper var nedsat i relation til de 11 bilaterale sundhedsaftaler. Dermed var deres opgaver opfølgning, drøftelse og implementering af de bilaterale sundhedsaftaler med hver kommune (RN, 2011a, s. 15-27).

Ved den 3. generation af sundhedsaftaler ophører de politiske styregrupper, hvilket skyldes en ny kommunal organisering. I stedet er det blevet besluttet i KKR, at kommunerne fremover skal organisere sig i klynger (Interview 1), hvilket kaldes “den kommunale klyngestruktur”. Inddelingen fremgår af nedenstående figur, som ligeledes præcisere den politiske organisering for Sundhedsaftalens 3. generation.

Figur 4:

2.1. Politisk organisering



Den kommunale klynges struktur inddeler således Nordjylland i en Klynge Nord, Syd, Øst og Vest. Modsat den tidligere struktur med politiske styregrupper, er der ved denne struktur i højere grad lagt op til at samarbejde på tværs af kommunegrænserne. De fire politiske forankringsgrupper skal ligesom ved de tidligere sundhedsaftaler sikre et lokalt fokus. Det betyder konkret, at forhold der relaterer sig til mere end en Politisk Forankringsgruppe behandles i SKU (RN, 2015a, s. 7). Det fremgår ligeledes af figuren, at PLO deltager i alle de politiske forankringsgrupper, hvilket er interessant da PLO ellers kun er lovmæssigt bestemt til at være repræsenteret i SKU (SST, 2018, s. 7).

Ved den kommende sundhedsaftale var der forskellige interesser blandt kommuner, hvor nogle gerne ville holde fast i de politiske forankringsgrupper, mens andre synes det ville være fint at prøve noget nyt (Interview 1). Derfor er der blevet truffet beslutning om en ny model, hvor de politiske forankringsgrupper fortsætter med at være organiseret som under den 3. generation. I stedet bliver der oprettet et nyt politisk forum kaldet *“Sundhedspolitisk Samling”*, som er regionsdækkende. Om det nye politiske forum udtalte Jane Pedersen:

“ [...] Sundhedskoordinationsudvalget mødes med alle, dem der er udpeget til at sidde i de politiske klynger. Og der vil Sundhedskoordinationsudvalget tage et tema op, det kunne være lighed i Sundhed. Så inviterer man alle dem der udpeget til at sidde i de politiske klynger med til drøftelse af det, så kan man arbejde videre med det ude i klyngen. Det er sådan tanken med det, så det bliver sådan en både og. Så vi starter i september med at holde en Sundhedspolitisk samling, inviterer alle, og så skal de mødes allerede i december i deres klynge og snakke videre omkring det [...] ” (Interview 1).

Det betyder dermed, at der en gang årligt inviteres til et temamøde i sundhedspolitisk samling. Temaet tages derefter med ud i de enkelte klynger til videre drøftelse, hvor SKU yderligere kan dagsordenssætte lokale debatter ud fra Sundhedsaftalens pejlemærker. Parterne kan desuden dagsordenssætte øvrige emner, som udspringer af Sundhedsaftalen (RN, 2019, s. 24). De politiske forankringsgrupper kommer til at fungere som lokale forummer, hvor den politiske dialog tager udgangspunkt i et fælles tema på tværs af klyngerne. Mere kan der ikke siges om den kommende organisering på nuværende tidspunkt, hvorfor Sundhedsaftalens organisering hermed er blevet præciseret.

Organiseringen af samarbejdet, kan være med til at give en bedre forståelse af konflikter i tråd med David L. Browns tanker. Ses der på vejledningerne for de første to generationer, så bærer de aftryk af en hård styring fra Sundhedsstyrelsen. Idet Sundhedsstyrelsen vælger at have en hård styring i forhold til arbejdet omkring Sundhedsaftalen, betyder det, at der sker en overorganisering af samarbejdet. Overorganiseringen betød at det innovative frirum og fleksibiliteten ved opgaveløsningen var snævert under opstartsperioden. Det er noget der blev bakket op af Jane Pedersen, da udarbejdelsen af den første sundhedsaftale “ [...] *var meget stramt styret med kravspecifikationer fra Sundhedsstyrelsens side, med en skabelon der skulle udfyldes og nogle helt bestemte indsatsområder. Så det var rigtig stramt styret fra Sundhedsstyrelsens side. [...]* ” (Interview 1, s. 2). Arbejdet omkring sundhedsaftalerne var derfor hårdt styret i de første to generationer. Den hårde styring i de første to generationer kunne derfor betyde, at samarbejdet ikke fungerede optimalt, da grænsefladen mellem Thisted Kommune og Region Nordjylland kunne vurderes som overorganiseret og lukket i denne periode. Ved at en lukket grænseflade opstår, så kan det have den betydning, at informationsudvekslingen indskrænkes mellem parterne i klyngerne og SKU. Det betyder derfor, at det kan være svært at håndtere konflikter, uoverensstemmelser og udfordringer, da den hårde styring kan forsinke vigtig information i grænsefladen. Ydermere blev det påpeget i afsnittet om *Den Statslige styring af sundhedsaftalerne*, at det var “ [...] *et magtspil, at Sundhedsstyrelsen sådan... positionerede sig i forhold til at man havde de her kravspecifikationer [...]* ” (Interview 1, s. 2). Magtspillet fra Sundhedsstyrelsens side kan have medvirket til, at der stadig ses udfordringer 12 år efter den første sundhedsaftale blev udformet. Magtspillet ses ved, at Sundhedsstyrelsen ikke vælger at godkende udkastet til den første sundhedsaftale (Interview 1). Der var derfor behov for at tænke anderledes fra parternes side, da den hårde styring i starten ikke var en succes, hvilket betød at Sundhedsaftalen reelt set ikke fik den forventede effekt. Selvom den hårde styring har været

aftagende siden 3. generation, og Sundhedsstyrelsen ikke længere kommer med de politiske indsatsområder, så vurderes grænsefladen ikke underorganiseret. Dette skyldes at Region Nordjylland og Thisted Kommune stadig ikke fået frie tøjler til at agere, som de vil. Magtspillet lever derfor i bedste velgående endnu, selvom det er i mindre grad end tidligere.

Magtspillet mellem Region Nordjylland og Sundhedsstyrelsen er ikke det eneste magtspil, da der også foregår et magtspil mellem samarbejdets parter. Region, Kommune og PLO har alle skullet finde deres plads i den nye tværsektorielle organisering. Derudover besidder parterne vidt forskellige interesser for hvordan samarbejdet skal udføres, hvorfor det må antages at der forekommer interesse modsætninger mellem parterne. Den mest iøjefaldende modsætning er det finansielle aspekt, hvortil Marie Stjernholm tilkendegiver *“Det er jo klart at økonomi også nogle gange kan spænde ben for, at der rent faktisk bliver lavet nogle forbedringer, eller at det bliver organiseret mere hensigtsmæssigt. Det kan det jo [...]”* (Interview 2, s. 7). Så det er tydeligt, at Thisted Kommune mener at økonomi til tider kan være til gene i forbindelse med arbejdet omkring Sundhedsaftalen. De økonomiske gnidninger er ikke nye, da økonomien ofte er det største stridspunkt, hvilket blev belyst i specialets problemfelt. Ressourcerne kan derfor være medvirkende til hvor meget kommunerne engagerer sig i samarbejdet, da kommunernes incitamenter er forskellige. Dette er også en problemstilling, som ses i Region Nordjylland, da de mener at de har for få ressourcer til at yde den service, som de ønsker. Derudover er de nødt til at få det bedst mulige ud af de ressourcer de har til rådighed, hvilket gælder kommunerne såvel som regionen ifølge Lene Linnemann (Interview 4). Hun tilkendegiver ligeledes:

“ [...] Der er ikke nogen af os synes jeg der har nok, der bliver flere og flere opgaver, der bliver mere og mere vi kan, flere behandlingsmuligheder, mere dyr medicin, og flere og flere patienter. Der har ikke været noget reelle vækst i mange mange år i økonomien i det offentlige. Vi skal tilbage i 00'erne, der var noget plus på, der blev afsat midler til ikke bare dække det man havde, men også til at udvikle og gøre bedre [...]” (Interview 4, s. 4).

Så det er tydeligt, at når Thisted Kommune og Region Nordjylland arbejder, så er økonomien styrende, da det er blevet dyrere at drive sygehusvæsenet. For at forbedre samarbejdet har det været nødvendigt i forbindelse med den kommende sundhedsaftale, at sætte udviklingen på pause. Dette skyldes, at der i samarbejdet blev udarbejdet en masse indsatser, men der var ingen sikkerhed for, at de blev implementeret ud i de forskellige led. Fra Region Nordjyllands side tilkendegav Jane Pedersen at *“ [...] nu er vi nok der, hvor vi siger at det ikke er fordi at*

vi ikke skal udvikle, men vi har bare brug for at have et meget større fokus på implementering [...]” (Interview 1, s. 4). Det ændret fokus betyder at der er et øget behov for at sikre indsatser og projekter bliver implementeret korrekt og får den effekt som er tiltænkt. Hvilket ligeledes blev bakket op af Thisted Kommune, da “ [...] svagheden ved den gamle sundhedsaftale, det er det her mylder af indsatser, som på mange måde har været gode, men ligesom er vokset op nede fra og det har været svært at samle op på erfaringer og evalueringer af det” (Interview 2, s. 4). Ved en god implementering af indsatserne sikres, kan det give muligheden for at minimere modsætninger og udfordringer i arbejdet.

En af udfordringerne blev tidligere tilkendegivet af Thisted Kommune, hvor det blev påpeget at økonomien til tider kan være en udfordring, men det er ikke et problem, som de står alene med for som Henrik Hugo Pedersen siger:

“ [...] Vi kan hver især have vores udfordringer ikke også. Region kan have udfordringer omkring økonomi og rekruttering, der gør at hov nu får vi lige nogle flere opgaver i en periode i hvert fald ikke. Og det kan vi synes, at, at det skal vi inddrages i. Men vi har også forståelse for, at det faktisk er deres udfordring, eller det er vores udfordring, i et eller anden omfang og så nå en fælles løsning på det [...]” (Interview 2, s. 9).

De økonomiske udfordringer opstår på baggrund af, at der er interesse modsætninger hos parterne i samarbejdet. Selvom kommune såvel som region ønsker, at der er kvalitet i den service de står for, så kan økonomien gøre at nogle prioriterer anderledes end andre. Det er værd at bemærke, at Thisted Kommune ikke ser det som regionens udfordring eller kommunens udfordring, men at de er afhængige af hinanden for at nå en fælles løsning. Det ligger godt i tråd med, at selvom der er interesse modsætninger mellem Thisted Kommune og Region Nordjylland, så har de stadig fra administrativt niveau fokus på de fælles løsninger. Spørges de politiske og administrative informanter, så vil de også sige at samarbejdet omkring Sundhedsaftalen fungerer godt, selvom der er interesse modsætninger mellem parterne (Interview 1-4).

I relation til mulige interesse modsætninger tilkendegiver Jane Pedersen dog, at det er vigtigt at have forståelse for at Region Nordjylland og Thisted Kommunes styreform, som ikke understøtter hinanden fordi “ [...] Regionerne er blevet belønnet for produktivitet og kommunerne er pålagt kommunal medfinansiering, som egentlig skulle være incitament til at forebygge [...]” (Interview 1, s. 8). Det er derfor naturligt at der kan opstå modstridende interesse, da henholdsvis Region Nordjylland og Thisted Kommune hver især har forskellige

økonomiske interesser for at deltage i det tværsektorielle samarbejde for som Jane Pedersen supplere, så kan “ [...] du kan ikke forebygge dig ud af ældre medicinske patienter, vi bliver ældre og ældre, vi kommer til fejle mere og mere og vi kan behandle mere og mere [...] ” (Interview 1, s. 8).

Da det ikke er muligt at forebygge sig ud af alt, er det derfor relevant at vurdere om der kan opstå økonomiske konflikter i det tværsektorielle samarbejde. De økonomiske interessemodsætninger mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune er som sagt den væsentligste interessemodsætning mellem dem. Om interessekampe i samarbejdet tilkendegav Jane Pedersen at “Ja, dem er der mange af. Altså ikke mange... Man er jo to myndighed, med hvert sit opgavesæt [...]” (Interview 1, s. 7). Hun tilkendegiver først at der er mange interessekampe, for så at trække sin kommentar tilbage, ved at forsvare det med at Thisted Kommune og Region Nordjylland har hver deres opgaver. Ud fra denne kommentar kan det udledes at der er mange interessekampe, da parterne har vidt forskellige interesser i det her samme arbejde. Med forståelse for David L. Browns typer af konflikt, vil det kunne vurderes, at der enten er tale om en konflikt eller en latent konflikt i grænsefladen, når der opstår uoverensstemmende interesser. Om det er en latent konflikt eller konflikt afgøres af personernes adfærd. Med tanke på Thisted Kommunes tidligere kommentar omkring udfordringerne, så vurderes det at de har overensstemmende adfærd i og med de sigter efter at finde en fælles løsning på problemerne (Interview 2). Dette bakkes yderligere op ved at alle parter i samarbejdet tilkendegiver at samarbejdet er godt. Der er uoverensstemmende interesse, men stadig en overensstemmende adfærd mellem parterne, hvorfor det antages at der er tale om en latent konflikt imellem parterne. En latent konflikt er nødvendigvis ikke dårligt for samarbejdet, da det betyder at der kan forekomme hårde forhandlinger omkring sundhedsaftalerne. Forhandlingerne ender derfor ud i kompromisser mellem samarbejdets parter, hvilket passer godt i tråd med en moderat-organiseret grænseflade.

Skulle der opstå konflikter er det tydeligt i sundhedsaftalerne, at de bør løses på lavest mulige niveau (RN, 2007; RN, 2011a; RN, 2015a; RN, 2019). Skulle der derfor opstå tvister i forbindelse med udskrivning af en ældre patient, så skal det løses f.eks. mellem sygehusafdeling og det kommunale plejehjem. DAS, SKU eller relevante forankringsgrupper inddrages, såfremt der er tale om en principiel problemstilling i relation til Sundhedsaftalen (RN, 2015a). Sådan har det været fra den første generation og til og med den kommende sundhedsaftale. Det er derfor nødvendigt at finde løsninger igennem forhandlinger og kompromisser, hvilket i sidste ende sikrer at den latente konflikt ikke ender ud som en

decideret konflikt jf. Browns konflikt-typer. Konflikten kunne f.eks. opstå ved, at en opgave angående de ældre medicinske patienter ikke er tilstrækkeligt planlagt. Det skal forstås ved som Jane Pedersen tilkendegiver at

“ [...] Man prøver sig lidt frem, går det an at sende en borger med det her, det gik godt, så prøver man igen. Og lige pludselig bliver det kutyme uden at man har fået lavet en aftale. Og det kan jeg rigtig godt forstå at kommunerne siger, hmm.. det går jo ikke, det har vi måske ikke fået midler, så vi vil gerne have det lidt mere planlagt [...] ” (Interview 1, s. 7-8).

Uden forhandlinger og aftaler omkring opgaveløsningen, ville der kunne opstå en konflikt, hvilket også bakkes op af Jane Pedersen. Hun gør det klart, at fordi Sundheds- og Ældreministeriet puster dem i nakken i forhold til produktivitet, så kan det hænde at indsatserne bliver rullet lidt ud løbende, hvorfor de ikke er tilstrækkelig planlagt. Hvilket ifølge Jane Pedersen *“ [...] er en stående konflikt, eller jeg vil ikke kalde det en konflikt, det er et stående tema. Vi har nu en sag der kører politisk omkring IV-behandling i eget hjem, hvor vi gerne vil lande en aftale, det håber vi så at vi kommer til [...] ”* (Interview 1, s. 8). Det er tydeligt at der politisk endnu ikke er konsensus omkring en aftale angående IV-behandling, hvilket hun udtrykker er en stående konflikt. Bliver den stående konflikt ikke løst, kan det have betydning for patienterne som skal have IV-behandling i hjemmet. Den manglende aftale om IV-behandling er en udfordring, som de også ser i Thisted for:

“ [...] IV er jo noget der har været snakket om rigtig længe, og som til at starte med voksede op nede fra og det viste sig, at det måske ikke var så heldigt. At det ikke havde opbakning længere oppe og i givet fald en egentlig aftale var blevet indgået på i hvert fald direktør niveau om det og på politisk niveau om det [...] ” (Interview 2, s. 6).

Det er tydeligt at indsatser omkring f.eks. IV-behandling er opstået på baggrund af fagpersonerne fra praksis. Når forslagene til indsatser kommer fra fagpersoner, kan det ske at direktører, ledere eller politikerne ikke kan se meningen med det. Hvilket medfører at de ikke får den nødvendige opbakning til at lande en aftale, hvilket kan lede til den stående konflikt som Jane Pedersen præsenterede. For at kunne lande denne aftale mellem kommune og region, er politikerne nødt til at lave et kompromis i forhandlingen, så alle parter er tilfredse med økonomien og rammerne for samarbejdet omkring IV-behandling. Dette leder over til hvad politikernes rolle i sundhedsaftalerne er, og hvordan denne har udviklet sig henover generationerne.

Politikernes og PLOs rolle

Ved at gennemføre en mere detaljeret analyse af politikernes rolle ifm. Sundhedsaftalen, så skabes der en bedre forståelse for ændringerne mellem de forskellige generationer af sundhedsaftaler. Af den første sundhedsaftale med Thisted Kommune fremgår det at der blev oprettet 11 politiske styregrupper, altså en med hver kommune. De politiske styregrupper havde til formål at:

“ [...] fungerer som den direkte lokale politiske forankring af sundhedsaftalerne. Den politiske styregruppe skal beskæftige sig med de specifikke aftaler mellem den enkelte kommune og Region Nordjylland [...] ” (RN, 2007, s. 14)

Dette blev yderligere bekræftet af Jane Pedersen, som tilkendegav at der har været *“ [...] tradition for i Nordjylland at have politiske styregrupper, det har vi haft i alle generationer [...] ”* (Interview 1, s. 7). De politiske styregrupper har derfor spillet en væsentlig rolle i koordineringen af Sundhedsaftalen. Konkret skete koordineringen ved, at to regionale politikere besøgte hver enkelt kommune, hvor Thisted Kommunes politikere var repræsenteret igennem Socialudvalgsformanden og Omsorgsformanden (RN, 2007).

Kommunerne har formandskabet og sekretariatsfunktionen for styregruppen, det vil i praksis sige, at kommunerne leder møderne og er ansvarlige for at indkalde til møderne – udarbejde dagsorden og referat fra styregruppemøderne. Møderne foregår lokalt i den enkelte kommune (RN, 2007, s. 14-15). Udover politisk deltagelse deltager relevant administrativt personale fra den kommunale og regionale forvaltning, således at styregruppen er i stand til at vurdere om Sundhedsaftalen lever op til bekendtgørelsens krav og implementeringen sker i overensstemmelse med det aftalte.

I de politiske styregrupper mødes repræsentanterne to gange årligt, hvilket fortsatte igennem den anden generation frem mod dannelsen af klyngestrukturen. Med den nyskabte klyngestruktur i den tredje generation kom de politiske forankringsgrupper, hvilket betød, at den politiske rolle forandrede sig igen. Flere regionale politikere blev involveret i de politiske styringsgrupper, hvor de to repræsentanter blev til fire. I den forbindelse tilkendegiver Jane at *“ [...] det har været meget forskelligt hvad oplevelsen var, der er ikke nogen tvivl om at de to klynger som er mindst, altså vest og midt, der havde man oplevelsen af at det var et godt setup [...] ”* (Interview 1, s. 7). Politikerne i Klynge Vest har dermed haft en gevinst ved at samarbejde ud fra klyngestrukturen, da der er større mulighed for at tage sager op og diskuterer dem politisk. Modsat havde klynger med flere samt større kommuner det sværere

med denne struktur. Hvilket gjorde det besværligt at komme ind i den politisk dialog, som er formålet med de politiske forankringsgrupper (Interview 1).

Dette resulterede i at sundhedspolitisk samling blev dannet, da nogle af klyngerne mente, at der var behov for noget nyt (Interview 1). Sundhedspolitisk samling kommer derfor til at danne rammen sammen med de politiske forankringsgrupper i den kommende sundhedsaftale. De politiske forankringsgrupper har den politiske dialog, hvorimod i sundhedspolitisk samling tager SKU et tema op omkring f.eks. lighed i sundhed eller mindre rygning.

En vigtig grund til dannelsen af sundhedspolitisk samling er ifølge Henrik Hugo Kristensen at “ [...] *Det er at få politikerne lidt tidligere på banen. I stedet for de her meget få årlige møder, hvor de får et færdigt produkt præsenteret, nærmest [...]* ” (Interview 2, s. 6). Ud fra Thisted Kommunes forståelse, så bliver sundhedspolitisk samling skabt for at give politikerne mere indflydelse tidligere i forløbet. Det kan diskuteres om politikerne rent faktisk får mere indflydelse eller om forummet blot er skabt for at gøre det nemmere administrativt at udforme Sundhedsaftalen. Begge adspurgte politikere jf. Lene Linnemann og Peter Sørensen mener ikke det er lavet ud fra en politisk drøftelse, hvilket illustreres godt ved at Peter Sørensen ikke har kendskab til det nye fora, som skulle give politikerne større indflydelse (Interview 3-4). Hvis politikerne rent faktisk får mere indflydelse med skabelsen af sundhedspolitisk samling, så kan det vurderes om der er ved at ske et større skifte i den politiske rolle i arbejdet omkring Sundhedsaftalen.

Siden den første generation af sundhedsaftaler har politikerne bestridt en idealtypisk politikerrolle, som passer ind i NPM-perspektivet. Politikernes rolle kan ses som bestyrelsesmedlemmer, som er med til at fastsætte politiske mål. Ydermere kan der også argumenteres for NPM ved at anskue ansvarspådragelsen. Ansvarspådragelsen kan ses som delt, da både regionale og kommunale politikere, står med ansvaret for at arbejdet omkring Sundhedsaftalen. Når politikerne sidder i SKU og de politiske forankringsgrupper, så har de ansvaret for at sikre en løbende vurdering af, om Sundhedsaftalen bidrager til at skabe sammenhængende forløb af høj kvalitet for borgerne (RN, 2007). Ansvar er ligeledes delt, hvis der ses på indsatsen om udskrivning af patienter, hvor patienten er regionens ansvar, mens patienten er indskrevet på sygehuset. Bliver patienten udskrevet, og skal have forebyggende behandling efterfølgende i patientens hjem, overgår ansvaret lige pludselig til kommunen. Det må derfor antages at politikernes rolle i det tværsektorielle samarbejde

omkring Sundhedsaftalen passer ind i NPM, da politikerne stadig fastsætter de politiske mål eller pejlemærker. Politikernes rolle omkring Sundhedsaftalen passer også godt ind i Torfing og Triantafillous tanker om, at politikerne indtager en væsentlig position i forbindelse med tilvejebringelsen af autorisering og legitimering. Det vil være en forkert antagelse, at politikerne kun agerer inde for OPA, da der i samarbejdet også inddrages borgere og fagpersoner, hvilket viser at top-down styringen bliver suppleret af Bottom-up. Jane Pedersen bakker op herom, da SKU ligger op til at arbejde tematisk i perioder med borgerinddragelse (Interview 1). Ved at politikerne begynder at blive tidligere inddraget, så kan det have den betydning, at de kan være med til at udvikle de politiske løsninger ud i de forskellige klynger, hvilket kan betyde der skabes en mere kollektiv ansvarsdeling, som ligger i tråd med NPG.

Det er for tidligt at antage om skiftet er sket, da det ydermere bliver tilkendegivet at

“ [...] De administrative klynger også vil få opgave at dagsordensætte emner til drøftelse i de politiske klynger. Og efter som det er direktørerne der sidder her, så vil de også sidde i de politiske klynger, fordi de følger altid deres politikere, så der er personsammenfald administrativt i de politiske klynger.” (Interview 1, s. 7).

Det stemmer overens med kritikken af NPM, som frembringes af Torfing og Triantafillou, da det argumenteres for at politikerne i hele samarbejde blot er blevet tilskuere til et selvkørende bureaukrati. I stedet menes det at være administrative topledere, såsom hospitalsdirektørerne og direktører fra Region Nordjylland, som i sidste ende er dem som leder samarbejdet, fordi de både sidder i administrative klynger såvel som politiske klynger. Det må derfor konkluderes, at på trods af elementer fra henholdsvis OPA og NPG, så er det stadig mest inden for NPM, at politikernes rolle finder sted.

Udover politikerens rolle i Region Nordjylland og Thisted Kommune, så er det nødvendigt at analysere på Praktiserende Lægers Organisation (PLO). PLO spiller en vigtig rolle i samarbejdet ifm. Sundhedsaftalen, da de som interesseorganisation er repræsenteret i SKU samt i de politiske forankringsgrupper. I SKU er PLO lovmæssigt forpligtet til at være til stede, hvilket giver PLO en væsentlig rolle i forbindelse med styring og tilvejebringelsen af det tværsektorielle samarbejde. Ifølge §1 stk. 2 i *“Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler”*, så skal PLO inkluderes i SKU. Her står det klart at Region Nordjylland og KKR selv kan styre, hvem der er med i udvalget, men der skal mindst være én repræsentant fra PLO. Hvis det ikke aftales nærmere, så vil PLO i forhold til *“Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler”* §1 stk. 3

være præsenteret med to medlemmer i SKU. Ifølge Jane Pedersen, så har Region Nordjylland siden den første sundhedsaftale i 2007 ” [...] altid haft, det så at vi sidder med 5 regionale politikere og 2 PLO [...]” (Interview 1, s. 3), hvilket er interessant, fordi PLO ikke altid har haft lovmæssigt grundlag for at deltage i SKU. Den første vejledning fra 2006 underbygger dette, da de praktiserende læger var repræsenteret igennem praksisudvalget, et udvalg som stadig er stående i dag. Det var først i ”Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler” i 2013, at PLO lovmæssigt skulle være med i arbejdet i SKU (Sundheds- og Ældreministeriet, 2013).

Ved en gennemgang af Sundhedsaftalen mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune fra 2007, så er PLO ikke nævnt. Dette kan der være en god grund til, da der som tidligere angivet i den første vejledning fremgår, at ”det vil ikke kunne forventes, at 1. generation af sundhedsaftaler på alle områder kan blive så detaljerede som senere generationer af sundhedsaftaler” (SST, 2006, s. 20). Derfor kan PLOs rolle have været undladt i Sundhedsaftalen da de, som det fremgår af V1, ikke er en aftalepart (Sundhedsstyrelsen, 2006;14). Den første sundhedsaftale mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune, beskriver bl.a. i indsatsområdet for svage, ældre patienter, hvor det fremgår at ”Målsætningen er en sammenhængende opgavefordeling mellem de involverede parter. Beskrivelsen omfatter alene aftaleparterne i sundhedsaftalerne, hvorfor eksempelvis de praktiserende lægers rolle ikke er beskrevet” (RN, 2007). Ses der på den 2. generation, så er PLO blevet præsenteret, hvilket er før de bliver lovmæssigt en del af samarbejdet. Derfor vurderes det at med baggrund i Jane Pedersens interview, at PLO har været med siden 1. generation.

Ved at PLO er med i udarbejdelsen af sundhedsaftalerne, så vælger staten at anvende netværk i den politikskabende proces. Dermed opstår der en governance form, hvor en interesseorganisation som PLO, er med til at udvikle, men også implementere den politik, som SKU når frem til. Statens valgte governance form sikre dermed opbakning fra de praktiserende læger, hvilken kan det betyde en større accept af den politik, som bliver udformet i SKU. Uden PLO som en central aktør, kan det have en indvirkning på implementeringen af indsatserne.

Når PLO har hjemmel i loven til at være med i processen, kan det vurderes at PLO har indflydelse på, at aftalerne og indsatserne bliver en realitet. PLOs interesser for at indgå i samarbejdet kan undersøges ved, at se på hvilke incitamenter PLO har for at samarbejde med

staten. I interviewet med Lene Linnemann, gør hun det klart, at hun er kritisk over deres rolle i det her samarbejde, for som hun tilkendegiver

" [...] Institutioner rundt omkring i regionen, de er meget lette til at komme til at snakke med patienter om kvaliteten i arbejdet, men når man taler med PLO, er det meget "kasseapparatet", der kommer til at fylde [...]" (Interview 4, s. 3).

Det store incitament ifølge Lene Linnemann er, at PLO tænker meget på det økonomiske aspekt. Det er vigtigt at understrege, at det er hendes egen politisk holdning, for som hun selv tilkendegiver, ville der være en anden holdning, skulle der spørges en konservativ eller liberal politiker (Interview 4). Hun præsenterer også et andet eksempel i forbindelse med besøg af ældre patienter, hvor PLO ikke ønskede at lave hjemmebesøg, fordi det var for dyrt og tidskrævende. Kort tid efter ændres hjemmebesøg ved lov under overenskomstforhandlingerne, og *" [...] så får de et ordentlig klask til økonomien ved at køre hjemmebesøg og nu drøner de rundt og besøger ældre mennesker, der ikke kan komme hen til den almen praksis. Det er det der for mig, sommetider gør det lidt svært med det samarbejde [...]"* (Interview 4, s. 3). I og med PLO, ifølge hendes mening, tænker mere på økonomi så kan det hæmme samarbejdet. Lene gør det klart, at de stadig respekterer hinanden i SKU, hvilket er vigtigt, når der forhandles og opnås kompromisser. Ud fra observationerne er det klart, at det er de økonomiske incitamenter, som hovedsageligt driver PLO i samarbejdet.

Incitamenterne er ikke den eneste problematik, som skal overkommes, når Region Nordjylland, Thisted Kommune, Sundhedsstyrelsen og PLO skal samarbejde. De er samtidigt nødt til at overkomme svære organisatoriske og institutionelle udfordringer for at de kan blive effektive partnere i det tværsektorielle samarbejde. Ifølge Bell & Hindmoor, kan den slags konstellationer være ustabile, hvor en ændring i styring kan underminere parterne (Bell & Hindmoor, 2009, s. 184). Et eksempel på at der kan være svære organisatoriske udfordringer belyser Lene ved at sige følgende: *"Det er jo ikke fordi vi ikke vil samarbejde med dem [...], men det gør det svært, fordi jeg ser det som det er det offentlige ansvar at yde behandlingen og hjælpe i sundhedsvæsen osv. til alle vores borgere. Men jeg synes det giver noget miskmask at inddrage selvstændig erhvervsdrivende ind i det [...]"* (Interview 4, s. 3-4). Organisatoriske udfordringer kan derfor stadig iagttages 12 år efter den første sundhedsaftale, ifm. inddragelsen af selvstændige praktiserende læger i samarbejdet. Parterne er derfor nødt til at overkomme de organisatoriske udfordringer, hvis Sundhedsaftalen skal få den ønskede effekt.

Delkonklusion på Organisering og rolleudvikling

De øverste led i den administrative organisering har ikke ændret sig væsentligt gennem undersøgelsesperioden. Gennem 1. og 2. generation blev der benyttet faglige følgegrupper i relation til de obligatoriske indsatsområder. De faglige følgegrupper blev nedlagt ved den 3. generation, hvor der i stedet valgtes en udviklings- og driftsorganisering. Ved overgangen til den 3. generation oprettes "*Det fælles kommunale sundhedssekretariat*", som har en vigtig rolle ifm. opsamling og sortering af kommunernes input, hvilket har fungeret godt for Thisted Kommune. Yderligere konkluderes det, at PLO har været med siden 1. generation af sundhedsaftalerne. Dermed opstår der en governance-form, hvor en interesseorganisation er med til at udvikle og implementere den politik, som SKU når frem til.

På politisk niveau var der i starten 11 politiske styregrupper, altså en i hver kommune. Styregrupperne blev ændret ved den 3. generation, hvor kommunerne organiserede sig efter den kommunale klyngestruktur. Med klyngestrukturen kom de politiske forankringsgrupper, som stadig gør sig gældende i dag. Forankringsgrupper bliver under den kommende sundhedsaftale suppleret af et nyt tværgående politisk forum kaldet sundhedspolitisk samling. Generelt om politikernes rolle kan det argumenteres for, at politikerne er blevet tilskuere til et selvkørende bureaukrati, som ledes af administrative topledere. Det må derfor konkluderes at politikernes rolle, på trods af elementer fra henholdsvis OPA og NPG, kan defineres som "*bestyrelsesmedlemmer*" i tråd med NPM.

Under de to første generationer skete der en overorganisering af samarbejdet, hvilket resulterede i at det innovative frirum og fleksibiliteten ifm. opgaveløsningen var lille. Den hårde styring har været aftagende siden den 3. generation, men på trods heraf vurderes grænsefladen ikke underorganiseret. Ændringerne i styringen kan ses som resultatet af et magtspil, som foregik mellem Region Nordjylland og Sundhedsstyrelsen. Yderligere foregår der et magtspil mellem samarbejdets parter, hvor regionen, kommunerne og PLO skulle finde deres plads i den tværsektorielle organisering. Magtspillet kom til udtryk i form af interesse-modsætninger, da der er et økonomisk pres på alle samarbejdets parter og i sidste instans medfører konflikter. Det må konkluderes at det finansielle aspekt er den mest iøjefaldende modsætning mellem samarbejdets parter. For selvom kommune og region ønsker, at der er kvalitet i den service de står for, så kan økonomien medfører forskellige prioriteringer. Det bør bemærkes, at Thisted Kommune ikke ser det som regionens udfordring eller kommunens udfordring, men at de er afhængige af hinanden for at skabe fælles løsninger.

Sundhedsaftalens format og opfølgning

Sundhedsaftalens format

Det kommende afsnit afdækker hvordan selve dokumentet er blevet udformet, hvor forskellene mellem de enkelte sundhedsaftaler fremhæves. Angående den første generation af sundhedsaftaler viste specialets documentsøgning, at Region Nordjylland havde udformet en sundhedsaftaler med hver enkelt kommune i Regionen. Dette hænger sammen med, at Sundhedsstyrelsen havde et krav om, at der skulle indsendes separate sundhedsaftaler med hver kommune (SST, 2006, s. 19). Sundhedsaftalerne skulle yderligere udformes ud fra Sundhedsstyrelsens internetbaserede indberetningsskema, hvilket i tråd med NPM hænger sammen med et ønske om at effektivisere sagsbehandlingen (SST, 2006, s. 19). Skabelonen og de separate sundhedsaftaler tegner umiddelbart et billede af, at der blev udformet 11 forskellige sundhedsaftaler, men dette var ikke realiteten. Jane Pedersen fortæller i den forbindelse at:

“ [...] Det hed sig jo dengang, og sådan var det også at man skulle indgå en bilateral aftale med alle kommuner, og det gjorde vi også. Men i Nordjylland var der allerede dengang en stor fælles mængde, som alle kommunerne tilsluttede sig og så lavede vi også nogle bilaterale aftaler ved siden af. Så vi har aldrig haft 11 forskellige sundhedsaftaler, vi havde en rigtig stor fælles mængde.” (Interview 1, s. 2)

Det bliver her påpeget at Region Nordjylland allerede fra starten af havde en stor fælles mængde, som alle kommunerne tilsluttede sig. For Region Nordjyllands vedkommende kunne der ligeså godt været udformet en fælles sundhedsaftale på daværende tidspunkt. Eksempelvis udtaler Jane Pedersen sig om tiden før regionernes oprettelse, hvor Danmark var inddelt i 13 amter. På daværende tidspunkt var der allerede et samarbejde på forebyggelsesområdet mellem de daværende 13 amter og kommunerne, hvorfor samarbejdsaftaler ikke var nyt på forebyggelsesområdet (Interview 1). Sundhedsstyrelsen havde i den forbindelse taget højde for, at udgangspunktet for udarbejdelsen af sundhedsaftalerne kunne være meget forskellig (SST, 2006, s. 20). Deres hårde styring og specifikke formatkrav, medvirkede dermed til at alle kommunerne fik det samme udgangspunkt. Ses der nærmere på den specifikke sundhedsaftale mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune fremgår det blandt andet om SKU at:

“Sundhedskoordinationsudvalget skal løbende følge op på aftalernes indhold og stille sin vurdering heraf til rådighed for aftaleparterne. Denne rolle gælder både de generelle og bilaterale sundhedsaftaler.” (RN, 2007, s. 14).

Der blev både udformet generelle og bilaterale sundhedsaftaler, hvor Jane i det tidligere citat påpegede, at det var den bilaterale aftale, som skulle indgås med hver kommune. Ud fra specialets empiri, så virker det umiddelbart til, at fokuset i Region Nordjylland først og fremmest var på at få udformet de bilaterale sundhedsaftaler med hver kommune. Hvorvidt Sundhedsstyrelsens formatkrav gør, at den generelle sundhedsaftale skal udledes af de bilaterale sundhedsaftaler, eller om der blev udformet en generel sundhedsaftale, kan specialet ikke fastslå. Til gengæld ligger det fast, at den 2. generation af sundhedsaftaler blev udformet som et samlet dokument, kaldet den generelle sundhedsaftale (RN, 2011a). Der er fortsat bilaterale aftaler med hver kommune ved den 2. generation, men dokumenterne er blevet væsentligt kortere. Angående Thisted Kommunes bilaterale sundhedsaftale, er den gået fra at være en yderst detaljeret aftale på 99 sider (RN, 2007), til at fylde ganske få sider (RN, 2011b). Den generelle sundhedsaftale er udformet i et dokument, som afdækker de obligatoriske indsatsområder. Dette gøres gennem en overordnet politisk sundhedsaftale og en overordnet administrativ sundhedsaftale (RN, 2011a). Den politiske del består af en række politiske målsætninger, som spiller op imod de obligatoriske indsatsområder. Eksempelvis er der udformet en politisk målsætning om, at *“Sikre det gode sammenhængende patientforløb”* (RN, 2011a, s. 8), hvilket hænger sammen med det obligatoriske indsatsområde om *“indlæggelsesforløb”* (SST, 2006, s. 15).

Ved den 3. generation ændres Sundhedsaftalens format til i stedet at bestå af tre dokumenter, kaldet *“Den politiske Sundhedsaftale”*, *“Den Administrative Sundhedsaftale”* og *“Den tværsektorielle Grundaftale”*. *“Den politiske Sundhedsaftale”* og *“Den Administrative Sundhedsaftale”* er ikke væsentlig anderledes end ved den 2. generation, forskellen er blot at de ikke længere indgår i samme dokument. Samlet set er de to dokumenter væsentlig kortere end de tidligere sundhedsaftaler, hvilket hænger sammen med Region Nordjyllands nye format (RN, 2007; RN, 2011a; RN, 2015a). Ved den 2. generation, var der en detaljeret beskrivelse af hvert enkelt indsatsområde, som kom umiddelbart efter den *“Den administrative del”* i det samme dokument. Dette ændrer den *“Tværsektorielle Grundaftale”* på, hvor Jane udtaler, at:

“ [...] den tværsektorielle grundaftale. Jamen, det er summen af første og anden generations indsatsområder og hvad der ellers er kommet. Hvis i kigger på den tværsektorielle grundaftale inde på hjemmesiden, så er den faktisk delt op i indsatsområder [...]” (Interview 1, s. 3).

I stedet for at beskrive tidligere indsatsområder og dertilhørende aftaler i kommende sundhedsaftaler, er der blevet oprettet en grundaftale som opsummerer de tidligere generationer. Et nærmere kig på Region Nordjylland hjemmeside viser, at *“Den tværsektorielle grundaftale”* er inddelt efter de fire obligatoriske indsatsområder, som er Forebyggelse, Behandling og pleje, Genoptræning og Rehabilitering samt Sundheds-IT (RN, s.d.). Derudover er der et område omhandlende tværgående temaer. Under hvert af punkterne er der en række links til forskellige dokumenter/aftaler, såsom *“Sundhedsaftalen om kommunikation på fødselsområdet”* (RN, 2016b). Klikkes der på den enkelte aftale sendes man videre til det specifikke aftaledokument, hvor eksempelvis opgavefordeling, effektiv kommunikation og formålet med aftalen fremgår (RN, 2016b). Hermed burde det stå nogenlunde klart, hvilket format der er tale om. I den forbindelse tilkendegav Thisted Kommune, hvad der gøres for at informere og opretholde interessen omkring den tværsektorielle grundaftale:

“Vi forsøger faktisk, eller vi har faktisk forsøgt at skabe et overblik over alle de indsatser der er i sundhedsaftalen og hvor vi er henne med en status omkring det. Men det er meget svært at vedligeholde faktisk. Men der sidder jo forskellige personer i forskellige foraer i de forskellige delaftaler, nogle, de fleste, kommer fra Thisted Kommune i vores klynge, men der er jo rent faktisk også nogle der kommer fra Morsø kommune. Og så forsøger vi at orienterer hinanden om fremgang eller mangel på samme i nogle af de her indsatser.” (Interview 2, s. 4)

Interessen omkring de forskellige indsatser i regi af Sundhedsaftalen forsøges dermed opretholdt gennem foraer, hvor der påpeges at der også deltager enkelte fra Morsø Kommune. Thisted Kommune har yderligere forsøgt at lave en eller anden form for overblik over Sundhedsaftalens mange indsatser. Det fremgik ikke, hvad der helt præcist var tale om. Derfor blev der spurgt nærmere ind til det konkrete format, hvor Marie Stjernholm uddybede:

“Uhm.. Altså vi har regneark selv, ikke også, hvor det står i også, og hvor vi sådan en gang imellem beslutter, at der skal laves en status. Så er det der at vi følger op. Men altså det er ikke et dokument som sådan, som vi bruges så meget i dagligdagen.” (Interview 2, s. 5)

Ud fra svaret virker det ikke umiddelbart til, at Thisted Kommune forholder sig til den tværsektorielle grundaftale. I stedet har kommunen oprettet deres eget regneark, hvor der i en eller anden grad laves status ud fra. Dokumentet bruges ikke meget i dagligdagen, hvilket blev underbygget ved at Marie Stjernholm beskrev dokumentet som værende “ [...] *ikke specielt levende*” (Interview 2, s. 5). Thisted Kommunes behov for et overblik over den 3. generation af sundhedsaftaler hænger sammen med deres overordnede kritik deraf. I den forbindelse påpeges det at:

“ [...] Det er det her mylder af forskellige aftaler, som ingen har kunnet få et overblik over. [...] Det er det her, den nye sundhedsaftale ligesom et opgør med kan man sige. Vi vil have et overblik over hvad der faktisk er sat i gang og vil i mål med. Til gengæld kan det så være at vi faktisk har færre indsatser end vi havde tidligere [...]” (Interview 2, s. 4)

Det fremgår, hvordan der har været problemer med at skabe et lokalt overblik over Sundhedsaftalens mange indsatser. Dette gælder både de igangværende indsatser, samt hvilke målsætninger der rent faktisk ligger bag den enkelte indsats. Den kommende generation af sundhedsaftaler er et opgør dermed, hvilket der kommer nærmere indover. Det nye fokus kan medføre, at der gennemføres færre indsatser, men dermed må det også blive lettere at skabe overblikket. De interviewede politikere har en pointe hertil, hvor begge blev spurgt ind til, om den tværsektorielle grundaftale havde været med til at styrke koordineringen mellem sektorerne. I den forbindelse svarede Peter Sørensen:

“I teorien, men ikke i praksis. Fordi at hvis det er sådan nu for eksempel altså. Vi har jo nogle fantastiske papirer. Uha, og vi skal ditten og datten og dutten og man skal ud og dokumentere alle verdens ting. Og det er også godt nok. Men man skal ikke dokumentere bare for at dokumentere, man skal dokumentere det man har brug for og det som man kan komme videre med [...]” (Interview 3, s. 4)

Kort og godt mener Peter, at koordineringen mellem sektorerne er blevet styrket i teorien, men ikke i praksis. Med Thisted Kommunes behov for at skabe overblik, tyder det på, at der har været for meget information. Det påpeges yderligere af Peter, at der har været et for stort fokus på dokumentation. Dokumentationskravet kan relateres til Sundhedsstyrelsens vejledning, hvor der til og med den 3. generation af sundhedsaftaler har været stillet krav om at udforme indsatser og aftaler indenfor en række obligatoriske indsatsområder (RN, 2007; RN, 2011a; RN, 2015a). Derfor mener Peter, at kun det nødvendige skal dokumenteres, hvilket kan være en svær balancegang. I relation hertil påpege Lene Linnemann at:

“ [...] en af min kæpheste har hele tiden været at det ikke nytter noget at vi laver sundhedsaftaler her og de står i et blå ringbind på en hylde ude på en afdeling, i en praksis eller i et sundhedshus. Der er ingen som aner hvad der foregår, fordi hvem er det lige der har taget ejerskab for det, hvem er det der sørger for at formidle det ud og få det implementeret. [...]” (Interview 4, s. 5).

Vi er nok alligevel ovre tiden med blå ringbind, men ikke desto mindre er det en pointe at det ikke nytter noget, hvis sundhedsaftalerne ikke rækker ud over det skrivebord, de er blevet formuleret ved. Dermed vendes der tilbage til specialets dokumentanalyse, hvor opfattelsen af policy dokumenter blev behandlet. I relation hertil påpeges det, at en teksts alene ikke kan skabe en effekt. Til gengæld er det muligt at opbygge netværk, strukturere samarbejdsprocesser og andet, så længe et dokument har succes med at interesse andre og være i cirkulation (Nielsen, 2011, S. 132-133). Med andre ord er det nødvendigt med et øget fokus på implementering, så der bliver informeret om de eksisterende aftaler, hvorved interessen opretholdes. Sker det ikke, kan dokumenterne ende som unødvendig dokumentation, og i så fald kommer aftalerne formentlig ikke til at virke i praksis, ligesom Peter Sørensen påpegede. Problemstillingen er kendt og har været et fokusområde siden den 2. generation af sundhedsaftaler. Derfor var det interessant at få afklaret, hvad der blev gjort for at opretholde interessen for den tværsektorielle grundaftale, hvortil Jane svarede:

“Altså. Vi har en akilleshæl, som hedder implementering [...] I driftsdelen, der har man nogle samarbejdsforummer ude på hospitalerne, hvor man mødes på ledelsesniveau. Der blev vi så enig om at sige i har altså ansvaret for at følge op på alle de her aftaler der ligger i den tværsektorielle grundaftale, fordi det er jo driftsnært. [...] Vi synes det var det mest oplagte sted og ligge det hen, og det er det sådan set også. Men hvis der ikke er et kontinuerligt ledelsesmæssigt fokus på at den her aftale, den skal vi leve op til, og det ligegyldigt om det er kommunerne, sygehusene eller almen praksis. Der er en udskiftning af personale, der er en udskiftning af ledelseslag, så glemmer man måske. [...]” (Interview 1 s. 4).

Som tidligere påpeget er organiseringen blevet ændret i bestræbelserne på at fremme implementeringen. Ved den 3. generation blev parterne således enige om at oprette en udviklingsdel og driftsdel for Sundhedsaftalen. Ansvaret for implementeringen blev i den forbindelse overdraget til driftsdelen, fordi det er driftsnært. Problemet er i den forbindelse at opretholde et ledelsesmæssigt fokus på den aftale, som gør sig gældende i de enkelte

afdelinger, specialer, kommuner mv. Aftalerne dækker bredt, hvorfor udskiftning af personale og udskiftning af ledelseslag gør, at aftaler kan blive glemt. Yderligere så er konstante nye aftaler og indsatser ikke behjælpelige med at holde fokus på det eksisterende. Dertil udtalte Jane at:

“ [...] Man kan altså ikke blive ved med at finde noget nyt, altså som grundaftaler, og det er vi ret enig om, og det er rigtig rigtig godt. For så vil det blive umådeligt vanskelig at lukke ned hver gang, og starte forfra.” (Interview 1, s. 3).

Med andre ord er grundaftalen på plads, og det ville være problematisk, hvis der skulle startes forfra ved politisk udskiftning. Pointen er karikeret, men for hver sundhedsaftale er der indtil videre blevet udformet nye indsatser og aftaler, hvorfor der ikke har været fuld opmærksomhed på at få det eksisterende implementeret. Implementeringsproblemet er der enighed om, hvortil Lene Linnemann fortalte at:

“ [...] vi var i hvert fald enig om da vi sluttede af i sidste periode, at vi skulle prøve at bremse lidt op på alle de her nye tiltag og så i stedet for sørge for implementeret noget af alt det der var i gang. Og det var der heldigvis enighed om hele vejen rundt, det var både kommuner, PLO, region, administration, hele vejen rundt. [...] jeg synes da vi afsluttede sidste periode, og blev enig om at vi nu skulle bremse lidt op og have knap så mange bolde i luften af gangen, og så heller sikre at tingene blev implementeret, der så vi så at tanken fra Sundhedsstyrelsen, at tanken var lidt den samme. [...]” (Interview 4, s. 2).

Dermed må det konstateres, at der er en bred enighed om, at der skal være et øget fokus på implementering. Hvad betyder det så for den kommende sundhedsaftales format? Dette blev påpeget i specialets første delkonklusion, hvor det fremgår, at der ikke længere er obligatoriske indsatsområder og heller intet formatkrav. Region Nordjylland har i den forbindelse valgt udelukkende at udforme en politiske sundhedsaftale. Sundhedsaftalen er bygget op omkring de nationale mål og i relation hertil er der udformet fem politiske pejlemærker for Region Nordjylland (RN, 2019). Om Sundhedsstyrelsens nye styringsform og de lempede krav til formatet udtaler Jane Pedersen:

“ [...] vi har altså et hav af aftaler. Så på den måde, det har været en stor lettelse, at vi ikke har skulle opfinde for Sundhedsaftalens skyld den her gang, for at kunne få den godkendt af Sundhedsstyrelsen. Men vi er blevet sat fri til at kan lave en overordnet ramme og retning for hvordan vi vil arbejde med sundhedsvæsenet i vores region [...]” (Interview 1, s. 5)

Igen påpeges de mange eksisterende aftaler, og Jane udtrykker ligefrem glæde for ikke at skulle "opfinde" nye indsatser og aftaler for Sundhedsstyrelsens skyld. I stedet får regionen i højere grad tid og frihed til at justere, hvordan regionen ønsker at arbejdes med sundhedsvæsenet. Janes kommentar peger mod, at der har være en god grund til at bremse op og sætte udviklingen lidt på pause. *"Den tværsektorielle grundaftale"*, har med dens *"hav af aftaler"* skabt et solidt fundament, måske ligefrem *"en Nordjysk lov"* for hvordan der skal arbejdes tværsektorielt, indenfor nogle specifikke områder. Skulle der være tale om en såkaldt *"Nordjysk lov"*, ville der være konsekvenser ved ikke at opfylde loven. Spørgsmålet er derfor hvordan Region Nordjylland følger op på om sundhedsaftalerne opfyldes?

Opfølgning på Sundhedsaftalen

Opfølgning er en essentiel del af hvordan sundhedsaftale-arbejdet styres, hvilket blev understreget i V1, hvor Sundhedsstyrelsen skrev:

"Det har afgørende betydning for hele intentionen med sundhedsaftalerne, at regionsrådet og kommunalbestyrelserne løbende følger og sikrer implementeringen af aftalerne på de enkelte indsatsområder" (SST, 2007, s. 26)

Det er et eller andet sted klart, at det er nødvendigt at følge aftalerne, for at kunne vurdere om de rent faktisk bliver implementeret. Der er sket en væsentlig forskel på, hvordan opfølgningen styres af Sundhedsstyrelsen. I V1 var der stillet krav til, at parterne skulle beskrive, hvordan der følges op på den enkelte aftale. Yderligere ville resultaterne af denne opfølgning indgå i SKUs opfølgning på aftalernes praktiske gennemførelse og dermed bidrage til at belyse eventuelle generelle problemstillinger (SST, 2007, s. 10). Af den første vejledning fremgår det yderligere, at den enkelte aftale skulle beskrive:

"[...] hvordan parterne sikrer, at opfølgningen er organiseret og planlagt. Herunder beskrives dels indholdet af opfølgningen, fx opfølgningsmetode og valg af indikatorer, og dels tidsplan for opfølgningen." (SST, 2007, s. 26)

Det er dermed udelukkende bestemt, at parterne skal beskrive hvordan der opfølges, men der stilles ikke nogen konkrete krav til opfølgningsmetoden, indikatorerne eller andet indhold. Til at forklare opfølgningen tager specialet udgangspunkt i *"det obligatoriske indsatsområde for træningsområdet"* (RN, 2007, s. 35), hvor de forskellige administrative og politiske enheders rolle er beskrevet. Det er i Sundhedsaftalen valgt at beskrive opfølgningen i forbindelse med organisering, så det fremgår, hvordan opfølgningen er planlagt. Her beskrives, at de 11

politiske styregrupper, DAS og de faglige følgegrupper alle har en rolle ifm. opfølgningen på Sundhedsaftalen (RN, 2007, s. 42-46). Det fremgår yderligere at det vil være i:

“ [...] regi af den administrative styregruppe at al opfølgning, status og videre arbejde baseret på de faglige følgegrupper organiseres. Naturligvis inden for de afstukne politiske rammer, men som det forum hvori kommunerne og regionen drøfter, løser og udvikler sundhedsaftalerne. (RN, 2007, s. 44)

Opfølgningen var primært placeret i DAS, som naturligvis arbejder indenfor de politiske rammer. SKU har i den relation pligt til at vurdere aftalernes indhold og til at stille sin vurdering til rådighed for parterne (RN, 2007, s. 42). Gennem de kommende generationer af sundhedsaftaler sker der ikke nogen væsentlige organisatoriske ændringer i de øverste ledelseslag. Til gengæld ændres Sundhedsstyrelsens vejledning, hvilket har betydet en hårdere styring, hvor der stilles mere konkrete krav til opfølgningen. Fremover fremgår det af V2, at der skal fastsættes fælles målsætninger for at:

“ [...] bidrage til en fælles retning for indsatsen på tværs af sektorerne. Målsætningerne skal være konkrete og fungere som et redskab til en løbende opfølgning og justering af indsatsen (SST, 2018, s. 2)

De fælles målsætninger skal medvirke til den løbende opfølgning, hvilket kan være med til at justere de enkelte indsatser og aftaler. Specialet var inde omkring dette i afsnittet om *Sundhedsaftalens organisering*, hvor det betød at medlemmerne af SKU kommer til at agere som bestyrelsesmedlemmer i tråd med forståelsen af NPM. De fælles målsætninger ses gennem de nationale mål. I den forbindelse har Region Nordjylland udformet fem pejlemærker, hvor der eksempelvis er et pejlemærke om *“Bedre forløb og resultater med borgerne som aktive samarbejdspartnere”* (RN, 2019, s. 13), hvilket blandt andet relaterer til det nationale mål *“Øget patientinddragelse”* (RN, 2019, s. 5). Foruden de fælles målsætninger, så fremgår det af vejledningen at:

“Mål for indsatsen er klare, konkrete og operationelle for de involverede parter. Målene bør primært omhandle effekt og kvalitet, herunder den patient-/borgeroplevede kvalitet, og, så vidt muligt, være dataunderstøttede.” (SST, 2018, s. 4)

Dermed fastsætter Sundhedsstyrelsen langt mere konkrete krav til opfølgningen af sundhedsaftalerne, ved at definere, hvad målene primært bør omhandle. Den hierarkiske form for governance benyttes derfor i højere grad end ved den tidligere vejledning. I og med der

stilles krav til, hvad målene primært bør omhandle, så kan det medvirke til at løse en problemstilling som Thisted påpegede. Marie Stjernholm udtalte nemlig, at *“Det er faktisk heller ikke særlig ensartet i forhold til hvordan der er stillet målepunkter op”* (Interview 2, s. 4), hvilket kan besværliggøre opfølgningen. Dette burde afløses af Sundhedsstyrelsens klare krav om primært at lave målsætninger omhandlende effekt og kvalitet. De skrappe krav til målsætninger betyder, at der fortsat er lidt hård styring på enkelte områder, hvilket ikke nødvendigvis er dårligt. En fuldstændig underorganiseret grænseflade ville nemlig være svær at regulere, fordi der ikke er en klar autoritet, såvel som klare mål for det der skal gøres. Uden en klar autoritet til at sætte rammerne, ville der kunne dannes uklare forhold for det tværsektorielle samarbejde mellem organisationerne. Dette ville i sidste ende påvirke det tværsektorielle samarbejde, ved at det ikke ville have den tiltænkte effekt. Idet Sundhedsstyrelsen fortsat er i baggrunden og fremstår som en klar autoritet, så undgås uklare forhold. Så det må vurderes, at der er tale om en moderat-organisering af samarbejdet. Yderligere ligger citatet op til at inddrage *“den patient-/borgeroplevede kvalitet”* i målsætningen, hvorved Sundhedsstyrelsen opfordrer til at inddrage civilsamfundet og på den måde vinde legitimitet. Det er ligeledes et udtryk for, at borgerne i tråd med NPM indtager kunderollen, hvorved de får lov til at stille krav til kvaliteten ud fra deres oplevelser.

Der følges løbende op på de overordnede målsætninger og derudover har SKU jf. § 7 i bekendtgørelsen pligt til at udarbejde en midtvejs- og slutstatus. Slutstatussen skal demonstrere, at de igangsatte indsatser tager afsæt i eksisterende lovgivning, faglige anbefalinger og retningslinjer. Yderligere skal begge statusser anvendes som grundlag for udarbejdelse af næste generation af sundhedsaftaler (SST, 2018, s. 7). Angående opfølgningen på den 3. generation af sundhedsaftaler udtalte Thisted Kommune at:

“ [...] jeg synes jo egentlig også tit når der så har været en opfølgning, så har det været på sådan et meget generelt niveau, så har man ligesom kunnet ”gemme” sig lidt under nogle af de andre, hvis der er noget man ikke har fået rykket så meget på ” (Interview 2, s. 4).

Opfølgningen ved den 3. generation er primært sket gennem de forpligtigende statusser, som ifølge Thisted Kommune har været af en meget generel karakter. Det betyder, at det bliver svært at konstatere, hvilke kommuner der halter bag efter på de forskellige indsatsområder. Yderligere betyder det, at hvis der skulle være interesse modsætninger mellem regionen og den enkelte kommune, så kan kommunen *“gemme sig”*. Forstået på den måde, at hvis kommunen ikke har ønsket at prioritere en indsats i ligeså høj grad, som det var regionens

hensigt, så fremgår det ikke af opfølgningen. Dette er naturligvis et problem, og som det blev påpeget i *Sundhedsaftalens Format*, så er den kommende sundhedsaftale et opgør hermed. Opgøret blev understreget af Thisted Kommune, som gennem interviewet lagde vægt på, at de var i en proces omkring en ny aftale:

“ [...] hvor vi forventer en helt anden opfølgning og status end vi har fået hidtil. Hvor det ligesom bliver dagsordensat overfor direktørerne ikke også, så vi ligesom ser den her status hver eneste gang.” (Interview 2, s. 5).

Derudfra udledes det, at der i en eller anden grad skal være en mere løbende opfølgning, som bliver præsenteret på direktørniveau. På den måde holdes direktørerne hele tiden ajour med hvordan det går, og det undgås dermed at kommunerne kan “*gemme sig*”, som det var tilfældet under den tidligere midtvejs og slutstatus. Om den nye opfølgning udtalte Thisted Kommune yderligere:

“ [...] at det jo i meget højere grad bliver klyngerne, altså Morsø og Thisted Kommune sammen med repræsentanter inde fra regionen også, som skal definere, jamen hvad er det vi vil opnå på vores område. Og så er opfølgningen også klyngevis, hvorimod det plejer at være en samlet ikke også. Samlet definerer hvad der ikke skal og samlet opfølgning på det. Og det er jo noget som vores politikere jo gerne vil have selvfølgelig, for det giver jo dem mulighed for at sætte et mere tydelig aftryk på, hvad er det så vi arbejder med i Thy.” (Interview 2, s. 5)

Det vil sige, at udover den løbende opfølgning på direktørniveau, så forekommer der også en decentralisering af opfølgningen. På den måde vil opfølgningen fremover blive langt mere konkret, da den sker ude i de enkelte klynger. Samtidig kan den generelle opfølgning i form af midt- og slutstatus konkretiseres, da den fremover vil kunne tage højde for klyngeforskellene. Dette kan på sigt medføre, at statusserne opgøres for de enkelte klynger. Dernæst er der det politiske aspekt, hvor politikerne i højere grad får mulighed for at diskutere lokalpolitiske tiltag ud fra den lokale opfølgning. Det samlede fokus er stadig fastsat fra centralt hold, da det som angivet i afsnittet om Sundhedsaftalens organisering er SKU, som fastsætter et fælles tema til drøftelse i sundhedspolitisk samling. Det fælles tema får derefter mulighed for at blive tilpasset lokalt, hvorved koordinering i mindre grad bliver skabt fra centralt hold.

Et andet element angående opfølgning på Sundhedsaftalen blev påpeget i afsnittet om *Sundhedsaftalens format*, hvor specialet valgte at omdøbe den tværsektorielle grundaftale til *“Den Nordjyske lov”*. Hvis en lov ikke overholdes, så kan staten bruge sin suveræne magt til at udstede bøder, sætte folk i fængsel mv. Der er tale om sanktioner, hvis ikke loven overholdes. I den forbindelse er det interessant at se på hvilke sanktions- og belønningsmuligheder, der findes i relation til Sundhedsaftalen. Fra statslig regi findes der kun en sanktion, hvilket er godkendelsen af Sundhedsaftalen. Sanktionsmuligheden er lempet en del, da sundhedsaftalerne forhåndsgodkendes jf. den nuværende vejledning (SST, 2018, s. 3). Herudover fremgår der ikke andre sanktions- eller belønningsmuligheder set fra det statslige regi. Det er selvfølgelig klart, at hvis elementer fra *“Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler”* ikke overholdes, såsom sammensætningen af SKU, så kan det kræves ændret fra statsligt regi. Fra det regionale perspektiv er resultatet tydeligt, da der hverken forekommer nogle sanktions- eller belønningsmuligheder i forbindelse med de enkelte aftaler (RN, 2007; RN, 2011a; RN, 2015a; RN, 2019). At kalde den tværsektorielle grundaftale for *“Den Nordjyske lov”*, må derfor siges at være en klar overdrivelse, da aftalerne på ingen måde har karakter af en decideret lov. I stedet kan regionen forsøge sig med forskellige formidlingsmetoder, for på den måde at øge kendskabet til sundhedsaftalerne.

Angående formidlingsmetoder, så opstod der en interessant diskussion om det nødvendige kendskab til Sundhedsaftalen, hvor informanterne har forholdsvis forskellige holdninger. Forskellen forekommer, når de politiske informanternes svar sættes overfor de administrative informanternes. Set fra politisk regi og som kommunal ansat, udtaler Lene Linnemann:

“ [...] folk aner ikke hvad en Sundhedsaftale er, der hvor jeg er. Jeg har lige 2 gange været til møde med Dansk Sygeplejeråd, når man spørger der, hvor mange af dem, der ved hvad Sundhedsaftalen indebærer, så er det under 10% der markerer at de kender til den. [...]” (Interview 4, s. 5).

Det virker umiddelbart bekymrende, at *“folk ikke aner”* hvad en sundhedsaftale er og at under 10 % fra Dansk Sygeplejeråd tilkendegiver at de ikke kender til den. Det faktum at Dansk Sygeplejeråd, som faglig organisation, ikke har et større kendskab til Sundhedsaftalen og hvad den indebærer er yderst bekymrende. Om det generelle kendskab til Sundhedsaftalen tilkendegav Lene Linnemann yderligere en kritik af den måde aftalen formidles. Hertil påpegede hun, at hver gang der laves nyt i regi af Sundhedsaftalen, så indkaldes:

“ [...] alle dem med stjerner på skulderen, det er dem der kan tage en beslutning, hvoraf jeg siger det er meget godt at der er en af dem med fra de forskellige områder, men det nytter ikke noget at fylde rummet med folk med stjerner på skulderen. Og så glemmer man dem der står med hænderne i skidt, det er dem ude på afdelinger, dem ude på institutioner, der ved hvordan detaljerne de er, det er ikke dem som sidder bag et skrivebord [...]” (Interview 4, s. 6-7).

Lene udtrykker en klar kritik af, at mødedeltagerne primært består af direktører, administrative chefer og andre personer med *“Stjerner på skulderen”*. Det efterspørges i stedet, at der i højere grad inddrages driftspersonale, som har et mere detaljeret kendskab til de processer og systemer, som den specifikke aftale skal fungere i. Lene Linnemann har to konkrete forslag til, hvordan problemet kan imødekommes:

1. Deltagelse fra gulvet i alle de forskellige fora
2. Ledelserne skal sikre at det bliver implementeret. (Interview 4).

I relation hertil fremgår det af den 3. generation af sundhedsaftaler, at Sundhedsaftalens parter har et selvstændigt ansvar for at formidle og implementere Sundhedsaftalens indhold i egne driftsorganisationer (RN, 2015a, s. 50). Derfor er ledelserne allerede pålagt at stå for implementering, men som tidligere fremhævet er der ikke nogen umiddelbar sanktion, hvis implementeringen ikke finder sted. Det kunne give god mening at pålægge deltagelse fra gulvet i de forskellige fora. Med deltagelse fra gulvet menes der sygeplejersker, læger, SOSU-assistenter og andet fagpersonale, som har med aftalen at gøre ude i praksis. Dette ville både være relevant i Sundhedsaftalens udviklingsdel og driftsdel. Et forum sammensat af ledelse, drift, politikere, borgere, eksperter og andre relevante personer ville i højere grad bryde med den normale organisering. På den måde ville parterne, med Jacob Torfings ord, *“være i stand til at samarbejde om at finde nye og innovative løsninger, der bryder med vanetænkningen og den gængse praksis på området”* (Torfing & Triantafillou, 2017, s. 26). Lene Linnemanns forslag om deltagelse fra gulvet, ville yderligere være med til at bære kendskabet længere ud i organisationerne, så al information ikke kommer fra ledelseslaget. Region Nordjylland formidler sundhedsaftalernes indhold forskelligt til driftsorganisationernes ledelseslag og frontpersonale (RN, 2015a, s. 49), hvortil Jane påpeger at:

“ [...] altså sundhedsaftalerne er jo bureaukrati. [...] Der er mange der siger, jamen de kender ikke Sundhedsaftalen. Og jeg siger det er heller ikke nødvendigvis nødvendigt at man

ved at det er en sundhedsaftale, bare man ved hvad man skal gøre i den konkrete situation. [...] ” (Interview 1, s. 9).

Jane påpeger, hvordan Sundhedsaftalen som udgangspunkt ikke er andet end bureaukrati. Det er op til hospitalerne, at lave instrukser og forskellige handlinger, så Sundhedsaftalen bliver kendt blandt frontpersonalet (Interview 1). Ledelsernes opgave er derfor at sørge for, at Sundhedsaftalen bliver implementeret i det yderste led. For den enkelte medarbejder vil det sige, at medarbejderen ikke behøves vide, at instruksen om at varsle kommunerne inden klokken 12 har en sammenhæng til Sundhedsaftalen (Interview 1.). Til gengæld er det nødvendigt, at de forskellige ledelser har det nødvendige kendskab, hvor det i organiseringsafsnittet, blev påpeget at skiftende bemanning kan være et problem. I relation til ledelseskendskabet tilkendegav Jane:

“ [...] Men ledelseslaget og hospitalsledelserne skal have klart styr på at vi har nogle sundhedsaftaler og så skal det omsættes præcist til den afdeling eller klinik, til hvad er det lige præcist i Sundhedsaftalen vi skal være opmærksomme på. Om man kender det som Sundhedsaftalen eller en instruks, det er jeg sådan set græskkatolsk over for, bare man ved hvad man skal gøre i den konkrete situation. [...] ” (Interview 1, s. 9).

Ledelserne har dermed behov for det brede kendskab til sundhedsaftalerne, så aftalerne kan præciseres og omsættes til handlinger og instrukser for den enkelte klinik eller afdeling. Hvorfor det er nødvendigt med ledelsesdeltagelse i forummerne, som Lene Linnemann kritiserede. På trods af det differentierede kendskab til sundhedsaftalerne, så må det påpeges, at der kan være situationer, hvor det ville optimere forummerne med øget driftsdeltagelse. Specielt i udviklingsfasen kunne det føre til, at der blev udformet mere præcise aftaler/løsninger, som i højere grad tager højde for praksis. Foruden ledelsens og frontpersonalets kendskab til Sundhedsaftalen, så er det interessant at påpege, hvad der er det optimale politiske kendskab til Sundhedsaftalen. Den kommende sundhedsaftale ændrer den måde, som politikerne inddrages og dermed politikerens kendskab, hvortil Henrik Hugo Pedersen tilkendegav:

“Noget af det vi kommer til at arbejde mere med, tænker jeg. Det er, Jamen hvad er det for nogle indsatser og hvad er det for noget? Altså hvad fik vi ud af det? Hvad fik vi ud af det’ at have en sundhedsaftale? Det kommer der et helt anderledes fokus på i næste periode. Det kommer vi til at arbejde på her og fordi som i siger, vores politikere de efterspørger det. Og

de vil vide, nu har vi haft der her kæmpe apparat og vi har sat en masse ting i gang – hvilken forskel gjorde det? Det vil de vide, og de vil vide det tidligt. [...]” (Interview 2, s. 8-9).

Udtalelsen hænger sammen med det nye krav fra Sundhedsstyrelsens side om, at målsætningerne fremover bør omhandle effekt og kvalitet (SST, 2018 s. 4). Det skal fremover i højere grad være muligt for politikerne at kunne se effekten af de formulerede sundhedsaftaler, hvilket umiddelbart skal ske gennem et øget fokus på opfølgning. Derudover skal politikerne inddrages tidligere, så de i højere grad får mulighed for at sætte deres præg på Sundhedsaftalen, end tidligere tilfældet. Foruden politikernes rolle og et ønske om at inddrage dem tidligere, så fortalte Henrik Hugo Pedersen mere generelt om samarbejdet mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune. I den forbindelse tilkendegav han at:

"[...] der har været en tendens til, at der er meget fokus på de ting vi er uenige om, fremfor de succeser der faktisk har været ikke også, altså IV har givet nogle uendelige diskussioner. Den er med på dagsordenen hver gang nærmest. Og det fortjener det egentlig ikke, synes jeg ikke. Altså de der gode historier og alle de succeser om vores samarbejde, har fyldt mindre. [...] Eksempelvis det her med indskrivning og udskrivning og sådan noget, at det rent faktisk glider rimelig nemt nu ikke også. Vi har nogle aftaler om hvordan hjemmeplejen og sygeplejen står inde på sygehuset. Det har været rigtig fint." (Interview 2, s. 9)

Der udtrykkes en ærgrelse over, at det er uenighederne som fylder mest, fremfor at fremhæve de gode historier og succeser i samarbejdet. Det er gennem uenigheder og negative historier, at samarbejdet rykker sig, da der ikke vil ske noget hvis parterne var enige om at alt gik godt. Uenighederne åbner nemlig op for en diskussion af hvordan konflikten kan løses. Angående parternes uenigheder om IV, er der antageligt tale om en latent konflikt, hvor parter udviser den samme adfærd, men har forskellige interesser. Det er derfor vigtigt, at parterne opretholder diskussionen om, hvordan der kun nås til enighed om en løsning, da samarbejdet ikke ville forbedres hvis parterne lod som om, at der ingen konflikt var til stede. Det bør understreges, at det også ville være godt, hvis succeshistorierne i højere grad blev fremhævet, såsom Henrik Hugo Pedersens eksempel om indskrivning og udskrivning. Denne opgave er nok mere op til medierne eller forvaltningernes kommunikationsafdelinger, da det i sidste ende kun drejer sig om et spørgsmål: *Hvilken forskel det gjorde for borgeren?* (Interview 2).

Delkonklusion på format og opfølgning

Sundhedsaftalens format har ændret sig gennem undersøgelsesperioden. Under 1. generation var formatet dikteret af Sundhedsstyrelsen, hvorfor der skulle udfyldes en skabelon for den enkelte kommune. Ved den 2. generation blev der udformet en generel sundhedsaftale, som var opbygget omkring Sundhedsstyrelsens obligatoriske indsatsområder. Derudover var der bilaterale sundhedsaftaler med hver kommune, hvilket der fortsat er i dag. Under den 3. generation opdeles Sundhedsaftalen i tre dokumenter, hvor de to første dokumenter ligner de forrige. Forskellen ses ved *“Den Tværsektorielle Grundaftale”*, som består af en lang række dokumenter svarende til alle de eksisterende aftaler. Formatet fortsætter under den kommende sundhedsaftale, hvor der udelukkende udformes en ny politisk sundhedsaftale.

Lokalt har der været problemer med at skabe et overblik over Sundhedsaftalens mange indsatser, da koordineringen mellem sektorerne er blevet styrket i teorien, men ikke i praksis. Dette forsøger den kommende generation af sundhedsaftaler at løse gennem et øget fokus på implementering. Hertil bør det påpeges, at en tekst som Sundhedsaftalen, ikke kan skabe en effekt alene. Til gengæld er det muligt, så længe dokumentet har succes med at interessere andre og være i cirkulation. I den forbindelse opstår der en diskussion af det nødvendige kendskab til Sundhedsaftalen. Hertil konkluderes det, at Sundhedsaftalen formidles forskelligt, så der opstår et differentieret kendskab. Det betyder, at ledelserne skal have det brede kendskab, mens driftspersonalet ikke nødvendigvis behøves at vide, at deres instrukser stammer fra Sundhedsaftalen. Derfor er der stor deltagelse fra ledelsen i forummerne, hvor det bør understreges, at øget driftsdeltagelse kunne optimere samarbejdet i visse situationer.

Opfølgningen har bevæget sig fra frie rammer til konkrete krav, hvor målsætninger primært bør omhandle effekt og kvalitet i dag. Den hierarkiske governance er derfor mere gældende end tidligere, til gengæld løses en kritik om manglende ensartethed. Opfølgningen kommer dernæst til at ske i de enkelte klynger, hvilket kan føre til en klyngeopdelt midt- og slutstatus. Yderligere skal der være løbende opfølgning, hvormed direktørerne oftere holdes ajour. Uenigheder i samarbejdet har fyldt mest, men det er derigennem, at der opstår muligheder for at løse potentielle konflikter. Interesses modsætninger vil ofte antages, som værende en latent konflikt, fordi Sundhedsaftalens parter udviser den samme adfærd, men har forskellige interesser. Det er derfor vigtigt, at parterne forhandler og indgår kompromisser om at finde en fælles løsning.

Sidst konkluderes der på sanktionsmuligheder, hvor Sundhedsstyrelsens eneste sanktion beror i godkendelsen af Sundhedsaftalen. Sanktionen er aftagende, da de første sundhedsaftaler ikke blev godkendt, hvorimod aftalerne i dag forhåndsgodkendes. Derudover findes der ikke længere obligatoriske indsatsområder, hvorfor regionen ikke længere skal “opfinde” nye indsatser og aftaler for Sundhedsstyrelsens skyld. I stedet får Region Nordjylland tid og frihed til at skabe sin egen overordnede ramme og retning for, hvordan der arbejdes med sundhedsvæsenet.

Diskussion

Metodisk diskussion

Når der ses på specialets opnåede viden, er det væsentligt at være kritisk og reflekterende over for de metodiske valg og resultater, der er i undersøgelsen. Det er derfor nødvendigt at afklare og diskutere specialets mangler. Specialet har anvendt semistruktureret interviews, hvor informanter fra Thisted Kommune og Region Nordjylland er blevet interviewet. Der foreligger en kritik af, at det udelukkende er Thisted Kommune og Region Nordjylland som er blevet udvalgt, selvom analysen ønsker at belyse alle parter rolle i samarbejdet.

Sundhedsstyrelsen og PLOs rolle i samarbejdet bygger derfor på dokumentanalyse og de øvrige parter tilkendegivelser herom. Det er derfor muligt, at der er elementer, som kan være overset, ved ikke at inddrage parterne i form af et interview. Specialet antager at deres rolle og udvikling er blevet tilstrækkeligt dækket gennem informanternes svar og dokumentanalysen.

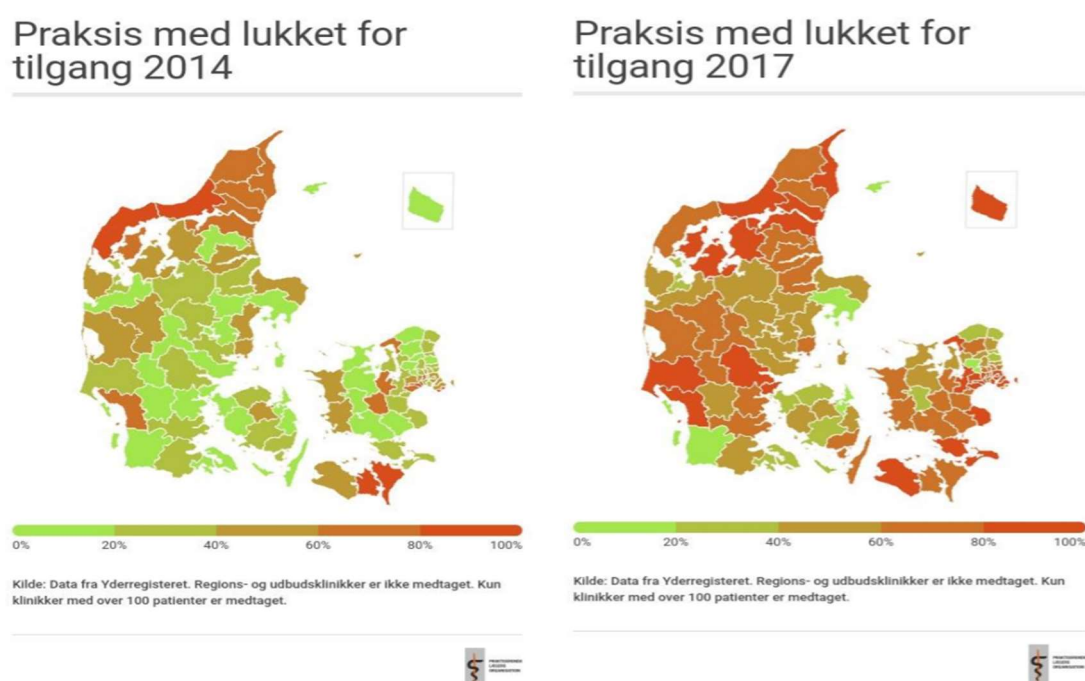
Ved at der anvendes den metodiske tilgang med semistruktureret interviews, så er det muligt at informanterne påvirkes til at svare noget bestemt gennem vores tilstedeværelse. Dette kommer til udtryk gennem nogle af informanternes svar, hvor informanternes holdning ændres. Det er derfor en mulighed, at informanternes svar bliver standardiseret, hvilket bl.a. kunne være en risiko, når der interviewes politikere, som begge stiller op til et Folketingsvalg. Informanterne har alle tilkendegivet, at de ikke ønskede at være anonym, hvorfor det må vurderes, at de er villig til at svare oprigtigt på spørgsmålene. Samtidig bliver svarene underbygget af den fundne empiri i dokumentanalysen. Det må derfor antages, at begge valgte metoder supplerer hinanden godt, da interviewene giver svar på det som ikke kunne findes i dokumenterne. Så ved at anvende metoderne vurderes det, at der opnås en større indsigt i den organisatoriske udvikling af samarbejdet.

Diskussion af forbedringsforslag

Af specialets analyse omhandlende kendskabet til Sundhedsaftalen, fremgår der et konkret forbedringsforslag om at pålægge deltagelse fra gulvet i Sundhedsaftalens forskellige forummer. Med deltagelse fra gulvet menes der sygeplejersker, læger, SOSU-assistenten og andet fagpersonale, som har med aftalen at gøre ude i praksis. Forslaget er interessant, hvorfor specialet ønsker at diskutere det ud fra et teoretisk og samfundsmæssigt perspektiv. I

forbindelse med det samfundsmæssige perspektiv, så har der i længere tid været en politisk diskussion om, hvordan der kan ansættes flere sygeplejersker. Socialdemokratiet har i den forbindelse foreslået, at der skal ansættes 1000 sygeplejersker mere. Ansættelsen skal ske så hurtigt som muligt og blandt andet ved at fjerne omprioriteringsbidraget (Dansk Sygeplejeråd, 2019). Lægemangel er ligeledes et problem, hvor nedenstående figur illustrerer udviklingen i lægepraksisser med lukket tilgang for nye patienter. Hertil fremgår det, at 67 pct. af alle praktiserende læger har lukket for tilgang af nye patienter i 2017, hvilket er en markant stigning i forhold til blot tre år siden, hvor tallet var 38 pct. Situationen står værst til i Region Nordjylland, hvor mere end 80 procent af alle lægepraksisser har lukket for tilgang (Praktiserende lægers organisation, 2017, s. 13-14) Ud fra det samfundsmæssige perspektiv kan det derfor være problematisk at tage personale ud af driften.

Figur 5:



(Praktiserende lægers organisation, 2017, s. 13-14)

Tages der et andet blik på forslaget, så vil det helt konkret betyde at de politiske og administrative ledere i Klynge Vest blev suppleret af fagpersonale, såsom læger og sygeplejersker (RN, 2016a, s. 1). Dette kunne eventuelt suppleres med borgerinddragelse efter behov, hvilket teoretisk er interessant af flere grunde. På den måde opstår der en governance form, hvor der styres gennem netværk og civilsamfundet i bestræbelserne på at

udvikle og implementere Sundhedsaftalen. Governance formen medvirker til at sundhedsaftalerne ikke udelukkende udformes og implementeres gennem top-down governance. Yderligere kan sammensætningen medvirke til, at indsatserne i regi af Sundhedsaftalen ikke vokser op nedefra, da medarbejderne får mulighed for at få indflydelse i starten af den politiske proces. En øget indflydelse burde give opbakning og accept til sundhedsaftaler og samtidig løse problemstillingen omkring den ledelsesmæssig opbakning, som specialets behandlede i organiseringsafsnittet. Til gengæld er det nødvendigt at fagpersonerne er villige til at samarbejde eller blive inkorporeret i governance partnerskabet, for at styringsformen får succes. Sker dette, kan der skabes robuste politiske løsninger, der bryder med vanetænkningen og muligvis på sigt løse og håndtere nogle af de mange uløste og komplekse samfundsproblemer, såsom ulighed i sundhed (Torfing og Triantafillou, 2017;26). Det kræver en vurdering af, hvornår det giver mening at tage personalet ud af driften. Balancegangen er svær, da det kan være kompliceret at forsvare, hvornår fagpersonalet er nødvendigt i driften, kontra hvornår deres kompetencer forbedrer den politikskabende proces.

Konklusion

Specialets analyse tegner et billede af, hvordan Sundhedsstyrelsen i starten opererede med en meget hård styring af Sundhedsaftalens indhold og format. Det betød, at det innovative frirum og fleksibiliteten ifm. opgaveløsningen var lille, da der skete en overorganisering af samarbejdet. Sundhedsstyrelsen krav har været stærkt aftagende siden 2015, hvor der i dag ikke længere stilles krav om obligatoriske indsatsområder, formatet eller indholdet. Dette gør sig ligeledes gældende for Sundhedsstyrelsens eneste sanktion, som beror i godkendelsen af Sundhedsaftalen. Sanktionen har været aftagende, da de første sundhedsaftaler ikke blev godkendt, hvorimod aftalerne forhåndsgodkendes i dag. På baggrund heraf vurderes det, at grænsefladen mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune kan karakteriseres som en moderat-organiseret grænseflade i dag. Vurderingen underbygges af, at de otte nationale mål fremover skal sætte retningen for styringen af sundhedsvæsenet, hvilket giver mere frihed end de tidligere obligatoriske indsatsområder. Samlet set konkluderes det derfor, at Sundhedsstyrelsen har taget et skridt tilbage, lempet kravene og givet regionerne mere frihed i arbejdet med sundhedsaftalerne.

Den administrative organisering har ikke ændret sig væsentligt i de øverste ledelseslag. Der sker et skifte fra faglige følgegrupper, til en udviklings- og driftsorganisering ved den 3. generation. Det fremgår om sammensætningen af SKU, at PLO har været med siden 1. generation af sundhedsaftaler, hvilket først blev vedtaget ved lov i 2013. Der kommer derfor en styreform, hvor PLO som interesseorganisation er med til at udvikle og implementere den politik, som udarbejdes i SKU.

På det politiske niveau blev der i starten oprettet en politisk styregruppe for hver kommune. Strukturen ændres under den 3. generation, da den kommunale klyngestruktur blev vedtaget i KKR. Hvilket medførte, at der i tråd med klyngestrukturen blev oprettet fire politiske forankringsgrupper. Denne organisering fortsætter under den kommende sundhedsaftale, hvor der yderligere oprettes et tværgående politisk forum kaldet sundhedspolitisk samling. Generelt om politikernes rolle kan det argumenteres for, at politikerne er blevet tilskuere til et selvkørende bureaukrati. Det må derfor konkluderes at politikernes rolle, kan defineres som bestyrelsesmedlemmer.

Ændringerne i styringen kan ses som resultatet af et magtspil mellem Region Nordjylland og Sundhedsstyrelsen. Yderligere foregår der et magtspil mellem samarbejdets parter, hvor regionen, kommunerne og PLO har skullet finde deres plads i den tværsektorielle organisering. Når parterne indgår i en tværsektoriel organisering, vil der kunne opstå

interesses modsætninger, da der er et økonomisk pres på alle samarbejdets parter. Interessens modsætningerne kan forstærkes, da det finansielle aspekt vurderes som den væsentligste modsætning mellem samarbejdets parter. Generelt om samarbejdet udtrykker Thisted Kommune, at de er ærgerlige over, at uenighederne fylder mest. Det er gennem uenigheder, at der opstår muligheder for at løse potentielle konflikter. Interessens modsætninger vil ofte antages, som værende en latent konflikt, fordi Sundhedsaftalens parter udviser den samme adfærd, men har forskellige interesser. I bestræbelserne på at løse eventuelle konflikter er det derfor væsentligt, ifølge Thisted Kommune, at parterne er afhængige af hinanden for at skabe fælles løsninger.

Under den 3. generation opdeler Region Nordjylland Sundhedsaftalen i flere dokumenter. Forskellen fra de tidligere sundhedsaftaler ses ved Den Tværsektorielle Grundaftale, som består af en lang række dokumenter svarende til alle de eksisterende aftaler. Formatet fortsætter under den kommende sundhedsaftale, hvor der udelukkende udformes en ny politisk sundhedsaftale. Formatet har ikke været uden problemer, da det lokalt har været problematisk at skabe et overblik over Sundhedsaftalens mange indsatser, da koordineringen mellem sektorerne er blevet styrket i teorien, men ikke i praksis. Hvilket kan relateres til, at sundhedsaftalerne har været bureaukratiske, hvilket umiddelbart har haft konsekvenser for implementeringen. Den kommende sundhedsaftale forsøger at løse implementeringsproblemerne ved ikke længere at udvikle nye indsatser, da kravet om obligatoriske indsatsområder udgår.

Angående Sundhedsaftalens format, så har der altid været et krav om opfølgning. I starten var der forholdsvis frie rammer til opfølgningen, hvor det i dag kræves, at målsætningerne primært omhandler effekt og kvalitet. Det konkluderes om opfølgningen, at den har været af meget generel karakter. Dette er muligvis ved at ændre sig, da opfølgningen under den kommende sundhedsaftale bliver klyngeopdelt. Yderligere skal der være løbende opfølgning, hvormed direktørerne oftere holdes ajour, hvilket hænger sammen med diskussionen om kendskabet til Sundhedsaftalen. Sundhedsaftalens format gør, at et differentieret kendskab er nødvendigt, da den enkelte medarbejder ikke har mulighed for at have kendskab til samtlige aftaler. Derfor er ledelsens opgave at have det brede kendskab, hvilket er grunden til den store ledelsesdeltagelse i forummerne. Om forummernes sammensætning bør det understreges, at øget driftsdeltagelse kunne optimere samarbejdet i visse situationer. Det kan overvejes under den kommende sundhedsaftale, da Region Nordjylland i højere grad får tid og frihed til at skabe sin egen overordnede ramme og retning for, hvordan der arbejdes med sundhedsvæsenet.

Litteraturliste

- Antoft, R. & Salomonsen, H. H. (2007). *Håndværk og Horisonter - Tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder: en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bell, S. & Hindmoor, A. (2009). *Rethinking Governance. The centrality of the state in modern society*. Melbourne: Cambridge University press.
- Brown, D. L. (1983). *Managing conflict at Organizational Interfaces*. Boston: Addison Wesley Publishing Company.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. (5.udg.). Oxford: Oxford University Press.
- Christensen, J. G., Christiansen, P. M., Marius, I. (2011). *Politik og Forvaltning*. (3.udg). København: Hans Reitzels Forlag.
- Dansk Sygeplejeråd. (2019). *Debat: Jo, vi kan godt finde 1000 nye sygeplejersker - hvis vi vil*. Hentet fra: <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/debat-jo-vi-kan-godt-finde-1000-nye-sygeplejersker-hvis-vi-vil> - Besøgt d. 23.05.19.
- De Vaus, David A. (2001). *Research Design in Social Research*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- Duedahl, P & Jacobsen, M. H. (2010). *Introduktion til dokumentanalyse – Metodeserie for social- og sundhedsvidenskaberne*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Heeager, A. (2009). *Vil de nye sundhedsaftaler imellem kommuner og regioner kunne tjene deres formål?*. Politica 41(2): 168-186
- Indenrigs- og sundhedsministeriet. (2005). *Kommunalreformen – kort fortalt*. Hentet fra: <http://www.oim.dk/media/17070/kommunalreformen-kort-fortalt.pdf> - besøgt d. 23.05.19.
- Jørgensen, T. B. & Vrangbæk, K. (2004): *Det Offentlige Styringsunivers. Fra government til governance?*. Århus: Magtudredningen og forfatterne.
- Krogstrup, H. (2017). *Samskabelse og capacity building i den offentlige sektor*. København: Hans Reitzels Forlag.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Laumann, E. O. (1978). *Community Structure as Interorganizational Linkages*. *Annual Review of Sociology* (4): 455-484.
- Lefevere, A. (1992). *Translation/History/Culture: A Sourcebook*. London: Routledge.
- Mason, J. (2002) *Qualitative Research* (2.udg.), London: SAGE Publications.
- McLaughlin, K. & Osborne, S. P. (2002). *New Public Management Current trends and future prospects*. New York: Routledge.
- Munday, J. (2008). *Introducing translations studies – Theories and applications*. (2.udg.). London: Routledge.
- Nielsen, A. J. (2011). Koordinative praksisser og performative redskaber: I fodsporene på de nye sundhedsaftaler. I Sørensen, R. et al. (Red.) *Offentlig styring som pluricentrisk koordination*. (s. 129-149). København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.
- Nielsen, Kjeld (2006), Casestudie metoder anvendt i arbejds- og organisationssociologien. I Søren Voxted (red.) *Valg der skaber viden – om samfundsvidenskabelige metoder*. (s. 153-172). København: Academica.
- Offe, C. (2009). *Governance: An "Empty Signifier"?*. USA: Blackwell Publishing Ltd. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-8675.2009.00570.x>
- Osborne, S. P. (2010). *The New Public Governance?* New York: Routledge.
- Praktiserende Lægers Organisation. (2017). *PLO faktaark 2017*. Hentet fra: https://www.laeger.dk/sites/default/files/plo_faktaark_2017_oktober_2.pdf - Besøgt d. 23.05.19.
- Pym, A. (2014). *Exploring translation theories*. (2.udg.). New York: Routledge
- Regeringen. (2016). *Aftale om nationale mål for sundhedsvæsenet - 2016*. Hentet fra: https://www.sum.dk/Temaer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/Aftaletekst-paa-nationale-maal-2016.ashx - Besøgt d. 17.05.2019.
- Region Nordjylland. (s.d.) *Den Tværsektorielle Grundaftale*. Sidst opdateret: 10.04.2019. Hentet fra: <https://rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og->

samarbejdspartnere/Sundhedsaftalen-2015-2018/Den-Tvaersektorielle-Grundaftale - Besøgt d. 14.05.2019.

Region Nordjylland. (2007). *Sundhedsaftale for valgperioden 1. januar 2007 – 31. december 2009*.

Region Nordjylland. (2011a). *Den generelle sundhedsaftale*. Hentet fra: https://rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/sundhedsaftalen-2015-2018/sundhedsaftale-2011-2014/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2011/Den-Generelle-Sundhedsaftale.ashx - Besøgt d. 17.05.2019.

Region Nordjylland. (2011b). *Bilateral sundhedsaftale mellem Thisted Kommune og Region Nordjylland*. Hentet fra: https://sodisbakke.rn.dk/service/job/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Bilaterale-sundhedsaftaler/Thisted-Kommunes-bilaterale-sundhedsaftale.ashx - Besøgt d. 17.05.2019.

Region Nordjylland. (2015a). *Den administrative sundhedsaftale 2015-2018*. Hentet fra: https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Endelig-sundhedsaftale-2015-2018/Den-Administrative-Sundhedsaftale_final.ashx?la=da - Besøgt d. 17.05.2019.

Region Nordjylland. (2015b). *Den politiske Sundhedsaftale 2015-2018*. Hentet fra: https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Endelig-sundhedsaftale-2015-2018/Den-Politiske-Sundhedsaftale_final.ashx?la=da - Besøgt d. 17.05.2019.

Region Nordjylland. (2016a). *Den Politiske Forankringsgruppe Vest Referat. Torsdag den 9. juni 2016 kl. 15.10-16.30*. Hentet fra: https://rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/sundhedsaftalen-2015-2018/organisering/de-politiske-forankringsgrupper/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Sundhedsaftalens-organisering/De-Politiske-Forankringsgrupper/Referater---Vest/Referat9juni2016.ashx - Besøgt d. 23.05.19.

Region Nordjylland. (2016b). *Den tværsektorielle grundaftale 2015-2018. Sundhedsaftale om kommunikation på fødselsområdet*. Sidst opdateret: december 2016. Hentet fra: https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftale-2015/Den-Tv%C3%A6rsektorielle-

Grundaftale/Behandling-og-Pleje/Samlet_Sundhedsaftale-om-kommunikation-p%C3%A5-f%C3%B8dselsomr%C3%A5det_december-2016.ashx?la=da - Besøgt d. 17.05.2019.

Region Nordjylland. (2017.) *Patientinddragelsesudvalget 2014-2017 Statusrapport*. Hentet fra: https://rn.dk/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsfaglige-raad-og-udvalg/Patientinddragelsesudvalget/Statusrapport-2017.ashx?la=da - Besøgt d. 23.05.19.

Region Nordjylland. (2018a). *Regional udvikling - vækstforum*. Hentet fra: <https://www.rn.dk/regional-udvikling/vaekstforum> - Besøgt d. 15.03.19.

Region Nordjylland. (2018b). *Sundhed skaber vi sammen – en håndbog i samskabelse*. Hentet fra: https://rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/patientinddragelse/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Patientinddragelse/Haandbog-i-samskabelse/Haandbog-i-samskabelse.ashx - Besøgt d. 02.05.19.

Region Nordjylland. (2019). *Sundhedsaftalen Sammen om sundhed. Sidst opdateret: 08.05.2010*. Hentet fra: https://rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/sundhedsaftalen-2019/-/media/Rn_dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftaler/Sundhedsaftalen-2019/Sundhedsaftalen-til-godkendelse.ashx - Besøgt d. 14.05.2019.

Røvik, K. (2007). *Trender og Translasjoner – Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.

Seemann, J. og Gustafsson, J. (2016). *Smid pyramidebrillerne! Behov for inter-organisatorisk ledelse*. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen. 4-13.

Sehested, K. (2011). En pluricentrisk styringsarena: Region Sjælland efter strukturreformen. Sørensen, R. et al. (Red.) *Offentlig styring som pluricentrisk koordination*. (s. 67-89). København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.

Sundheds- og ældreministeriet (2013). *Bekendtgørelsen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*, BEK nr. 1569 af 16/12/2013 Hentet fra: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=160777>, Besøgt d. 13.05.19

Sundheds- og ældreministeriet (2017). *Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet. set 15.10.18*. Hentet fra: <https://sum.dk/Sundhed/Sundhedskvalitet/Ny-tilgang-til-kvalitetsarbejdet.aspx> - Besøgt d. 23.05.19.

Sundheds- og Ældreministeriet. (2018a). *Bekendtgørelse om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*, BEK nr. 679 af 30/05/2018. Hentet fra: <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=201925> - Besøgt d. 23.05.19.

Sundheds- og ældreministeriet (2018b). *Nationale mål for sundhedsvæsenet 2018*. Hentet fra: <https://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Nationale-maal-sept-2018.aspx> - Besøgt d. 23.05.19.

Sundheds- og Ældreministeriet. (2018c). *Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler*, VEJ nr. 9504 af 04/06/18. Hentet fra: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=202287> - Besøgt d. 23.05.19.

Sundhedsstyrelsen. (2007). *Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen – en vejledning til Sundhedslovens §119 stk. 1 og 2*. Hentet fra: <http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/F69660BA049649D68187AD1C12281CA6.ashx> - Besøgt d. 23.05.19.

Sundhedsstyrelsen. (2018). *Fremtidens sundhedsaftaler kræver mere samarbejde*. Hentet fra <https://www.sst.dk/da/nyheder/2018/fremtidens-sundhedsaftaler-kraever-mere-samarbejde> - Besøgt d. 23.05.19.

Sørensen, E. (2011). *Offentlig styring som pluricentrisk koordination*. København: Jurist- og Økonomiforbundets Forlag.

Torring, J. og Triantafillou, P. (2017). *New Public Governance på dansk*. København: Akademisk forlag.

Ulrich, Jens (2016): *SAMSKABELSE – en typologi*. VIA University College: Clou Skriftsserie.

Venuti, L. (2008). *The translator's invisibility – A History of translation*. (2.udg.). London: Routledge.

Winter, S., & Nielsen, V. L. (2008). *Implementering af Politik*. København: Hans Reitzels Forlag.

Yin, Robert (2003). *Case study Research*. (3.udg.). Thousand Oaks: Sage Publications.

Økonomi og indenrigsministeriet. (2007). *Oversigt over de fem regioner og 98 kommuner*.

Hentet fra: <https://oim.dk/media/17075/oversigt-over-de-fem-regioner-og-98-kommuner.pdf> -

Besøgt d. 23.05.19.

Økonomi- og Indenrigsministeriet. 2019. *ØIMs Kommunale Nøgletal [database]*. Hentet fra:

<http://www.noegletal.dk/> - Besøgt d. 05.05.19.

Kvalitativt interview af Administrativ leder hos Region Nordjylland

Definition af undersøgelsesspørgsmål Hvad ønsker vi at blive klogere på og hvilke tematikker vil vi gerne undersøge?	Vi ønsker at blive klogere på to forskningsspørgsmål Tema 1: <i>Hvad har styringen haft af betydning for organiseringen og formatet i Region Nordjylland?</i> Tema 2: <i>Hvordan har styringen af sundhedsaftalerne udviklet sig?</i>
--	---

Semi-struktureret interviewguide:	
Introduktion	Kort præsentation: Interviewet er en del af vores speciales undersøgelse af Sundhedsaftalens udvikling i Region Nordjylland Formål: Formålet er at undersøge, hvordan samarbejdet mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune har udviklet sig organisatoriske såvel som styringsmæssigt. Oplys om interview optages Anonymitet: Du har mulighed for at blive anonymiseret forstået på den måde, at vi ikke vil skrive noget, der kan lede tilbage til dig. Tid: Interviewet vil tage højst en time
Forskningsspørgsmål	Spørgsmål
<i>Hvad har styringen haft af betydning for organiseringen og formatet i Region Nordjylland?</i>	SA 2007-2010 • Hvordan husker du de første forhandlinger omkring Sundhedsaftalen tilbage i 2007? • Hvordan var dine erfaringer med, at der skulle være en sundhedsaftale med hver kommune? SA 2011-2014 • Hvorfor går i fra 11 separate sundhedsaftaler til en fælles aftale?

	- Hvis ikke det nævnes: Hvordan fik i samlet de separate sundhedsaftaler? • Hvorfor kom der bilaterale aftaler og hvilken betydning havde de? SA 2015-2018 • Hvorfor laves der en tværsektoriel grundaftale? • Hvordan sikres det, at interessen for grundaftalen opretholdes? (Fremtidig koordination) • Mener du, at den tværsektorielle grundaftale har været med til at styrke koordineringen imellem sektorerne? - I givet fald hvordan? - Hvis ikke nævnt: Hvorfor fjerner i de faglige følgegrupper i den tredje sundhedsaftale? - Hvis ikke nævnt: Hvorfor fortsatte i med bilaterale aftaler efter en fælles aftale? • Hvordan har den nye struktur med politiske forankringsgrupper fungeret? SA 2019-2022 • Hvorfor laves der ikke nogen administrativ sundhedsaftale i det kommende udspil? • Hvordan ser den administrative organisering ud i dag? • Hvorfor skaber i en sundhedspolitisk samling? • Generelt på et tilfældigt møde, i et fora/klynge, hvad bliver der så rent faktisk diskuteret? - Har den tværsektorielle grundaftale ændret ved dette?
--	--

<i>Hvordan har styringen af sundhedsaftalerne udviklet sig?</i>	• Oplevede du at den enkelte aftales aktører blev mere involveret, gennem de faglige følgegrupper og midlertidige arbejdsgrupper? - Hvis ja: Hvordan sikres/forsøges det at skabe denne involvering i dag? • Er det korrekt, at KKR har “skabt” den politiske klyngestruktur? • Har der været nogle interessekampe mellem region og kommune? - Økonomiske komplikationer mellem Region og Kommune? - Magtforhold region og kommune • Føler du, at Sundhedsstyrelsen har været styrende i forhold til udarbejdelsen af sundhedsaftalerne? - Har i fået større frihed? • Hvad er forskellen på at arbejde ud fra de ”nye” nationale mål kontra de obligatoriske indsatsområder? - Har det givet større frihed? • Hvordan vurderer du det generelle kendskab er til Sundhedsaftalen i Kommunerne og Regionen? • Hvordan vil du beskrive samarbejdet mellem Region og Kommune? (hvordan er det gået og hvor er det på vej hen?)
Afrunding af interview	Gør det klart for informanten om vi må kontakte dem for yderligere uddybninger og information, skulle det være relevant Afslut evt. med at gentage hvad resultaterne skal anvendes til.

Kvalitativt interview af Administrative medarbejdere hos Thisted Kommune

Definition af undersøgelsesspørgsmål Hvad ønsker vi at blive klogere på og hvilke tematikker vil vi gerne undersøge?	Vi ønsker at blive klogere på to forskningsspørgsmål Tema 1: <i>Hvad har styringen haft af betydning for organiseringen og formatet i Region Nordjylland?</i> Tema 2: <i>Hvordan har styringen af sundhedsaftalerne udviklet sig fra 2007 og frem til 2019?</i>
--	---

Semi-struktureret interviewguide:	
Introduktion	Kort præsentation: Interviewet er en del af vores speciales undersøgelse af Sundhedsaftalens udvikling i Region Nordjylland Formål: Formålet er at undersøge, hvordan samarbejdet mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune har udviklet sig organisatoriske såvel som styringsmæssigt. Oplys om interview optages Anonymitet: Du har mulighed for at blive anonymiseret forstået på den måde, at vi ikke vil skrive noget, der kan lede tilbage til dig. Tid: Interviewet vil tage højst en time
Forskningsspørgsmål	Spørgsmål
<i>Hvad har styringen haft af betydning for organiseringen og formatet i Region Nordjylland?</i>	• Hvilke erfaringer har i fra arbejdet omkring Sundhedsaftalen? - Hvor længe har i været inde over Sundhedsaftalen? • Hvordan har Thisted Kommune organiseret sig omkring Sundhedsaftalens opgaver? • En del af den samlede SA er de bilaterale og supplerende aftaler med den enkelte kommune. Har muligheden for særaftaler haft en betydning for Thisted Kommune og i så fald hvilken?

	• Hvordan har jeres samarbejdsforum omkring hospitalet fungeret? • Hvordan koordineres der på tværs af samarbejdsforummerne? • Mener i, at den tværsektorielle grundaftale har været med til at styrke koordineringen imellem sektorerne? - altså fremfor hvis der “bare” blev lavet endnu en administrativ - I givet fald hvordan? - Hvad gøres der i Thisted Kommune for at fastholde interessen for grundaftalen? (Fremtidig koordination) • Hvorfor skaber i en sundhedspolitisk samling? - Er det noget Thisted Kommune har ønsket, eller fortrak i de politiske forankringsgrupper?
<i>Hvordan har styringen af sundhedsaftalerne udviklet sig fra 2007 og frem til 2019?</i>	• Oplevede i, at de enkelte aktører blev mere involveret, gennem de faglige følgegrupper og midlertidige arbejdsgrupper? – Eks. Et projekt i havde om pårørende inddragelse ved mennesker med psykiske lidelser 2015-2017 - Hvis ja: Hvordan sikres/forsøges det at skabe denne involvering i dag? • Har der været nogle Økonomiske komplikationer mellem region og Thisted Kommune? - Hvad så med Magtforholdet mellem region og jer? • Er der tale om et ligeværdigt samarbejde mellem Thisted Kommune, de øvrige kommuner og regionen? - Er der tilfælde hvor i føler jer overset/overhørt?

	• Føler i, at Sundhedsstyrelsen har været styrende i forhold til udarbejdelsen af sundhedsaftalerne? - Har i fået større frihed gennem årene? • Hvad er forskellen på at arbejde ud fra de ”nye” nationale mål kontra de obligatoriske indsatsområder? - Har det givet større frihed? • Hvordan vurderer i det generelle kendskab er til Sundhedsaftalen i kommunen? • Hvordan vil i beskrive samarbejdet mellem Region og Kommune? (hvordan er det gået og hvor er det på vej hen?)
Afrunding af interview	Gør det klart for informanten om vi må kontakte dem for yderligere uddybninger og information, skulle det være relevant Afslut evt. med at gentage hvad resultaterne skal anvendes til.

Kvalitativt interview af Regionale og Kommunale Politikere

Definition af undersøgelsesspørgsmål Hvad ønsker vi at blive klogere på og hvilke tematikker vil vi gerne undersøge?	Vi ønsker at blive klogere på to forskningsspørgsmål Tema 1: <i>Hvad har styringen haft af betydning for organiseringen og formatet i Region Nordjylland?</i> Tema 2: <i>Hvordan har styringen af sundhedsaftalerne udviklet sig fra 2007 og frem til 2019?</i>
--	---

Semi-struktureret interviewguide:	
Introduktion	Kort præsentation: Interviewet er en del af vores speciales undersøgelse af Sundhedsaftalens udvikling i Region Nordjylland Formål: Formålet er at undersøge, hvordan samarbejdet mellem Region Nordjylland og Thisted Kommune har udviklet sig organisatoriske såvel som styringsmæssigt. Oplys om interview optages Anonymitet: Du har mulighed for at blive anonymiseret forstået på den måde, at vi ikke vil skrive noget, der kan lede tilbage til dig. Tid: Interviewet vil tage højst en time
Forskningsspørgsmål	Spørgsmål
<i>Hvad har styringen haft af betydning for organiseringen og formatet i Region Nordjylland?</i>	• Hvor længe har du været inde over Sundhedsaftalen? • Hvordan har du indflydelse på Sundhedsaftalen? • Kan du fortælle lidt mere om arbejdet i den politiske forankringsgruppe? - Hvordan foregår møderne og hvad omhandler de? (Thisted Kommune) • Kan du fortælle lidt mere om arbejdet i SKU?

	- Hvordan foregår møderne og hvad omhandler de? (Region Nordjylland) • Hvordan synes du, at de politiske forankringsgrupper har fungeret? - Er der brug for møderne? gør de en forskel i det samlede billede? - Hvad med lokalt? - Hvordan fungerer det på tværs af forankringsgrupperne? • Hvorfor skaber i en sundhedspolitisk samling?
<i>Hvordan har styringen af sundhedsaftalerne udviklet sig fra 2007 og frem til 2019?</i>	• Føler du, at Sundhedsstyrelsen har været styrende i forhold til udarbejdelsen af sundhedsaftalerne i den tid du har været involveret? • Har der været nogle politiske udfordringer eller uoverensstemmelser i forbindelse med Sundhedsaftalen? • Er der områder, hvor du mener at Sundhedsaftalen skal revideres? - Organisatorisk - For at samarbejde fungerer bedre? - Er der for mange aftaler at holde styr på? • Mener du, at den tværsektorielle grundaftale har været med til at styrke koordineringen imellem sektorerne? • Er der tale om et ligeværdigt samarbejde mellem Thisted Kommune, de øvrige kommuner og regionen? - Er der tilfælde hvor i føler jer overset/overhørt? (Thisted Kommune) - Føler du, at alle kommunerne bliver hørt? (Region Nordjylland)

	• Er der nogen forskel for jer ved at arbejde ud fra de ”nye” nationale mål kontra de tidligere obligatoriske indsatsområder? (OBS på hvor længe politikere i Thisted Kommune har været med) • Hvordan vurderer du det generelle kendskab til Sundhedsaftalen i Kommunen/Regionen? - Og i så fald, hvordan kan man øge kendskabet? - Har du nogle bud • Hvordan vil du beskrive samarbejdet mellem Region og Kommune? (hvordan er det gået og hvor er det på vej hen?)
Afrunding af interview	Gør det klart for informanten om vi må kontakte dem for yderligere uddybninger og information, skulle det være relevant Afslut evt. med at gentage hvad resultaterne skal anvendes til.