

Det kommunale sundhedsvæsen

– review essay

**Mette Wier, Professor, prodekan for forskning og omverdensrelationer,
Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet,
mwi@samf.ku.dk**

Med udgangspunkt i anmeldelse af Birthe M. Pedersen og Steen Rank Petersen, red. (2014), »Det kommunale sundhedsvæsen«, København: Hans Reitzels Forlag, pp. 370, kr. 400,-, diskuteres perspektiverne for en sektor i rivende udvikling.

I disse år sker en konstant og markant glidning af opgaver mellem forskellige enheder i den danske sundhedssektor. Opgaverne glider ud af sygehusene, der med deres højt specialiserede udstyr og bemanning er et dyrt sted at løse opgaverne. Hvis de kan løses forsvarligt uden for sygehusene, f.eks. i lægepraksis eller i kommunalt regi, er en effektiviseringsgevinst indfriet. Tilsvarende glidning sker internt på sygehusene mellem afdelingerne. Og den samme udvikling finder sted i alle andre lande omkring os.

Udviklingen indebærer, at der nationalt og internationalt skyder en ny sektor frem, der kaldes den primære sundhedssektor – i Danmark også ofte benævnt »Det nære sundhedsvæsen«. Alt efter land er institutionerne i denne sektor kommunalt, regionalt, statsligt eller privat ejede, deres opgaver er styret på en række forskellige måder og deres historie er vidt forskellig. Men fælles er, at sektorens opgaver bliver flere og mere komplekse og i takt hermed stiger behovet for koordinering og professionalisering.

En nyudkommet bog »*Det kommunale sundhedsvæsen*« tager netop fat om disse dilemmaer og i det hele taget de mange problemstillinger omkring udviklingen. Bogen er redigeret af Birthe Margrethe Pedersen, over-sygeplejerske i Sundhedsstyrelsen og Steen Rank Pedersen, chefkonsulent i KL. Redaktørerne må siges at være centralt placeret institutionelt set, og det kommer positivt til udtryk i udvælgelsen af såvel temaer som de bidragende forfattere – i begge tilfælde kommer man hele vejen rundt. Bidragyderne er plukket fra praksis- og (især) forskningsverdenen.

Det nære sundhedsvæsen er kommet for at blive. I disse år er vi vidne til et kæmpestort real-life eksperiment. Opgaver er allerede flyttet derud, flere kommer til, og vi er først ved at finde ud af, hvordan vi skal håndtere dem. Og opgaverne løses i forbløffende omfang forskelligt, både på tværs af danske kommuner, men også på tværs af lande. Faktisk løses opgaverne så forskelligt, at variationen i sig selv kan give anledning til eftertanke. Variationen er langt større, end forskelle i opgavernes natur eller lokale forhold kan forklare, og det kan umuligt passe, at de alle sammen har fundet den bedste tilgang. I stedet bør man være bekymret for, om

variationen afspejler alt for store forskelle i kvalitet og effektivitet.

Hvordan skal fremtidens primære sundhedssektor se ud? Dilemmaerne står i kø. En gennemgående problematik handler om behovet for koordinering, et behov, der forekommer nærmest umætteligt. *Det første dilemma* er hvordan vi prioriterer de væsentligste koordineringsbehov. Hvor mange ressourcer skal vi bruge på koordinering internt i kommunen, fx på tværs af fagområder eller sektorer – og hvilke dele er de mest centrale? Hvor mange penge skal vi bruge på koordinering mellem region, sygehuse, kommunen og lægepraksis – og hvilke dele skal prioriteres hvornår? Hvordan reorganiserer vi os, så koordineringen bliver effektiv? Spørgsmålet berøres i en række af bogens artikler og afslutningsvist i denne artikel.

Det andet dilemma vedrører indsatsernes natur. De fleste forebyggelsesindsatser og visse genoptræningsindsatser er karakteriseret ved, at gevinsterne er usikre, først opnås på langt sigt og i visse tilfælde ikke er omkostningseffektive. Flere af bogens kapitler pointerer, at det kan være svært at overtale politikerne til sådanne indsatser og tendensen vil ofte være, at det kortsigtede prioriteres – det kan f.eks. være patientrettede indsatser såsom genoptræning, der hindrer genindlæggelser. Ved de langsigtede indsatser, f.eks. rettet mod børn og unges risikoadfærd, er det usikkert om de nogensinde kommer til kommunen til gavn.

Det tredje dilemma handler om brug af evidens, der er den fælles internationale forståelse af, hvordan man opbygger viden om, hvad der virker og hvordan man udbreder denne viden til alle enheder. Det er svært at argumentere imod, at vi ikke skal bruge pengene der, hvor der er gode effekter, fremfor at bruge dem i blinde. Evidens er da også et omdrejningspunkt i sundhedssektoren, men forebyggelsesverdenen har aldrig rigtigt væ-

ret med på denne tankegang. Og selve den lokale forankring taler imod brug af evidens, da de kommunale enheder ofte opfatter sig som helt særlige og deres opgaver som så kontekstafhængige, at evidensbaseret tænkning ikke giver mening. Det har ikke med størrelse at gøre, da enhver lille enkeltlægepraksis altid arbejder evidensbaseret. Det har mere med den kommunale verden og dens faglige og lokalpolitiske udgangspunkt at gøre, som flere af bogens kapitler udmærket beskriver. Dog er der grøde derude. I takt med at de faglige miljøer styrkes og professionaliseres, bliver åbenheden større. Sundhedsstyrelsens »forebyggelsespakker«, der præcist lister de evidensbaserede indsatser, kommunerne bør bruge, er et stort fremskridt.

Det fjerde dilemma er afvejningen mellem strukturelle og individorienterede tilgange til forebyggelse. Særligt i den medicinske verden har der længe været en forståelse af, at individorienterede interventioner generelt er mindre omkostningseffektive, har svagere evidensgrundlag, ofte kun har midlertidig effekt og er mest egnet til mere ressourcestærke borgere. I modsætning hertil peges ofte på strukturelle indsatser, hvor der arbejdes med de generelle rammer, som vurderes som mere effektive, universelle og varige virkemidler – og flere af bogens bidrag fremhæver netop dette. De strukturelle indsatser omfatter en række forskellige former for regulering lige fra cykelstier, rygeloven, sund mad i børneinstitutioner, daglig motion i skolerne, til forbud mod transfedtsyrer eller tobaksreklamer.

Det sidste dilemma handler om styringsudfordringen. Problemstillingen er tæt relateret til problematikkerne omkring organisering og koordinering, men fortjener en selvstændig bemærkning. Styringen i sundhedssektoren er så omfattende og så detaljeret, at der uvægerligt vil være modsatrettede kræfter. Som et af bogens kapitler levende beskriver, bliver det ekstra vanskeligt, når man inddrager styringseffekter fra interagerende områder

som f.eks. hjemmeplejen. Nogle styringstiltag i sundhedssektoren retter sig mod output for at fremme aktivitet og produktivitet (ofte gennem økonomiske incitamenter), andre bygges ovenpå for at sikre kvaliteten (ofte gennem processtyring), og endelig kommer der i disse år nye til, der særligt skal sikre koordinering og helhed i forløbene. Læser man Incitamentsudvalgets betænkning fra 2013, er retningen tydelig: Nye styringsmidler skal designes, så instrumenterne retter sig mod helhed og kvalitet frem for enkelt-aktivitetsfokus og kvantitet.

Det er prisværdigt, at bogen »Det kommunale sundhedsvæsen« samler de mange forskellige problemstillinger, der er omkring det kommunale sundhedsvæsen. Bogen er struktureret i fem dele, hvor første del vedrører den overordnede udvikling og principielle betragtninger. Anden del består af et kapitel om den demografiske udvikling (befolkningsaldring) og et diskuterende kapitel om udfordringer i forhold til kommunernes indsatser og den politiske bevågenhed. Denne del er nok den svageste, i den forstand, at der ikke er en logisk sammenhæng mellem kapitlerne – tværtimod kunne de med fordel være placeret andet steds. Den demografiske udvikling er en form for ramme og hører hjemme i del 1, mens de organisatoriske og politiske udfordringer burde placeres i tredje del, der netop handler om dette.

Tredje del gennemgår de enkelte kommunale områder såsom hjemmepleje, genoptræning, misbrugs- og psykiatriområdet, tandplejen samt sundhedsplejen enkeltvist. Fjerde del vedrører styring gennem aftaler og økonomiske incitamenter, samt den løbende diskussion om monitorering og evidensopbygning. Endelig tilbyder femte del det internationale perspektiv, hvor tendenserne i Sverige, Norge, Finland og Skotland belyses.

Blom indleder bogen med det historiske overblik. Kommunernes mangeartede sund-

hedsopgaver beskrives i historisk perspektiv, hvor udviklingen kobles til den generelle institutionelle udvikling i kommunerne, helt fra købstædernes selvstyre og sognene på landet, henover kommunalreformen i 1970 til strukturreformen i 2007. Overgangen fra hygiejneperspektivet med fokus på vaccinationer, svangreomsorg og børnedødelighed til fokus på individuel livsstil og sundhedsfremme betegnes som det afgørende skift i nyere tid, et skift, der – som de fleste andre skift – er skyllet over Danmark som led i en international bølge.

Blandt de indledende kapitler finder man Mik-Meyers principielle og teoretiske overvejelser om sundhedsbegrebet og sundhed i styringsmæssigt kontekst og Diderichsens gennemgang af mulige forklaringer på ulighed i sundhed og potentialet for forskellige typer indsatser. Eftersom Jørgensen i sit kapitel berører en række beslægtede problemstillinger, er det uklart, hvorfor det ikke placeres i forlængelse heraf, men i stedet er placeret i bogens tredje del. Forklaringen kan være, at det skal danne indgang til den gennemgang af politik og praksis på de forskellige kommunale områder, der udgør substansen i tredje del. Jørgensens kapitel fylder imidlertid ikke den rolle ud, idet det (ud over gode forslag til kommunale indsatser) dels omhandler principielle og generelle betragtninger, dels en række forslag til indsatser, der faktisk ligger udenfor kommunerne, nemlig i enten statsligt eller privat regi (såsom supermarkedernes vareeksponering, fødevarerindustriens rolle eller indsatser på private arbejdspladser).

De tre nævnte kapitler kredser på forskellige vis om problemstillinger i relation til det meget store danske fokus på individet, den individuelle livsstil og individets ansvar for egen sundhed. Særligt Jørgensen og Diderichsen peger på, at den individuelle sundhedsadfærd i høj grad er påvirket af de samfundsmæssige rammer, markedsinteresser, sociale, uddannelsesmæssige og arbejdsmarkedsrelaterede

vilkår, samt ikke mindst forhold under den tidlige opvækst. Begge forfattere peger på de strukturelle og universelle indsatsers styrke sammenlignet med de opsøgende og individuelle indsatser, der i mange tilfælde har vist sig svære at høste vedvarende gevinster af og derudover kan føre til øget polarisering i befolkningens sundhedstilstand. Og alle tre forfattere peger på, at individualiseringen kan føre til stigmatisering, hvor personer med usund livsstil i stigende grad mødes med krav om at leve op til et ideal, der er defineret af de ressourcestærke.

Et af de rammesættende kapitler (af Kilsmark) behandler den demografiske udvikling, eller rettere den del af demografien, der vedrører befolkningsaldringens betydning for sundhedsudgifterne. De helt centrale begreber »sund aldring« og »terminaludgifter« forklares og vi kommer godt rundt om problemstillingen. Kapitlet er opdateret på den nyeste viden, hvor de økonomiske ekspertmiljøer i dag har nedjusteret forventningerne til de fremtidige udgifter på grund af effekten fra sund aldring. Befolkningsaldringen indebærer også ændring i sygdomsmønsteret i den forstand at kroniske livsstilsrelaterede sygdomme fylder mere og mere. I dag nærmer det sig hver tredje voksne dansker, der lider af (mindst en) af de 5 største folkesygdomme.

Et centralt element, nemlig de samfundsøkonomiske konsekvenser af befolkningsaldringen f.eks. i forhold til fordelingen af personer på og udenfor arbejdsmarkedet berøres ikke. Det ville have været særligt nyttigt med en beskrivelse af, hvorledes de senere års reformer (først og fremmest tilbagetrækningsreformen fra 2011) i vidt omfang har løst problemerne. Det er derudover ærgerligt, at den del af demografien, der handler om udviklingen i befolkningens etniske sammensætning, ikke belyses – et tema, der ellers er yderst relevant.

Adskillige kapitler kredser om, hvordan kom-

munerne bør gribe opgaverne an. Iversen peger på, at indsatserne først betaler sig på langt sigt, om nogensinde, og nævner også, at det på flere af indsatsområderne er begrænset, hvad kommunerne reelt kan gøre. Erfaringerne efter strukturreformen rides også op, og der tegnes et billede af en ofte ufokuseret politik, præget af midlertidige indsatser, ustabile bevillinger og varierende politisk fokus. Der peges på, at forebyggelse først komme højere op på den politiske dagsorden, hvis der er formuleret konkrete mål, og ikke mindst hvis der er dokumentation for indsatsernes økonomiske gevinster.

Tredje del betragter de kommunale indsatsområder enkeltvist, bortset fra Jørgensens tværgående kapitel omtalt ovenfor og Jensens kapitel om forløbsprogrammer. Disse programmer tog Sundhedsstyrelsen initiativ til i 2005 og de er i dag fastlagt i sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner. Der er programmer for 5 kroniske sygdomme, der på evidensbaseret grundlag beskriver, hvordan indsatserne udføres, organiseres og implementeres. Der peges på de centrale udfordringer i forhold til ensartet dækning på tværs af kommuner, behovet for differentierede tilbud i forhold til patienter med forskellige ressourcer og ikke mindst særlige problematikker ved de hundredetusindvis af patienter, der har mere end een kronisk sygdom.

Den indledningsvis omtalte opgaveglidning berøres i flere kapitler, men mest indgående i Vinges bidrag, der tager os med en tur rundt i den kommunale hjemmepleje. Opgaveglidningen har været ganske markant og har afgørende betydning for kommunerne og for de kommunalt ansatte hjemmesygeplejersker. Komplekse og videnstunge opgaver, der før lå på sygehusene er nu flyttet ud i patienternes hjem i takt med kortere liggetider og andre former for effektivisering i sygehussektoren. I midten af det hele står hjemmesygeplejersken med et voksende ansvar og fungerer i praksis som den bagvagt, der rådgiver

og styrer en række andre professionelle ude i marken.

Kapitlet om genoptræning og kapitlet om socialpsykiatri har begge samspils- og koordineringsproblematikker som omdrejningspunkt. Genoptræningsområdet undergår i disse år store forandringer, særligt siden kommunerne har overtaget det fulde ansvar. Nielsen og Maribo beskriver udviklingen og belyser, hvordan opgaven befinder sig i et krydsfelt mellem et sundhedsfagligt evidensorienteret styringsrationale og et grundlæggende anderledes socialfagligt serviceorienteret rationale. Der er stadig masser af gråzoner, samspilsproblemer og uforklarlige kommunale forskelle ude i praksissektoren. Pedersens kapitel om socialpsykiatrien slår fast, at problematikkerne omkring psykiske lidelser, misbrug og social problemer er tæt indbyrdes forbundne og skal løses samlet. Mange borgere falder mellem stolene, og kommunerne mangler stadig kompetencer og specialviden.

Den kommunale tandpleje ligner ingen andre kommunale sundhedsområder og har også en anden historik og tydelig forankring i en professionskultur båret af systematik, dokumentation og evidensopbygning. De kommunale klinikker (eller de private, der har aftaler med kommunerne) tilser og behandler regelmæssigt alle børn og unge samt en del af de særligt udsatte borgere. I og for sig er det en enestående infrastruktur, særlig i forhold til børn. Potentialer for samspil med kommunens andre sundhedsindsatser behandles kun summarisk i Hedes kapitel, men det forekommer oplagt, at mulighederne er der. Tandlægerne kunne med fordel henvise videre, foretage generelle registreringer, have opsøgende opgaver og meget andet.

Gath beskriver i sit kapitel, at sundhedsplejerskerne (ligesom den kommunale tandpleje) lidt lever deres eget liv. Fokus er på børn og unge, særligt de mindste børn. Et relevant

spørgsmål i disse år er dels, hvorvidt sundhedsplejerskernes enestående adgang til og kontakt med alle børnefamilier i kommunerne udnyttes tilstrækkeligt i bredere forebyggelsesmæssig sammenhæng og koordineres optimalt med kommunens andre indsatser. Men det diskuteres i disse år også, hvorvidt det er spild af ressourcer at fordele indsatsen mere eller mindre jævnt på alle familier, eller om man bør målrette indsatserne til de familier, der har særlige behov. Kapitlet berører disse problemstillinger, men en mere grundig behandling af fremtidige perspektiver ville have været nyttig.

Fjerde del om organisering og styring er måske den bedst fungerende med kapitler, der skarpt sætter tingene på spidsen og kommer med nye vinkler. Kjellberg og Kjellberg argumenterer nådesløst effektivt for, at forebyggelsesindsatserne ofte ikke kan betale sig, og slet ikke i forhold til gevinster i form af undgået medfinansiering af behandlingsomkostningerne. Og de økonomiske incitamenter virker endvidere ofte ikke, fordi den øvrige styring foranlediger modsatrettede incitamenter. For at det ikke skal være helt nedslående, beskrives dog en række enkeltstående indsatser, der giver mening i forhold til omkostningseffektivitet. Man kunne også have strøet sukker på grøden ved at inddrage de gevinster, der ligger uden for sundhedssektoren i form af glade raske borgere, der kan være i job, betale skat og på andre måder bidrage positivt til vores fælles velfærd.

Også Vrangbæks kapitel har gode pointer og bidrager herudover – faktisk som det eneste – til at relatere de organisatoriske overvejelser til teoretiske argumenter. Sundhedsaftalerne tilbyder en god ramme for samarbejdet mellem kommuner og regioner og kommunerne er i fuld gang med at opbygge den primære indsats i form af sundhedshuse etc. En hovedpointe er, at enhver sektor styres af uformelle normer og værdier i lige så høj grad som den formelle styring, og på forebyggelsesområ-

det er styringen så overordnet, at der er rig mulighed for særdeles forskellig udfoldelse generelt.

Det bringer os til kapitlet om evidens, hvor Diderichsen og Christensen pædagogisk beskriver begrebet, principperne bag og dets udfoldelse i den kommunale verden. Og det er ikke optimalt derude. Indsatser og tilstand monitoreres ikke i tilstrækkeligt omfang, indsatserne er ikke velbeskrevne, de er ofte kontekstafhængige, de udfordres i implementeringsleddet osv. Anbefalingen er dybest set, at kommunerne bør bruge evidens, men ikke selv bør stå for opbygning af denne. Det ligger bedst centralt i nationalt og internationalt regi. I stedet skal kommunen (gerne i samarbejde med andre kommuner) fokusere på evaluering af lokale afgrænsede indsatser, herunder procesevaluering. Og evalueringer og effektmålinger bør ske i samarbejde med forskningsinstitutioner. Frem for at bruge penge på konsulenter, hvor den oparbejdede viden forbliver lokal, bør pengene bruges på at skabe generel viden, der kommer alle kommuner til gode.

Diderichsens og Christensens forslag er godt, men det er spørgsmålet, hvordan vi får det til at ske. Der synes at være en række barrierer, der ikke berøres i kapitlet. Faktisk har forskere gennem en del år netop tilbudt sig i sådanne sammenhænge, uden at der er kommet det store ud af det. Kommunen har en række politiske hensyn, der ofte kan både ændre og nedjustere de aftalte indsatser undervejs. Det kan også være svært at rejse finansiering til forskningsinstitutionernes evaluering. Kommunerne er selv utilbøjelige til dette, da forskningsbaseret viden er tilgængelig og til gavn for alle og er en form for offentligt gode – og så kan det være svært at se, hvorfor lige ens egen kommune skal betale for den. Konsulenternes viden opfattes i modsætning hertil som skræddersyet den lokale enhed og derfor mere værd netop der. Spørgsmålet er, om det er sandt. Konsulentfirmaerne laver

ofte forbløffende ens rapporter til forskellige enheder, og genbrug og gensalg er i høj grad fundamentet for en god (konsulent-)forretning.

Samarbejde med forskere er nok lykkedes bedst i regi af Center for Interventionsforskning, der med et par hundrede millioner i ryggen fra Trygfonden og Kræftens Bekæmpelse evaluerer en række indsatser og opbygger værdifuld evidens. Indsatsen fra de private fonde rummer store perspektiver, og satsninger af denne type kan fuldstændig ændre kvaliteten af fremtidens forebyggelse.

Bogen afsluttes med et kapitel, der sammenligner Danmark, Norge, Sverige, Finland og Skotland. Selvom der er mange forskellige modeller for styring, ejerforhold og professionernes roller og arbejdsdeling, er der en fuldstændig dominerende international tendens: behovet for effektivisering foranlediger at flere og flere opgaver flytter ud lokalt i det nære sundhedsvæsen, hvor opgaverne med fordel kan udføres i overensstemmelse med LEON princippet. Det er denne opgaveglidning, som Vinge kan observere direkte indenfor hjemmeplejen, og det er den tendens, der er underliggende omdrejningspunkt i mange af bogen kapitler.

Kapitlet svækkes ved, at gennemgangen af de mange store variationer i struktur, ejerforhold, styringssansvar, politisk ansvar og ressourcefordeling ikke ledsages af forklaringer på disse forskelligheder. Er der tale om sporafhængighed eller er der et rationalt for strukturen begrundet i særlige hensyn? Et andet helt afgørende aspekt, der ikke berøres, er betydningen af de organisatoriske forskelle. Hvilken model er bedst og på hvilke punkter? Ingen? I så fald kan vi helt lade være med at interessere os for det, for så har det jo ingen betydning. Det kræver muligvis et helt kapitel for sig at behandle dette, men det er i så fald et kapitel, der mangler. Det er svært at bruge viden om forskellig organisering af

sektorer til noget, hvis man ikke ved hvad konsekvenserne af den forskellige organisering er.

En af bogens målgrupper angives at være studerende indenfor sundhed, forvaltning, politik og økonomi, men det tilsigtede niveau er uklart, også mht uddannelsestype (professionshøjskoler versus universiteter). Udvalgte kapitler vil med fordel kunne bruges i undervisning på universiteterne, men bogen er ikke egnet til spille en hovedrolle som grundbog i pensum. Dertil er der for store dele, der er for praksisnært, summarisk og beskrivende og ikke har den rette teoretiske, analytiske og fortolkende tilgang. Og de steder hvor vi kommer tættest på dette, vil der i forvejen være en række andre tilsvarende tekster (ofte af samme forfattere), der lige så godt eller bedre kan danne grundlag for undervisning.

Tilsammen peger bogens kapitler på en dominerende udfordring, nemlig koordinering. Men forventningen om, at nye aftaler og programmer kan løse koordineringsudfordringen er måske urealistisk. Hvert nyt koordineringsinitiativ bygger ovenpå den allerede eksisterende mangeartede og omfattende styring – og kræver nye ressourcer. Alle skal koordinere med alle, både på tværs af lokale enheder i kommunen, på tværs af den primære og sekundære sektor, på tværs af det sundhedsfaglige og sociale område og endelig op og ned langs styringskæden. Mission impossible? Og hvor mange enheder skal ansvaret egentlig fordeles på? Hvis alle har ansvaret, er der ingen, der har det.

Man kunne også starte et andet sted: Behovet for koordinering opstår grundlæggende, fordi opgave- og rollefordelingen er historisk betinget og engang var den rigtige organisering i en helt anden virkelighed. Men opgavernes omfang og karakter har ændret sig så meget, at der ikke er grund til at forvente, at lappeløsninger på det eksisterende er specielt optimalt. Og det er ikke givet, at strukturen i forhold til politisk ansvarlige og organisatoriske enheder giver lige så meget mening, som den gjorde engang.

Skal vi tænke indsatserne sammen i tætte organisatoriske eller ligefrem fysiske enheder, hvor de sociale og sundhedsprofessionelle grupper arbejder sammen om en gruppe borgere? I disse teams eller centre kunne der være socialrådgivere, læger, genoptræning, sundhedsplejersker, hjemmepleje, tandlæge, samt socialpsykiatriske indsatser. Hvert center behandler samlet en gruppe borgere og gives bedst mulige rammer for samarbejde. Skal vi sætte borgerne helt i centrum, kunne udgangspunktet være centre målrettet særlige grupper, f.eks. børn og unge, svage ældre, særligt udsatte borgere etc.

Under alle omstændigheder må næste skridt være at frigøre sig fra den eksisterende organisering, der er konstrueret i en tid med andre opgaver, logikker og forståelsesrammer. Nye arkæologiske lag af styring og koordinering gør det hverken mere effektivt eller smidigt. I takt med at området vinder øget synlighed og kommer højere på politikernes dagsorden, vil man måske begynde at bygge en ny organisering op med borgerne- og ikke den offentlige sektor selv – i centrum.