

Sammen om bedre Velfærd
29. Maj 2018

Magt og udfordringer i det tværgående samarbejde

Sine Lehn-Christiansen
Ph.d., Lektor,
Roskilde Universitet og Rigshospitalet



Dagens oplæg

- Hvad er tværsamarbejdet for en størrelse og hvordan hænger det sammen med borgerinddragelse?
- Hvad har magt og tværsamarbejdet med hinanden at gøre?
- Borgeren/patienten i centrum – hvordan arbejdes der med det?
- **PAUSE – 15 minutter**
- Det udfordrende tværsamarbejde
- Dilemmaer og deres håndtering

Argumenter for mere tværprofessionelt samarbejde

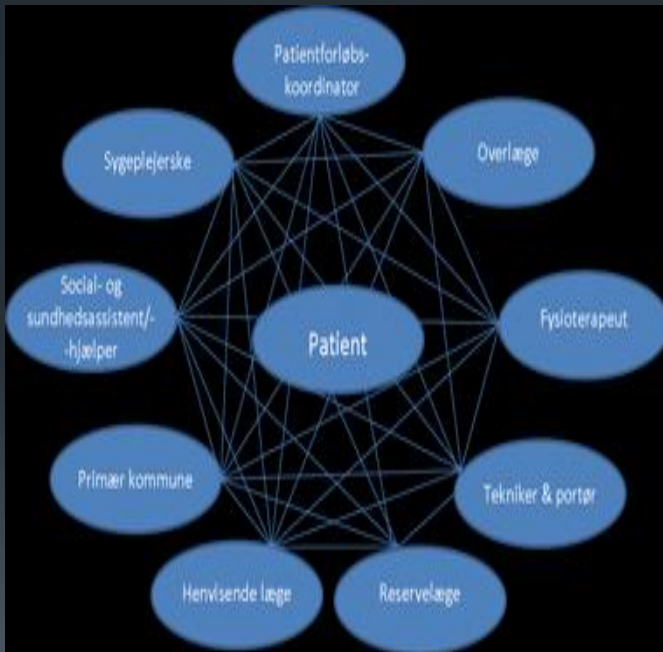
*Regeringens mål er, at alle borgere møder et sundhedsvæsen, der hænger sammen, og hvor sundhedspersonale på tværs af sektorer og faggrupper **arbejder sammen om og sammen med** borgeren (Regeringen, 2013:9).*

Visionen er at uddanne ledere og medarbejdere til at skabe sammenhæng mellem sektorer og arbejde mere tværfagligt til gavn for borgeren (Sammen om bedre velfærd, hjemmeside)

1. Problemløsning-argumentet
2. Patient/borger-argumentet
3. System-argumentet
4. Professionaliserings-argumentet

Tværsamarbejdet indebærer

Ønsket om en ny praksis med patient/borger i centrum



Forestillingen om ligeværdige, kompatible professionelle kompetencer



Idealiseringen af tværsamarbejdet: en win-win-win-situation



Et bedre samarbejde mellem faggrupperne – på tværs af diagnoser og faggrupper – kan sætte fokus på patientens komplekse behov og dermed på sygehusenes kerneopgave (...) Gennem interprofessionel læring og samarbejde – kan sygehusene forbedre kvaliteten for patienterne, effektivisere ydelserne og skabe trivsel for medarbejderne (Albertsen, Jeppesen, & Hvenegaard 2012, 84).


Magt som vilkår for samarbejdet

MIKRO	Forhandlet magt	Daglige interaktioner mellem professionelle, Delegering af opgaver og ansvar
MESO	Styringsmagt	Clinical Pathways Semester og kursusbeskrivelser Måltal og diverse forandrings/udviklingsprojekter Fordeling af organisationens ressourcer (humane, materielle og økonomiske) Samarbejdssystemer (IT)
MAKRO	Strukturel magt	Autorisationer, ordinationsret. Nationale kliniske retningslinjer Monofagligt uddannelsessystem, uddannelsesbekendtgørelser Sundheds og serviceloven Sundhedsaftalerne Lov om persondata




Sundhedsvæsenet anno 2017: En hyperkompleks kontekst

- Professionelle og sundhedspolitiske ønsker om at skabe sammenhæng og sundhed for patienter og borgere
- ”Patienten i centrum”
- Stadigt højere grad af faglig specialisering og organisatorisk fragmentering. Faglige siloer og hierarkier
- Politisk, organisatorisk og professionelt fokus på optimering, effektivisering og målbar kvalitet
- Standardisering af ydelser
- Biomedicinsk dominans med fokus på diagnoser og evidens; også i det sociale arbejde
- Mangeårige besparelser i kombination med stigning i antallet af ydelser og ydelsernes kompleksitet
- De professionelle vidensbaser er (principielt) fuldt tilgængelige for borgerne
- Ulighed i sundhed



Konkrete udtryk for ønsket om at styrke samarbejdet ”med og om borgeren” i sundhedsvæsenet

- Styringsideologi: ” Patienten i centrum”
- Patientrepræsentation på alle niveauer
- Værdibaseret ledelse – et sted i horisonten
- Standardiserede (pakke)forløb
- Kontakt- og forløbsansvarlige
- Høj grad af fokus på information og samtykke omkring behandling og forløb
- Måling af patienttilfredshed (LUP'en)



Borger/patient-centrering i sundhedsvæsenet:

Tre idealer under udvikling

- 1) Borgerinvolvering på organisatorisk plan (fx brugerpaneler)
- 2) (Frit) Valgordninger (Fra valg af behandlingssted til valg af behandling, fx brugerstyrede senge i psykiatrien)
- 3) Ansvar for egen sundhed (Implicitte forventninger og 'tilbud' om Patientuddannelse)

(Tonkens 2016)

- Hviler alle på forestillinger om inddragelse som et relativt ukompliceret fænomen, der handler om gensidig udveksling af viden.
- Forskningsfokus har helt overvejende været på borgerne og ikke på de professionelle eller på arbejdets forandring.

PAUSE



Det udfordrende samarbejde

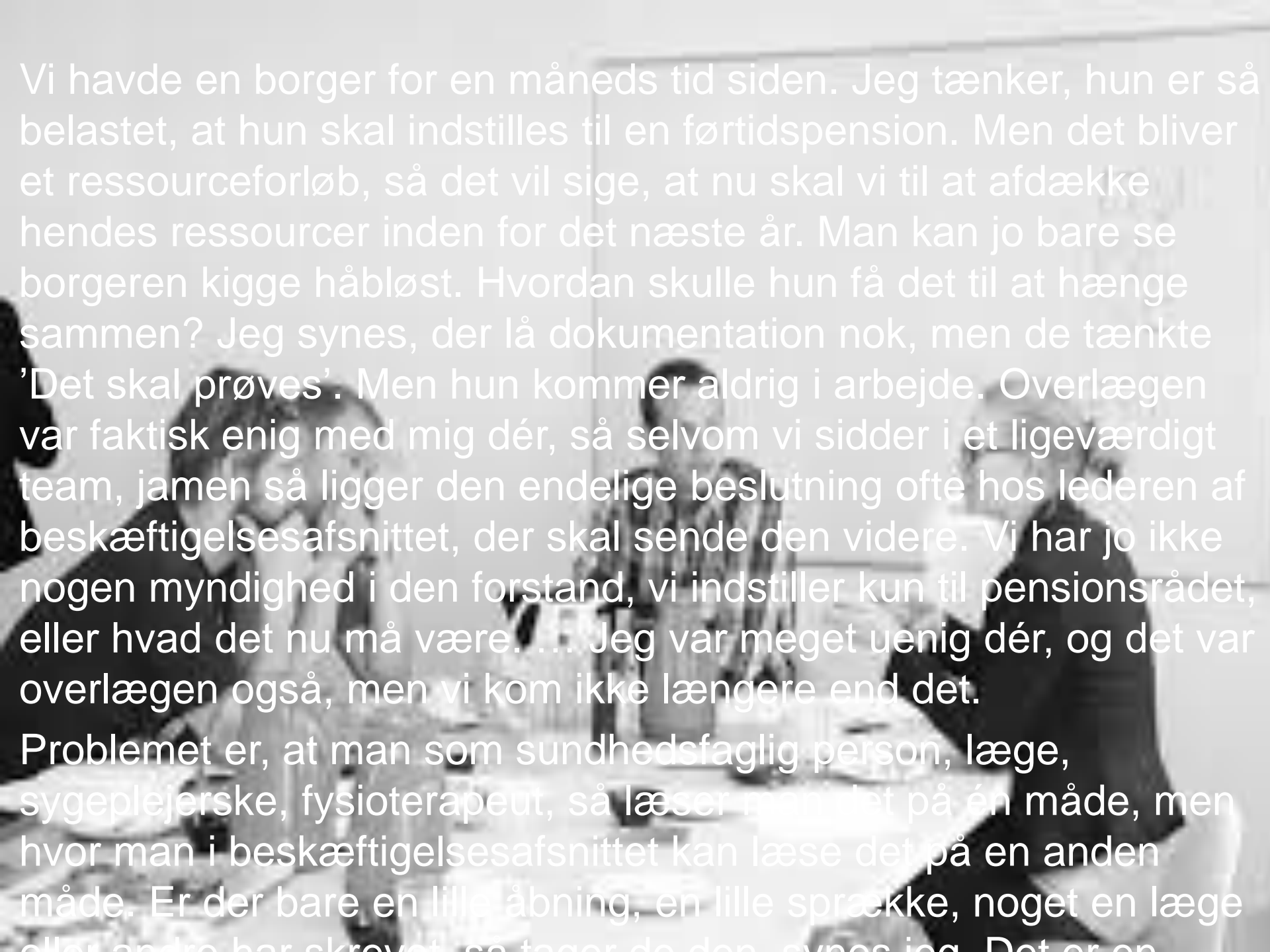


Nogle gange bliver det nærmest et slagsmål, og jeg har da haft nogle patienter, fx en 96 årig, hvor jeg som overlæge har besluttet, at her skal ikke gøres noget. Hverken gives ilt, væske eller tages blodprøver, fordi patienten er døende. Jeg har bare ikke tid til at have en døende patient længere end 12 timer eller noget i den stil. Efter 45 minutters diskussion besluttede jeg, at der er et problem i hovedet, og jeg sender så patienten til neurologisk afdeling. Det synes de var urimeligt osv. Men ingen vil have den her patient, og så siger jeg: 'Så bliver det sådan'. Og så sendte neurologerne patienten igennem CT-skanneren og tog alle mulige blodprøver osv. for at kunne ringe tilbage til mig: 'Nu har vi konstateret, at det faktisk ikke er noget i hovedet, så nu vil vi gerne omvisitere patienten til akutmedicinsk afdeling'. Patienten var bevidstløs på det tidspunkt, så man kørte i dette tilfælde en bevidstløs, nærmest død, patient igennem tunnelsystemet til den anden afdeling, fordi visitationen siger, at det rent teoretisk er en mulighed. Det, synes jeg, er for åndssvagt



Hvad fortæller casen om samarbejdet OM patienten?

- Der er mange steder i sundhedsvæsenet, hvor der er ekstremt pres på kapaciteten. FLOW er nøgleordet.
- Der er flere incitamentter til at skubbe patienterne videre end til at beholde dem.
- Det diagnoseopdelte sundhedsvæsen virker langt fra altid befordrende på samarbejdet internt eller mellem sektorer. Selv døden kræver en diagnose, for at den kan rummes.
- Der er gode grunde til at arbejde med at fastholde et fokus på patienter og borgere som **mennesker** – dette er ikke en ekstrem case!



Vi havde en borger for en måneds tid siden. Jeg tænker, hun er så belastet, at hun skal indstilles til en førtidspension. Men det bliver et ressourceforløb, så det vil sige, at nu skal vi til at afdække hendes ressourcer inden for det næste år. Man kan jo bare se borgeren kigge håbløst. Hvordan skulle hun få det til at hænge sammen? Jeg synes, der lå dokumentation nok, men de tænkte 'Det skal prøves'. Men hun kommer aldrig i arbejde. Overlægen var faktisk enig med mig dér, så selvom vi sidder i et ligeværdigt team, jamen så ligger den endelige beslutning ofte hos lederen af beskæftigelsesafsnittet, der skal sende den videre. Vi har jo ikke nogen myndighed i den forstand, vi indstiller kun til pensionsrådet, eller hvad det nu må være. ... Jeg var meget uenig dér, og det var overlægen også, men vi kom ikke længere end det.


Problemet er, at man som sundhedsfaglig person, læge, sygeplejerske, fysioterapeut, så læser man det på én måde, men hvor man i beskæftigelsesafsnittet kan læse det på en anden måde. Er der bare en lille åbning, en lille sprække, noget en læge eller andre har skrevet, så tager de den synsind. Det er en



Hvad fortæller casen om samarbejdet OM patienten?

- At være professionel indebærer at se verden ud fra en særlig position
- Der opstår sammenstød mellem de professionelles forståelser af patienten/problemet
- Forskellige professionelle vidensformer indgår i et hierarkiseret forhold til hinanden
- Det er den professionelle, der er forvalter økonomien, der får definitionsmagten – i dette tilfælde
- Det tværprofessionelle team er ingen garanti for at opstår et mere helhedsorienteret billede

Sandra og Patrick indlægges på barselsafdelingen med deres nyfødte barn, Emma. Årsagen til, at de ikke har forladt hospitalet efter fødslen er, at Sandra under veerne har fortalt jordemoder Anita, at hun i løbet af sidste trimester af graviditeten er begyndt ind i mellem at ryge cannabis igen – en vane hun ellers havde lagt på hylden da hun fandt ud af at hun var gravid. Hun har også røget cannabis for at dæmpe ve-smerterne inden parret tog på hospitalet for at føde. På baggrund af denne information er en børnelæge, børnelæge Andreas, blevet tilkaldt til fødestuen. Børnelæge Andreas har undersøgt den nyfødte og konstateret, at barnet har det godt, der er intet unormalt. Børnelægen har efterfølgende noteret i patientjournalen, at han ikke finder grund til, at Emma skal observeres for abstinenser, og at han tilråder amning. Alligevel er familien nu indlagt på barselgangen. Jordemoder Berit, som har ansvaret for familien her, er ikke enig i børnelægens vurdering, men hun vælger at respektere beslutningen om amning, da det jo står i journalen. Jordemoder Berit beslutter midlertid, at hun vil observere barnet for abstinenssymptomer uden dog at notere dette i patientjournalen. Hun kontakter desuden den jordemoder Christina, som familien har haft kontakt med under graviditeten. Jordemoder Christina var af den overbevisning af Sandra allerede i første trimester havde lagt cannabisen på hylden – havde hun kendt til, at rygningen var drogetaget, var Sandra kommet ind i et særligt støtteforløb for gravide. Jordemoder Berit ringer også til Regionens familieambulatorium, der har speciel ekspertise indenfor gravide med stof- og alkoholmisbrug. Her taler de med børnelæge Tina, der instruerer Jordemoder Berit i at bede Sandra om tre urinprøver (en pr. dag i de kommende tre dage) for at fastslå niveauet af cannabis i hendes organisme, og dermed risikoen for, at det også er i modermælken. De foreslår også, at familien bliver på barselsafsnittet i fem dage for at sikre sig, at Emma er i trivsel. Forslaget gør Sandra og Patrick meget uenige; de ønsker ikke at blive på afdelingen. Sandra afleverer den ønskede urinprøve, og herefter tager de hjem med deres nyfødte barn med en aftale om, at de kommer tilbage næste dag til en konsultation med børnelæge Tina. De opfordres også til at holde godt øje med om Emma virker sløv og tage kontakt til afdelingen, hvis de er i tvivl. Parret vender som aftalt tilbage dagen efter, i god tid til deres aftale. Jordemoder Berit benytter lejligheden til at veje Emma og høre parret om, hvordan natten er gået, og hvordan det går med amningen. Parret fortæller stolt, at det går godt. De har haft barselsvisit af hele familien, så det blev lidt sent, før de kom i seng. Emma har sovet næsten hele natten og amningen går fint. Jordemoderen instruerer parret i, at Emma skal lægges til brystet hver 3. time, også selvom hun eller de selv sover. Jordemoder Berit tager tøjet af Emma og vejer hende; vægten viser, at Emma har tabt 4% af sin fødselsvægt, hvilket er helt normalt. Jordemoderen holder Emma i hænderne og snakker til hende. Bagefter beder hun parret om at klæde Emma på igen. Emma græder og Sandra lægger hende til brystet. Patrick fortæller at de har ringet til hans søster for at få hjælp til hvad de skulle pakke i pusletasken – de har fået så mange bodystockings at Patrick mener der er nok til at Emma kan få en ren en på hver dag i et helt år. Og hvis det ikke holder har de heldigvis et vaskeri i opgangen, hvor de bor. Børnelægen Tina fra familieambulatoriet ankommer til afsnittet. Hun taler længe med parret om det problematiske i at kombinere forældreskab med cannabisrygning. Børnelæge Tina undersøger også Emma, hun siger at parret skal være opmærksomme på, at barnet ikke får kolde fødder, og Patrick skynder sig at vise, at de har ekstra sokker med i pusletasken. Børnelæge Tina spørger detaljeret ind til familien hverdagsliv, deres job- og uddannelsessituation og familiehistorie. Hun opfordrer til at cannabisrygningen skiftes ud med gåture med barnevognen. Hun mener også, at parret bør udskyde deres planer om at tage en ferie i sommer til efteråret til næste år. På trods af et par møder med parret, er det først efter et par dage, at Patrick bliver



Hvad fortæller eksemplet om dilemmaer og udfordringer i samarbejdet MED patienten?

- Der opstår sammenstød mellem de professionelles kategoriseringer af patienten/problemet og patientens egen forståelse af sig selv/"problemet"
- Det er de professionelle, der har definitionsmagten, mens patienten har 'deltagelsesmagten'. Når de professionelle (under lægeniveau) er uenige om definitionen er problemet, handles 'under radaren'
- Relationen mellem patienter og professionelle bliver uklar, præget af forhandlinger, afprøvning af forskellige positioneringsstrategier fra begge sider
- Når patienterne ikke umiddelbart ønsker at deltage, griber de professionelle til en mere autoritær strategi "Vi ved hvad der er godt".
- Professionel viden og personlig erfaring eller præference er ikke ligestillet.
- Den lægefaglige ekspertise kan både holde sig til kroppen som biologisk organisme, men også bevæge sig langt ud i det sociale rum, og legitimere de vurderinger som foretages.



”Magtfulde” dilemmaer

- Flexibilitet og borgerfokus samtidig med effektivitet og standardforløb
- Stærk faglighed på eget område samtidig med øget helhedsorientering
- Evidens og fokus på effekt samtidig med øget anerkendelse af de personlige relationer
- Evne at udfordre og forandre samtidig med at acceptere givne rammer og vilkår
- Strukturelle barrierer men ofte fokus på medarbejderne
- Traditionelle faghierarkier og ønsket om ligeværdige fagligheder
- Færre økonomiske midler og højere krav om kvalitet
- Intra-organisatoriske incitamentstrukturer men behov for tværorganisatoriske opgaveløsninger
- Borgerinddragelse men faglige og praktisk mulige løsninger

Hvordan kommer vi videre?

- Hold fast i, at der ikke er noget quick-fix; forandringer på både økonomisk, organisatorisk/ledelse og medarbejderniveau er et langt, sej træk
- Husk at der er ikke tale om en win-win-win situation, men om at ville skabe forandringer i tidligere organisationsstrukturer og faglighedsforståelser. "Prisen" for nogle professioner vil være: fagligt ændret status ifm opgaveflytninger, skift i fagligt perspektiv, ændrede økonomiske rammer.
- Forhold jer åbent til dilemmaerne. Erkend at dilemmaer ikke kan løses, kun håndteres. De går ikke væk!
- Håndtering indebærer forskellige former for magt. Valg og fravalg. Populære og upopulære beslutninger og forandringer
- Alle professionelle vil gerne levere "det bedste", men er faktisk ikke enige om hvad "det bedste" er. Borgerne har ofte deres helt egen holdning funderet i erfaring og hverdagsliv.



Tak for opmærksomheden

**Fortsat god konference –
og rigtig god arbejdslyst!**

Referencer



- Albertsen, K., Jeppesen, D., Hvenegaard, H., 2012. Samarbejde om kerneopgaven, in: Sund Ledelse: 19 Bud På God Sygehusledelse 41 Teoretikere Og Praktikere Drøfter Ledelsesudfordringerne i Sygehusvæsenet. DJØF, Danske Regioner og Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet, pp. 84–98.
- Andersen, Niels Åkerstrøm: Hvem er borgeren i centrum? <http://vpt.dk/kerneopgaven/hvem-er-borgeren-i-centrum>
- Evetts, J (2013): Professionalism: Value and Ideology. *Current Sociology Review*. 61 (5-6): 778-796
- Holen, M., & Lehn-Christiansen, S. (2010). Problematized Patients - Intersectional perspectives on gender, ethnicity, class and biomedicine. *Kvinder, Køn Og Forskning*, (2), 51–60.
- Krøjer, J., & Lehn-Christiansen, S. (2016). Moralske kroppe - etik, tillid og kropspraksisser i sundhedsprofessionelles arbejde. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, (2), 41–53.
- Lehn-Christiansen, S. (2016a). *Tværprofessionelt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*. København: Munksgaard Danmark
- Lehn-Christiansen, S (2016b) Kampen om tværsamarbejdet. *Tidsskrift for Arbejdsliv*. 18, 4, 8-23
- Mol, A. (2008). *The logic of care : health and the problem of patient choice*. London ;;New York: Routledge.
- Tonkens, E. (2016). Professions, service users and citizenship: deliberation, choice and responsibility. In *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism* (pp. 45–56). Oxon and New York: Routledge.