

Koordination i sundhedssektoren – muligheder og udfordringer ved en ansvarligholdelse af aktørerne

Inden for sundhedsområdet er det nødvendigt med en høj grad af koordination mellem kommuner, regioner og almen praksis, f.eks. i ældre medicinske patienters behandlingsforløb. I artiklen analyseres, hvordan en ansvarligholdelse af aktørerne kan fremme en koordination på området.



KARSTEN VRANGBÆK
Forskningsprogramleder,
AKF - Anvendt KommunalForskning



ULF HJELMÆR
Forskningsprogramleder,
AKF - Anvendt KommunalForskning

Introduktion

I denne artikel anlægges et nyt perspektiv på koordination i sundhedssektoren, hvor der tages udgangspunkt i den internationale debat om »accountability« eller »ansvarligholdelse«. Med dette perspektiv sættes fokus på ansvarlighedsrelationer mellem forskellige offentlige aktører, og vi hævder, at dette perspektiv er særligt relevant, når man ser på tværgående offentlige organiseringsformer på komplekse områder såsom sundhedsområdet. Det grundlæggende spørgsmål for artiklen bliver dermed: hvordan er ansvarlighedsrelationer organiseret, og hvordan kan de justeres for at fremme koordinering af sundhedsydelser, som leveres af aktører fra forskellige sektorer og organisationer? Vi ønsker at undersøge, om nye ansvarlighedsstrukturer er opstået på sundhedsområdet, og hvilke muligheder der generelt er for at holde ydelsesleverandører ansvarlige i en situation, hvor ydelsen leveres i samspil på tværs af organisationer og myndighedsniveauer. Vi vil bruge koordination omkring ældre medicinske patienter som gennemgående eksempel.

Artiklen omhandler ansvarligholdelse og koordination på sundhedsområdet, men vi mener, at denne diskussion har relevans for alle dele af den offentlige sektor, hvor der leveres ydelser i samspil mellem forskellige organisatoriske niveauer.

Ansvarligholdelse og koordination

Den hollandske forsker Mark Bovens diskuterer i en artikel fra 2007 forskellige dimensioner af ansvarligholdelse eller »accountability« (Bovens 2007). Definitionen præciserer, at der med ansvarligholdelse menes en relation mellem en aktør og et forum (eller en anden aktør), hvor aktøren har en forpligtelse til at forklare og retfærdiggøre sine handlinger, og hvor forum

kan stille spørgsmål og lave vurderinger, som kan indebære konsekvenser for aktøren.

En række forskellige dimensioner kan udledes af definitionen. For det første kan der skelnes mellem politisk, juridisk, administrativ, professionel og social ansvarlighed afhængigt af hvilket forum, der er tale om. Ved politisk ansvarlighed er der tale om et politisk forum, juridisk ansvarlighed er knyttet til domstolssystemet, administrativ ansvarlighed er knyttet til den administrative styringskæde i forvaltningen, og professionel ansvarlighed er knyttet til professionelle fora som eksempelvis klageinstitutioner i sundhedsvæsenet. Med sociale ansvarlighedsmekanismer menes i denne sammenhæng formelle strukturer, hvor brugergrupper, interesseorganisationer eller lignende løbende gennemfører vurderinger fx i form af tilfreds-undersøgelser.

Den næste dimension omhandler, hvem der holdes ansvarlig. Der kan skelnes mellem situationer, hvor den ansvarlige aktør er en organisation, og situationer, hvor det er enkeltindivider, som holdes ansvarlige. Der kan endvidere skelnes mellem en hierarkisk ansvarlighedsstruktur, hvor en ledelse repræsenterer organisationen, og en kollektiv ansvarligholdelse, hvor hver enkelt aktør i en organisation kan holdes ansvarlig for helheden.

En tredje dimension omhandler, hvad der er den saglige kerne i ansvarligholdelsen. Der kan her skelnes mellem et økonomisk indhold, et procedurmæssigt indhold og et fagligt produktindhold (output/outcome).

Den sidste dimension i Bovens analyseramme, som vil blive

fremhævet her, skelner mellem vertikal ansvarlighed, hvor »forum« har formel magt over den ansvarligheds- og horisontal ansvarlighed, hvor magten er mere uformel, normativt eller moralsk baseret. Det gælder eksempelvis en offentlig myndigheds informationsudveksling til offentligheden (ud over forvaltningsretten), og ansvarlighed i relationer mellem ligestillede organisationer, eksempelvis i netværkskonstruktioner. En tredje form benævnes »diagonal« ansvarlighed og refererer til ombudsmandsinstitutioner, finansinsyn og lignende, som ikke har direkte hierarkiske kontrolmekanismer, men kan aktivere et formelt magtapparat i form af ministerium eller retsinstanter.

Denne forståelse giver et andet og mere nuanceret syn på ansvarlighedsrelationer end i den klassiske forståelse på området. I tankegangen om den parlamentariske styringskæde ligger således indbygget en forholdsvis simpel forestilling om ansvarlighedssammenhænge mellem de forskellige nøgleaktører (Olsen 1978, Jørgensen 1992). Borgerne/vælgerne holder politikere ansvarlige for deres beslutninger og kan på valgdagen afsætte politikere, som ikke har levet tilstrækkeligt op til deres ansvar. Politikere styrer embedsapparatet, og der er både formelle og uformelle regler for de krav, som politikere kan stille, og den information som embedsapparatet skal stille til rådighed. Embedsapparatet opfattes traditionelt som værende baseret på formelle lovregler og med relativt entydige ansvarlighedsrelationer mellem ledelse og underliggende niveauer (Weber 1971). Forestillingen om detaljeret styring via formelle regler er dog justeret væsentligt i de seneste tiår, men den hierarkiske struktur for ansvarlighed er fastholdt i den forstand, at ledelsesniveauet fortsat er den primære indgang for politikere og omverden, der ønsker at holde den offentlige organisation ansvarlig.

Ansvarlighedsrelationer i den parlamentariske styringskæde er altså ret entydige. I forhold til en praktisk virkelighed er de dog mere og mere ude af trit. Forvaltningsforskningen har siden 1980'erne påpeget, hvordan nye styringsformer inden for den offentlige sektor, og mere komplekse samspil med private aktører har skabt et nyt og meget mere diffust netværk af

samspils- og styringsrelationer. Betegnelser som »New Public Management«, fra »government« til »governance« og »netværksstyring« indfanger forskellige aspekter af denne udvikling (Hjelmar 1998, Pollitt & Bouckaert 2000, Vrangbæk & Jørgensen 2004, Greve 2009, Sørensen et al. 2011). I sådanne komplekse vertikale og horisontale samspilsstrukturer er det vanskeligere at etablere entydige ansvarlighedsrelationer. Ikke desto mindre lever principperne om formel ansvarlighed og tankegangen om hierarkisk politisk styring videre. Det er dette spændingsfelt mellem forestillingen om formelle (hierarkiske) ansvarlighedsformer og en praktisk virkelighed med mere komplekse og ikke-hierarkiske relationer for levering af offentlige serviceydelser, som er genstandsfeltet for artiklen.

Et centralt spørgsmål er herefter, hvornår man så skal bruge de forskellige former for accountability mekanismer. Dette kan næppe besvares entydigt og universelt men vil variere fra situation til situation (Pollitt 2003). Centralt for denne situationsbestemte vurdering er en afvejning af, hvad man vinder ved at styrke forskellige former for ansvarlighed (mere retfærdighed, større effektivitet mv.), og hvad man kan tabe ved ikke at gøre det. Hvis man ikke fokuserer på ansvarlighed, kan det føre til et brud på regler og principper, og sådanne brud kan have en række konsekvenser. Konsekvenserne kan være umiddelbare (fejlagtig nægtelse af turistvisum, fly der styrter, fordi sikkerhedsprocedurer ikke overholdes), eller de kan være mere afledte i form af underminering af tillid til offentlige systemer og ændring af værdier og adfærd. Følgende tabel illustrerer tankegangen:

Felterne I og IV er de mest entydige. Hvis der både er høj sandsynlighed for brud og store konsekvenser herved giver det mening at ofre ressourcer på at etablere entydige ansvarligheds-systemer (I: Skattekontrolsystemer). Omvendt, hvis sandsynligheden for brud er ringe, og konsekvenserne er små, bør der næppe anvendes mange ressourcer på at etablere formelle ansvarligheds-systemer (IV: Kvaliteten af rengøring). De to øvrige felter er mere problematiske og giver dermed anledning til diskussion af ansvarligheds-niveauer. Hvis sandsynligheden for brud er høj, mens konsekvenserne er lave (felt II), bør

Tabel 1: Manglende fokus på ansvarlighed – sandsynlighed for regelbrud og konsekvenser

		Konsekvenser ved brud på formelle eller uformelle regler	
		STORE	SMÅ
Sandsynlighed for brud på formelle/uformelle regler	HØJ	I Eks: Skatteindbetaling – finansiering af sundhedsudgifter	II Eks: Brud på procedureregler for ikke-kritiske serviceaktiviteter – orientering om ret til frit valg
	LAV	III Eks: Brud på procedureregler ved kritiske behandlingsaktiviteter – kirurgiske indgreb	IV Eks: Rutinemæssige aktiviteter – periodevis rengøring af patientstuer

der ud fra effektivitetsbetragtninger ikke etableres vidtgående og formelle »accountability«-mekanismer. Vi kører næsten alle fra tid til anden en smule hurtigere end hastighedsbegrænsningerne, og som regel har det ikke negative konsekvenser. Tilsvarende er der med det stigende antal procedureregler for service en sandsynlighed for at nogle overtrædes, men uden at det har store konsekvenser for den enkelte patient. I felt III er sandsynligheden for brud lave, mens de potentielle konsekvenser er høje, og der er derfor gode grunde til at fokusere på entydige ansvarlighedsrelationer. Det kan være ved kirurgiske indgreb, hvor man i hvert fald tidligere gik ud fra, at uddannelse og professionelle normer førte til, at man gjorde sit ypperste, så uheld var relativt sjældne om end naturligvis med potentielt katastrofale konsekvenser for den uheldige patient.

I sidste ende må valget af ansvarlighedsformer og intensiteten heraf afhænge af de grundlæggende værdier. Hvis man fokuserer stærkt på retfærdighed, kan regelbrud være helt uacceptable, da det skaber ulige forhold for de involverede, også selvom konsekvenserne kan være begrænsede. Hvis man fokuserer på effektivitet (bedst mulig målopfyldelse i forhold til de anvendte ressourcer) kan der måske anlægges en mere pragmatisk vinkel, som giver en større grad af autonomi til at afsøge forskellige muligheder for at sikre en passende ansvarlighedsrelation.

Med udgangspunkt i denne præsentation af teoretiske begreber om »accountability« kan vi vende tilbage til spørgsmålet om ansvarlighed i forhold til koordination af behandlingsforløb, der sker i samspil mellem flere aktører. Vi mener som nævnt, at dette er et underbelyst men vigtigt tema for at forstå, hvordan man bedst opnår en koordineret ydelseslevering i den offentlige sektor.

Koordination og ansvarlighedsmekanismer ved håndtering af ældre medicinske patienter

Mange ældre medicinske patienter er kendetegnet ved langvarige behandlingskrævende lidelser, som indebærer jævnlig kontakt til både det regionale sygehusvæsen, praktiserende læger og kommunale social- og sundhedstilbud. Ældre medicinske patienter lider typisk af flere samtidige behandlingskrævende tilstande, og mange har brug for vedvarende pleje og social omsorg. Ældre medicinske patienter udgør derfor en særlig stor udfordring for evnen til at koordinere interventioner på tværs af de forskellige aktørniveauer. Konsekvenserne af en manglende koordinering kan spænde fra lavere livskvalitet til helbredstruende problemer, fx ved overmedicinering som følge af dårlig kommunikation om udskrivning af flere samtidige typer medicin (polyfarmaci). Der er med andre ord god grund til at se på, hvordan man kan fremme koordinationen af indsatsen for denne gruppe borgere og samtidig sikre passende ansvarlighedsmekanismer i forhold til aktørerne på området.

De professionelle behandlingsaktører er underlagt de generelle tilsynsbestemmelser i Sundhedsloven. Sundhedsstyrelsen har i medfør heraf pligt til at føre tilsyn med det arbejde, som sundhedsfaglige personer udfører. Sundhedsloven sætter rammerne

på området og angiver, at der skal føres tilsyn med den enkelte sundhedsperson og med organisationer. Formålet med at føre tilsyn er at sikre en høj grad af patientsikkerhed. Som et led i Sundhedsstyrelsens tilsyn med sundhedspersoner kan styrelsen eksempelvis sætte en person i skærpet tilsyn, udstede påbud til vedkommende eller indstille til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, at der indledes en sag ved domstolene om hel eller delvis indskrænkning af en persons faglige autorisation. Der er herved tale om, at Sundhedsstyrelsen følger op på sager, hvor der allerede er konstateret kritik fra Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, tandlægenævne eller domstolene. Vurderingskriterierne er sundhedsfaglige og vedrører sjældent spørgsmål om samspil mellem forskellige behandlingsaktører. Det er således primært, hvis der kan rejses kritik af ordinationspraksis eller specifikke behandlingstilgange, at der skrives ind fra Sundhedsstyrelsens side.

Den danske kvalitetsmodel og de nationale kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser udgør andre vigtige elementer i den nationale ansvarlighedsstruktur. Den danske kvalitetsmodel (DDKM) udgør et nationalt initiativ for at vurdere og udvikle procedurer i forhold til patientforløb. Fokus har i første omgang været på akkreditering af sygehusorganisationer, men der er også udviklet standarder for andre dele af behandlingssystemet. Patientforløbsstansningen er inddraget i udarbejdelsen af standarder, og indgår som et element i akkrediteringsprocessen, selvom processen stadig klart har hovedvægt på organisationsinterne processer. I forhold til Boven's begreber kan man karakterisere DDKM som en diagonal og professionelt baseret ansvarligheds mekanisme, hvor sanktionsmulighederne inden for systemet primært er offentliggørelse af resultater, mens det så efterfølgende er op til de hierarkiske styringskæder i regioner og kommuner at reagere på resultaterne.

Der er også udarbejdet nationale kliniske retningslinjer for en række behandlingskrævende lidelser. Opfølgning herpå sker i forskellige regier. Hvis der er tale om brud på retningslinjer, som kan medføre patientsikkerhedsmæssig risiko, kan det behandles via Sundhedsstyrelsens tilsynsforpligtelse.

Internt i regioner og kommuner spiller hierarkiske styringsrelationer en central rolle for ansvarlighed. I regionerne er sygehuse og andre regionalt ejede institutioner underlagt administrativ styring og kontrol fra det politisk-forvaltningsmæssige niveau. Ansvarlighedsloven har udviklet sig over tid fra primært at fokusere på økonomiske dimensioner og output til også at omfatte proces og outcome (kvalitet). Rammen for ansvarlighed er i mange tilfælde interne kontrakter mellem sygehusledelser og regionsråd.

Praktiserende læger og speciallæger er formelt uden for en formel parlamentarisk styringskæde, men er dog knyttet til regionerne i forhold til betaling og overordnet planlægning. Det er tanken, at DDKM også skal udbredes til den private praksis, men trods mange gode intentioner og projekter er det indtil videre ikke lykkedes at udvikle et så bredt dækkende mo-

nitoreringsredskab. Vægten bliver dermed i den private praksis i højere grad på de fagprofessionelle normer kombineret med en vis regional monitorering af aktivitetssammensætning, især blandt alment praktiserende læger. Dette uformelle ansvarligholdelsessystem udgør et potentielt problem for behandlingskvaliteten i praksissektoren. Nogle af de uheldige sager med især praktiserende speciallæger vidner om dette.

På samme vis som regionerne er også landets kommuner opbygget med en intern hierarkisk struktur, hvor kommunens medarbejdere og institutioner er underlagt politisk-administrativ styring. I mange kommuner bruges en intern kontraktstruktur, hvor institutioner ansvarligholdes for økonomi og diverse andre performancedimensioner afhængigt af aktivitetsområde. Borgernes tilbagemeldinger i form af tilfredshedsundersøgelser benyttes hyppigt som redskab til at facilitere en ansvarligholdelse af ledelsen. Det er dog et problematisk redskab på grund af den generelle tendens blandt brugere og pårørende til at svare (for) positivt i forhold til, hvordan ydelsen har været set ud fra andre mere faglige parametre.

På trods af disse generelle ansvarligholdelsesmekanismer har der dog i Danmark været flere eksempler på svigt i omsorgen for ældre. Det gælder både hjemmeplejen og den institutionaliserede pleje. Dette har ført til national bevågenhed og krav til kommunerne om bedre kontrol og mere entydige ansvarligholdelsesmekanismer.

Hvor der således på nationalt, regionalt og kommunalt niveau er en forholdsvis udbygget formel og uformel ansvarligholdelsesstruktur, er den ikke tilsvarende veludbygget for relationerne på tværs af myndighedsniveauer. Det betyder, at der mangler håndfaste mekanismer til at kontrollere og sanktionere samspillet mellem behandlere på forskellige niveauer. Det er problematisk, da mange patientforløb netop går på tværs af praksissektor, sygehuse og kommuner.

Sundhedsaftaler

De lovpligtige sundhedsaftaler mellem regioner og kommuner kan dog fremhæves som et vigtigt redskab til at sikre passende ansvarligholdelsesmekanismer i tværgående patientforløb (Vrangbæk 2011). Siden 2007 har kommuner og regioner været forpligtet til at indgå sundhedsaftaler i hver valgperiode. Aftalerne specificerer arbejdsdeling og ansvarsområder i forhold til seks forudbestemte temaområder: Indlæggelses- og udskrivningsforløb, (genop)træningsområdet, behandlingsredskaber og hjælpemidler, forebyggelse og sundhedsfremme, indsatsen for mennesker med sindslidelser og opfølgning på utilsigtede hændelser. Der er særlige retningslinjer for, hvad aftalen skal beskrive inden for hvert enkelt område. De obligatoriske krav inden for det enkelte indsatsområde er fastlagt inden for en række tværgående temaer: arbejdsdeling og samarbejde, koordination og kommunikation, kapacitetsstyring samt opfølgning på aftalen (jf. VEJ nr. 9698 af 21/08/2009, hvor disse krav uddybes).

Til at sætte den overordnede ramme for indgåelse af de

obligatoriske sundhedsaftaler nedsættes et sundhedskordinationsudvalg i hver region. Sundhedskordinationsudvalget – med medlemmer fra regionen, kommunerne i regionen og praksissektoren i regionen – har det overordnede ansvar for samarbejdet mellem sygehuse, praksissektor og kommunerne. Udvalget skal derfor udarbejde en generel sundhedsaftale for udvalgets egen region og kommuner. En generel aftale, som danner rammen om det samarbejde på sundhedsområdet, der skal etableres mellem regionen og de enkelte kommuner. Det er yderligere udvalgets ansvar, at aftalerne løbende følges, og at øvrige emner af relevans for samspillet mellem parterne drøftes.

Sundhedskordinationsudvalget er således det formelle politiske styringsorgan for samarbejdet om sundhedsaftalerne. Alle regionerne har oprettet en administrativ styregruppe (Administrativt kontaktforum) i tilknytning til deres sundhedskordinationsudvalg. Den administrative styregruppe har lidt forskellig udformning i de fem regioner, men typisk har styregruppen repræsentanter fra ledelsesniveau i regioner og kommuner. Den administrative styregruppe udarbejder forslag og indstillinger til det politiske koordinationsudvalg.

Ud over disse centrale, politiske og administrative udvalg er der typisk nedsat en række faglige og tværgående administrative arbejdsgrupper, som retter sig mod specifikke temaer. Arbejdsgrupperne har typisk til opgave at facilitere og overvåge implementeringen af sundhedsaftalerne.

Den egentlige implementering foregår via faste samarbejdsfora (klynger, kontaktudvalg), som typisk omfatter et sygehus og en række kommuner inden for sygehusets naturlige optageområde. Det er her, at de løbende udfordringer i samarbejdet håndteres. Mere principielle spørgsmål kan sendes opad til den administrative styregruppe og det politiske koordinationsudvalg.

Der er således en overordnet struktur til at sikre en ansvarligholdelse af aktørerne og koordinere indsatsen for ældre medicinske patienter. Konstruktionen lider imidlertid under det forhold, at sundhedskordinationsudvalget og de øvrige udvalg ikke har reelle beføjelser til at sanktionere de forskellige aktører i forhold til samarbejdet. Hvis sagen stilles på spidsen, er det inden for de separate styringsstrukturer i regioner, kommuner og fagligt regi, at den formelle ansvarligholdelse finder sted. På det uformelle, normative plan spiller de forskellige fora imidlertid en vigtig rolle for dialog og udvikling af de komplekse samarbejdsrelationer. Den formelle og hierarkiske ansvarlighedsstruktur på området er dog stærk, så de mere uformelle og tværgående ansvarlighedsrelationer, som sundhedsaftalerne skal regulere, har svære vilkår (Vrangbæk 2011).

Opfølgende hjemmebesøg

Et andet illustrativt eksempel på koordinationsproblematikker og problemer med ansvarligholdelse i forbindelse med komplekse behandlingsforløb for ældre er opfølgende hjemmebesøg. Opfølgende hjemmebesøg er en mulighed for at styrke

behandlingsindsatsen i kommunerne og i den private praksis efter udskrivelse af ældre og skrøbelige patienter fra hospitalet. Undersøgelser har vist, at denne indsats giver gode resultater i form af en lavere genindlæggelsesprocent, en forbedret medicinhåndtering og en højere funktionalitet blandt ældre (Sundhedsstyrelsen 2007). Problemet er imidlertid, at organiseringen af opfølgende hjemmebesøg har vist sig vanskelig, og det blokerer for de potentielle sundhedsgevinster på området (Hjelmar 2010).

Hovedproblemet i forhold til organiseringen og implementeringen af opfølgende hjemmebesøg er, at samspillet mellem de tre forskellige parter ikke fungerer optimalt. Det er primært hjemmesygeplejen, som har ansvaret for gennemførelsen af de opfølgende hjemmebesøg, og de to andre parter føler i mindre grad et ansvar for hjemmebesøgene (Hjelmar 2010; Hjelmar et al. 2011). Den praktiserende læge får ofte ikke den nødvendige information fra sygehuset i forbindelse med udskrivelsen, så forberedelsen af hjemmebesøgene besværliggøres. Samtidig føler den praktiserende læge ofte ikke et ejerskab til de opfølgende hjemmebesøg og giver derfor heller ikke hjemmebesøgene den nødvendige prioritet. Ser man på sygehusets rolle i de opfølgende hjemmebesøg, så gælder det tilsvarende, at sygehuset ikke føler et ejerskab og stor grad af medansvar for hjemmebesøgene. Efter udskrivelsen fra sygehuset mister sygehuset kontakten til den ældre – hjemmesygeplejen tager over, og man hører typisk ikke mere fra patienten før en eventuel genindlæggelse.

Der er altså tydeligvis nogle problemer med at holde alle aktører ansvarlige for de opfølgende hjemmebesøg. Man har for praktiserende lægers vedkommende søgt at regulere området ved hjælp af overenskomstmæssige sær aftaler om honorering (§2-aftaler), men aftalerne dækker kun det økonomiske aspekt af hjemmebesøgene, og det er ikke tilstrækkeligt til at sikre en ansvarlighed af de praktiserende læger på området. Samtidig er konsekvenserne af ikke at deltage i de opfølgende hjemmebesøg umiddelbart små, da behandlingsindsatsen fortsætter, selvom der ikke aflægges et opfølgende hjemmebesøg. Den afledte konsekvens af de praktiserende lægers manglende deltagelse i fælles og tværgående indsatser såsom opfølgende hjemmebesøg er, at samarbejdsrelationerne mellem de centrale aktører på sundhedsområdet forværres, og dermed bliver det sværere at tilbyde ældre og skrøbelige patienter et sammenhængende patientforløb med inddragelse af de mest relevante sundhedsaktører i behandlingsforløbet (Jespersen et al. 2009). Set i dette perspektiv er opfølgende hjemmebesøg et illustrativt eksempel på et område, som burde tillægges en højere prioritet, idet sandsynligheden for brud på uformelle regler på området er stor (manglende deltagelse fra praktiserende lægers side), og konsekvenserne potentielt er store (et dårligere behandlingsforløb for ældre), jf. tabel 1.

En måde at tillægge opfølgende hjemmebesøg – og samarbejdet på tværs af organisationsgrænser – en højere prioritet er at gøre samarbejdsrelationer mere entydige og faste, herunder at de enkelte aktører i højere grad får defineret et bestemt ansvar

for deres del af opgaveudførelsen. Sundhedsloven (Sundhedsaftalerne) er et eksempel på et lovgivningsmæssigt tiltag, som kunne indeholde en beskrivelse af, hvordan parterne via opfølgende hjemmebesøg skal forebygge u hensigtsmæssige genindlæggelser af skrøbelige ældre patienter. Dette ville skabe en mere entydig ansvarlighedsstruktur på området. Problemet med en sådan regulering af området er, at motivationen blandt praktiserende læger til at gennemføre opfølgende hjemmebesøg fortsat ville være lav, medmindre man samtidig tog fat på nogle af de grundlæggende faktorer, som skaber motivationen blandt sundhedsaktørerne til at deltage i hjemmebesøgene. Særlig væsentligt er det at se på den saglige kerne i samarbejdet (jf. Bovens), som skal vurderes som meget relevant af alle parter, og det er ikke altid tilfældet for de praktiserende lægers vedkommende. Vilje til samarbejde drejer sig om, at aktørerne på området klart skal kunne se, hvilke fælles værdier man arbejder ud fra, og hvilke læringsmuligheder der er på området, og det er typisk ikke blevet kommunikeret klart nok ud. Hermed peges altså på vigtigheden af de uformelle og normativt baserede ansvarligheds mekanismer i koordinationsprocessen (Bovens 2007). Medmindre man samtidig tog fat på disse områder og motivationen til at deltage i hjemmebesøgene, ville en lovgivningsmæssig regulering af området formentlig kun have en begrænset effekt (Wagner & Olsen 1999).

Konklusion

I artiklen er ansvarlighedsrelationer blevet analyseret med udgangspunkt i samspillet om ældre medicinske patienters behandlingsforløb. Det overordnede billede der tegner sig, er en kompleks struktur, hvor der i hver af de to forvaltningsmæssige søjler (kommuner og regioner) er formelle og forholdsvis stærke vertikale ansvarligheds mekanismer internt i søjlerne, mens der samtidig er mere uformelle og svage horisontale ansvarligheds mekanismer på tværs af søjlerne. Praktiserende læger står uden for den formelle og forholdsvis stærke hierarkiske ansvarligheds kæde i hver af de to søjler, men de er underlagt ansvarlighedsrelationer i forhold til deres faglige opgaver og en vis administrativ ansvarlighed i forhold til økonomiske relationer med regionerne. Via sundhedsaftalerne har man søgt at skabe passende ansvarligheds mekanismer på tværs af organisatoriske skel, men på grund af bl.a. manglende sanktionsmuligheder har effekten været begrænset. Casen med opfølgende hjemmebesøg illustrerede, at ansvarlighedsrelationerne på dette område ikke har været tilstrækkelige til at sikre en god koordination af behandlingsindsatsen, primært på grund af de praktiserende lægers manglende medvirken i samarbejdet om ældre medicinske patienter.

Analysen af ansvarlighedsrelationer som virker fremmede for koordinering af sundhedsydelse i forhold til ældre medicinske patienter peger også på, at klarhed omkring den saglige kerne i samarbejdet er væsentlig. Der er på området – i lighed med mange andre dele af sundhedssektoren – en ambition om at skabe en høj grad af klarhed omkring effekten af samarbejdet, og herunder hvem der er ansvarlige for hvad for at opnå de ønskede resultater. Problemet er imidlertid, at man i praksis har svært ved at opnå denne klarhed omkring effekt og rolle-

fordeling, fordi det rent metodisk og datamæssigt er vanskeligt at tilvejebringe, og det går ud over de enkelte aktørers følelse af ansvarlighed over for samarbejdet.

Samlet set peger analysen på, at der er en vis uklarhed om, hvem der kan holdes ansvarlig for ældre medicinske patienters behandlingsforløb. De hierarkiske styringsrelationer virker ikke på tværs af myndighedsniveauer, og praktiserende læger er som beskrevet delvist uden for en formel styringskæde. På bag-

grund af vores gennemgang af de to cases på området tegner der sig et billede af, at der ikke er opbygget ansvarligholdelsesstrukturer, som tager højde for denne problematik. Dette er – i begge de gennemgåede cases – et problem, som har en direkte betydning for behandlingen af ældre medicinske patienter, og er derfor også et problem, som bør tillægges vægt i fremtidige forsøg på at skabe behandlingsløsninger på området.

REFERENCER

- Bovens, M. (2007): *Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework*. *European Law Journal*, 13(4):447–468.
- Greve, C. (2009): *Offentlig ledelse*. København: DJØF.
- Hjelmar, U. (1998): *En politisk analytik – med udgangspunkt i Foucault's arbejde*. I: A., Berg-Sørensen, (red.): *Staten det er – Stat og politik – historisk, politologisk og sociologisk*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Hjelmar, U. (2010): *Kvalitativ evaluering af organiseringen af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune*. København: AKF.
- Hjelmar, U., C. Hendriksen & K. Hansen (2011): *Motivation to take part in integrated care – An assessment of follow-up home visits to elderly persons*. *International Journal of Integrated Care* (under udgivelse).
- Jespersen, P.K., V. Byg, J. Seemann (2009): *Evaluering af »Organisering og Samspilsrelationer«* Aalborg Kommunes projekt om Kræftrehabilitering. Aalborg: Aalborg Universitet, 2009.
- Jørgensen, T.B. (red.) (1992): *Livet i offentlige organisationer – institutionsdrift i spændingsfeltet mellem stat, profession og marked*. København: DJØF.
- Olsen, J.P. (1978): *Politisk organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pollitt, C. (2003): *The Essential Public Manager*. Buckingham and Philadelphia, PA: Open University Press/McGraw Hill.
- Pollitt, C. & G. Bouckaert (2000): *Public management reform*. Oxford: Oxford University Press.
- Sundhedsstyrelsen (2007): *Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus – en medicinsk teknologivurdering*. København.
- Sørensen, E., K. Schested & A. Reff (2011): *Offentlig styring som pluricentrisk koordination*. København: DJØF.
- Vrangbæk, K. (2011): *Regioner og kommuners samarbejde om ældre, medicinske patienter*. København, FOKUS.
- Vrangbæk, K. & T.B. Jørgensen (2004): *Det offentlige styringsunivers: Fra government til governance?*, Magtudredningen, Aarhus Universitetsforlag, Århus.
- Wagner, L. & L. Olsen (1999): *Inerti i den kliniske hverdag – et aktionsforskningsprojekt om forebyggelse i udskrivelsen af ældre*. København: Universitetshospitalernes Center for Sygepleje og omsorgsforskning.
- Weber, M. (1971): *Makt og byråkrati. Essays om politik og klasse, samfunnsforskning og værdier*. Oslo: Norsk Gyldendal.