



Tjek på koordineringen

Et kvalitativt studie af anvendelsen af koordineringsstrategier i et mandateret partnerskab

Casper Møller Nielsen 20091514

Jeppe Bech Carlsen 20095483

Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet

Vejleder: Viola Bureau

Antal Ord: 51.714

Indholdsfortegnelse

Tabel og figuroversigt	4
Kapitel 1: Indledning (CMN & JBC)	5
1.1 Specialets opbygning (CMN & JBC)	8
Kapitel 2: Hvad er Tjek dit helbred (CMN)	9
Kapitel 3: Teori (CMN)	12
3.1 Koordineringsstrategier (JBC)	13
3.1.1 Hierarki (JBC)	14
3.1.2 Netværk (CMN)	15
3.1.3 Opsummering (JBC)	18
3.2 Koordinering i et mandateret partnerskab (CMN)	18
3.2.1 Værdier og interesser (JBC)	20
3.2.2 Magtressourcer (CMN)	23
3.3 Opsummering på det teoretiske afsnit (JBC)	24
Kapitel 4: Metode (CMN)	25
4.1 Forskningsdesign (CMN)	25
4.2 Afgrænsning af analyseområdet og caseudvælgelse (JBC)	26
4.2.1 Caseudvælgelse (CMN)	26
4.3 Dataindsamling (CMN)	27
4.3.1 Udvalgelse af interviewpersoner (JBC)	31
4.4 Operationalisering af teoretiske begreber (JBC)	34
4.5 Analysestrategi (CMN)	40
Indledning til analysekapitlerne (JBC)	42
Kapitel 5: Værdier (CMN)	43
5.1 Opsummering af aktørernes værdier (JBC)	45
Kapitel 6: Den indledende etablering af projektet (CMN)	47
6.1 Interesser i case 1 (CMN)	47

6.2 Ressourcer i case 1 (JBC).....	50
6.3 Koordineringsstrategier i case 1 (CMN)	54
6.3.1 Arena 1: Den indledende udformning af projektet (JBC).....	54
6.3.2 Arena 2: § 2-forhandlingerne (CMN).....	57
6.3.3 Arena 3: Kontakten til de alment praktiserende læger i Randers (CMN).....	60
6.4 Opsummering af case 1 (JBC).....	64
 Kapitel 7: Implementering og drift af Tjek dit helbred (CMN).....	 68
7.1 Interesser i case 2 (JBC)	68
7.2 Ressourcer i case 2 (CMN).....	71
7.3 Koordineringsstrategier i case 2 (JBC).....	74
7.3.1 Arena 1: Styregruppen (CMN)	75
7.3.2 Arena 2: Samarbejdet mellem koordinatorene fra Sundhedscentret og Institut for Folkesundhed (JBC).....	82
7.3.3 Arena 3: De praktiserende læger i Randers (JBC).....	89
7.4 Opsummering af case 2 (CMN).....	96
 Kapitel 8: Sammenfattende analyse (CMN).....	 100
8.1 Afrunding (JBC).....	105
 Kapitel 9: Diskussion (CMN).....	 108
9.1 De professionelle aktører i TDH (CMN).....	108
9.2 Forvaltningsmyndighedernes styring af TDH (JBC).....	111
 Kapitel 10: Konklusion (CMN & JBC).....	 116
 Abstract: Mastering Coordination: A qualitative study of the application of coordination strategies in a mandated partnership (CMN & JBC).....	 123
 Litteraturliste (CMN & JBC).....	 124
Bilag (CMN & JBC).....	130
Bilag 1 Interviewguide	130
Bilag 2 Kodebog.....	135
Bilag 3 Styregrupperferater og dato for deltagende observation	137

Tabel og figuroversigt

Figur 1: Oversigt over borgerens forløb i Tjek dit helbred	10
Tabel 1: Oversigt over interviewpersoners involvering i case 1 og 2	32
Tabel 2: Oversigt over aktørernes værdier	44
Tabel 3: Oversigt over aktørernes interesser i case 1	48
Tabel 4: Oversigt over aktørernes ressourcer i case 1	51
Tabel 5: Oversigt over koordineringsstrategier i case 1	65
Tabel 6: Oversigt over aktørernes interesser i case 2	69
Tabel 7: Oversigt over aktørernes ressourcer i case 2	72
Tabel 8: Oversigt over koordineringsstrategier i case 2	97

Kapitel 1: Indledning (CMN & JBC)

Forventningen om, at velfærdsstaten er i stand til at løse mangeartede problematikker i et komplekst samfund, stiller stadig højere krav til den offentlige forvaltnings evne til at koordinere samarbejder mellem aktører på tværs af og uden for den offentlige sektor (Røiseland & Vabo 2012: 15). I forbindelse med implementeringen og driften af offentlige projekter har forvaltningen således ofte brug for at samarbejde med aktører, der ikke direkte er underlagt hierarkisk kontrol. Ofte kan forvaltningen dog opstille specifikke rammer for offentlige projekter; enten ved i et eller andet omfang at pålægge aktørerne at deltage, eller ved at kunne definere projektets udformning. I dette speciale betegnes denne konstellation som et *mandateret partnerskab* (Rodriguez et al. 2007; Hunter and Perkins 2014). Et sådant partnerskab eksisterer i grænselandet mellem et klassisk hierarki, hvor koordinationen varetages af en overordnet instans, og et netværk, hvor hierarkisk ligestillede aktører koordinerer på baggrund af forhandling og diskussion. I et koordineringsperspektiv er det således interessant hvilke strategier, aktører, der i vidt omfang er hierarkisk ligestillede, anvender til at koordinere samarbejdet i konteksten af et mandateret partnerskab. Da koordineringen kan foregå på baggrund af både hierarkiske strategier og netværksstrategier (Rodriguez et al. 2007; Bouckaert, Peters & Verhoest 2010) er det ligeledes interessant, hvorfor specifikke strategier bliver taget i anvendelse.

For at kunne undersøge dette vil specialet tage udgangspunkt i samarbejdet vedrørende etableringen og implementeringen af et forebyggende helbredstjek i Randers kommune kaldet Tjek dit helbred. Specialets problemstillinger kan dermed formuleres på følgende vis:

(1) *Hvilke strategier tages i anvendelse i koordineringen af Tjek dit helbred?*

(2) *Hvorfor tages disse strategier i anvendelse?*

Valget af fokus på dette projekt skyldes, at sundhedssektoren omfatter komplekse problemstillinger, som ofte kun kan løses ved, at forvaltningsmyndigheder samarbejder med professionelle aktører. De professionelle aktører er præget af særlige værdier, hvor blandt andet autonomi vægtes højt. Derfor er en analyse af koordineringen mellem professionelle aktører og forvaltningsmyndigheder i et mandateret partnerskab særligt interessant. I Tjek dit helbred samarbejder Region Midt og Randers kommune med de praktiserende læger i Randers kommune samt Institut for Folkesundhed på Aarhus Universitet. De praktiserende lægers funktion i samarbejdet er at foretage en helbredssamtale med de borgere, der har været til helbredstjek på det kommunale sundhedscenter, mens implementeringsprojektet sideløbende evalueres af forskere fra Institut for Folkesundhed. Tjek dit helbred er således interessant, fordi det er et samarbejde mellem hierarkisk ligestillede aktører, og hvor de professionelle aktører har stor betydning for implementeringen af projektet. I et mandateret partnerskab ventes ligheder og forskelle mellem aktørernes værdier, interesser og ressourcer at

have betydning for anvendelsen af koordineringsstrategier. Aktørernes værdier, interesser og ressourcer vil således være udgangspunktet for analysen af, hvorfor koordineringsstrategierne tages i anvendelse.

Specialets teoretiske ramme vil hovedsageligt være bygget op om governance-litteraturen samt litteraturen vedrørende koordinering i den offentlige sektor. Professionslitteraturen vil inddrages specifikt til at bidrage med indsigter vedrørende de professionelles værdier, interesser og ressourcer.

Med sit fokus på koordination mellem hierarkisk ligestillede aktører skriver specialet sig ind i governance-litteraturen, der netop fokuserer på de ændrede vilkår for statens evne til at styre samfundet (Bell & Hindmoor 2009; Kjær 2004; Byrkjeflot & Guldbrandsøy 2013; Rhodes 1997). Governance-begrebet omfatter en bredere forståelse af styring, hvor forvaltningens rolle er ændret eller endog formindsket. Implikationen er, at forvaltningen i højere grad er nødt til at indgå i netværk med andre aktører, og i mindre grad kan trække på hierarkiske styringsinstrumenter i gennemførelsen af dets prioriteter. Meget af litteraturen om governance relaterer sig til et samfundsorienteret perspektiv, som fokuserer på et skifte væk fra vertikal koordination og dermed en marginalisering eller omgåelse af staten, en såkaldt "udhuling af staten", hvilket har vanskeliggjort central styring af samfundet (Bell & Hindmoor 2009: 2-3, 6). Ifølge et statsorienteret perspektiv er det faktum, at staten indgår i til stadighed mere komplekse samarbejdsrelationer ikke ensbetydende med, at dens indflydelse er formindsket. Staten er fortsat i stand til at skabe et asymmetrisk magtforhold relativt til de andre involverede aktører. Essensen i det statscentrerede perspektiv er således, at governance *både* involverer et fokus på horisontal koordination på tværs af stat og samfund og statens fortsatte centrale rolle (Bell and Hindmoor 2009: 2, 8-14). Dette speciale skriver sig ind i denne debat, idet en analyse af hvilke koordinationsstrategier, der tages i anvendelse i koordineringen af Tjek dit helbred i Randers kommune, også kan bidrage med indsigter i forhold til forvaltningens evne til at styre tværsektorale samarbejder.

Forvaltningens mulighed for at styre tværsektorale samarbejder med professionelle aktører er ydermere interessant, idet forholdet mellem staten og professionelle aktører er et salient emne i professionslitteraturen (Joensen, Kousgaard og Bureau 2014). Hermed bliver undersøgelsen af Tjek dit helbred ligeledes relevant i et professionsperspektiv, idet en analyse af koordineringen af Tjek dit helbred vil bibringe indsigter vedrørende de professionelle aktørers rolle i samarbejdet med forvaltningsmyndigheder. Professionslitteraturen tager udgangspunkt i de professionelle aktørers perspektiv og ser blandt andet på, hvordan de forsøger at influere policy, både nationalt og lokalt, med henblik på at beskytte eller udvide deres arbejdsområder (Joensen, Kousgaard og Bureau 2014: 1-3). Da dette speciale har et koordineringsperspektiv vil professionslitteraturen (Freidson 2001; Larson 1977) anvendes til at bibringe indsigter vedrørende de professionelle aktørers værdier og interesser samt de ressourcer, som de besidder, og som ventes at have betydning for deres koordineringsstrategier i projektet.

Forskerstanden er ikke en profession i traditionel forstand men kan betragtes som eksperter (Brint 1994; Albæk 2005), eller akademiske professionelle (Burrage, Jarush & Siegrist 1990). Ligeledes kan man argumentere for, at forskerne i vidt omfang er selvstyrende og selvorganiserende, hvilket relaterer sig til essentielle dele af professionslitteraturen (Freidson 2001; Hupe & van der Krogt: 2013). Indsigterne fra professionslitteraturen vil således anvendes både i forhold til de praktiserende læger og forskerne fra Institut for Folkesundhed.

Studiet af koordineringen af Tjek dit helbred vil tage form af et multiple embedded case studium med 2 cases, hvor der fokuseres på to forskellige faser i policy-processen (Clavier & de Leeuw 2013) vedrørende Tjek dit helbred; henholdsvis den indledende etablering af projektet og implementerings- og driftsfasen. Det forventes, at der vil være varierende politisk bevågenhed og varierende interesser på spil på tværs af de to faser. Dynamikkerne mellem de involverede aktører ventes således at kunne variere på tværs af casene, hvorfor en sammenligning af koordineringsstrategier i de to cases ventes at kunne styrke forklaringerne på anvendelsen af koordineringsstrategier i Tjek dit helbred.

Studiet af Tjek dit helbred har et aktørfokus. Der er således fokus på koordineringen mellem Region Midt, Randers kommune, forskerne fra Institut for Folkesundhed og de praktiserende læger i Randers kommune. De enkelte individer ses således først og fremmest som repræsentanter for deres aktør. Region Midt vil være at betragte som en forvaltningsmyndighed. I forhold til Randers kommune vil det analytiske fokus skiftevis være på kommunalforvaltningen eller Randers Sundhedscenter (hvor helbredstjekket foretages), alt efter, hvad der koordineres, men disse to behandles under et som aktøren Randers kommune, hvorfor de også repræsenterer de samme værdier, interesser og ressourcer. De praktiserende læger i Randers kommune, ofte omtalt som ”lægerne”, vil være at betragte som en lokal kollektiv aktør bestående af professionelle. Lægerne er således dels repræsenteret ved PLO-Midtjylland men udgøres samtidig af en stor gruppe af selvstændigt erhvervsdrivende. I analysen vil der, hvor det er relevant, blive gjort opmærksom på forskelle internt i den kollektive aktør, eksempelvis kan samtlige af de praktiserende læger ikke fuldstændigt tilskrives samme værdier og interesser. Forskerne opererer inden for nogle hierarkisk lignende strukturer, og vil, i et koordineringsperspektiv, være at sammenligne med en organisation bestående af professionelle.

1.1 Specialets opbygning (CMN & JBC)

Efter det indledende kapitel vil der i kapitel 2 blive givet en kort introduktion til Tjek dit helbred. I kapitel 3 vil der blive redegjort for specialets teoretiske ramme, som omfatter governance- og koordineringslitteraturen, herunder litteraturen vedrørende det mandaterede partnerskab, samt indsigter fra professionslitteraturen.

I kapitel 4 beskrives specialets forskningsdesign og metodiske tilgang. Analysen omfatter fire kapitler. Kapitel 5 vil belyse aktørernes værdier, hvorefter casene vil blive analyseret enkeltvis i kapitel 6 og 7. Kapitel 8 omfatter en analyse på tværs af cases, mens kapitel 9 indeholder en diskussion af vigtige aspekter af analysen. Specialet afsluttes i kapitel 10 med konklusion og perspektivering.

Kapitel 2: Hvad er Tjek dit helbred (CMN)

I dette kapitel vil Tjek dit helbred (herefter TDH) blive præsenteret for at etablere en baggrundsforståelse for det projekt, som danner fundamentet for analysen af koordineringsstrategier.

TDH er et samarbejde mellem Region Midt, Randers kommune, de praktiserende læger i Randers kommune samt Institut for folkesundhed ved Aarhus universitet. Projekter handler grundlæggende om at tilbyde alle borgere i Randers kommune mellem 30 og 49 år en helbredsundersøgelse i det kommunale sundhedscenter samt en eventuel efterfølgende helbredssamtale ved borgerens egen læge (randers.dk e; tdh-praksis.dk e). Ydermere vil nogle borgere have mulighed for at deltage i kommunale opfølgende tilbud efter endt helbredsundersøgelse eller helbredssamtale (tdh-praksis.dk d).

Beslutningen om at igangsætte projektet beror på resultater fra Sundhedsprojektet Ebeltoft (Rasmussen et.al 2014: 6). Ebeltoft-projektet var et forskningsprojekt der blandt andet bestod af helbredstjek og samtaler hos egen læge. Resultaterne viste blandt andet mulighed for at nedbringe risikoen for hjerte-karsygdomme (Lauritzen et. al 2008). I forskningssammenhæng beskrives TDH således ” *’Tjek dit helbred’ er en randomiseret, kontrolleret og prospektiv befolkningsundersøgelse af effekter og konsekvenser ved forebyggende helbredstjek bestående af helbredsundersøgelser i Randers Sundhedscenter og helbredssamtaler ved egen læge*” (Rasmussen et.al 2014: 6).

I dette speciale anskues projektet først og fremmest som et implementeringsprojekt med et tilknyttet forskningsprojekt, der skal koordineres i et samarbejde mellem formelt ligestillede parter. Selvom det forebyggende helbredstjek er ikke i fokus i dette speciale, men det er alligevel relevant at inddrage nogle væsentlige aspekter ved samarbejdets tilblivelse samt projektets udformning for at forstå omdrejningspunkter for samarbejdet og den nedenstående analyse af koordineringsstrategierne.

Projektet blev til som følge af en henvendelse til Region Midt fra en professor fra Institut for Folkesundhed vedrørende mulighederne for at anvende resultaterne fra Ebeltoft-projektet i en større kommune i regionen (Baseret på interviews med repræsentanter fra forskerne og regionen). Region Midt går indledningsvis videre med ideen og kontakter blandt andre Randers kommune for at finde en kommune, der er interesseret i at implementere en helbredsundersøgelse på baggrund af resultaterne fra Ebeltoft-projektet i større skala. Dette resulterer i et samarbejde mellem Region Midt, forskere fra Institut for folkesundhed samt Randers kommune. Samarbejdet finder blandt andet sted i en nedsat styregruppe.

De praktiserende læger i Randers kommune er en vigtig del af projektet. Derfor blev der forhandlet en § 2-aftale på plads mellem Region Midt og PLO-Midtjylland. En § 2-aftale er et lokalt tillæg til overenskomsten (laeger.dk e), i dette tilfælde gældende for de praktiserende læger i Randers Kommune. Forhandlingerne vil

blive uddybet i forbindelse med analysen nedenfor. § 2-aftalen satte rammerne for lægernes opgaver i projektet samt honoreringen forbundet herved (Region Midt 2012).

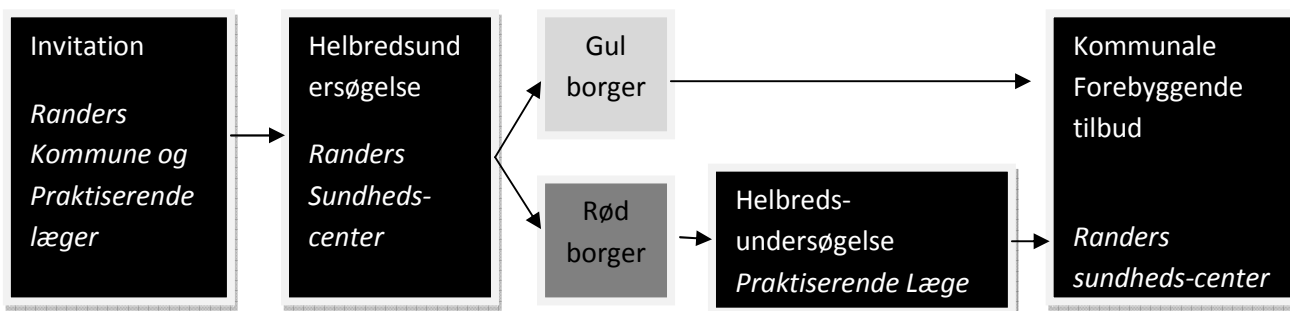
Efterfølgende påbegyndtes implementeringsfasen. Denne bestod af en række forskellige processer. Der blev lejet lokaler i Randers Sundhedscenter, indkøbt maskiner til foretagelse af helbredstjekket, etableret IT-systemer til håndtering af data og henvisninger fra læger, udsendt spørgeskemaer, samt forhandlet og mæglet med enkelte læger, der ikke ønskede at deltage i projektet (Referater fra møder i styregruppen for TDH).

I det første år af projektet blev alle borgere, der havde deltaget i helbredsundersøgelsen opfordret af personalet i Sundhedscenteret til at bestille tid ved egen læge (Rasmussen et. al 2014: 11-12). I de efterfølgende år var og er det kun risikanter eller ”røde borgere”, der opfordres til at bestille tid til en samtale ved egen læge. Hvorvidt en borger bliver rød, gul eller grøn afhænger af målingerne, der bliver foretaget i forbindelse med helbredsundersøgelsen i sundhedscenteret, eller på baggrund af spørgeskemaet borgeren selv har svaret på før selve helbredsundersøgelsen.

Defineringen af hvornår en borger er i risikantgruppen blev foretaget af ”En ekspertgruppe, bestående af praktiserende læger, repræsentanter fra administrationen i Region Midtjylland, sundhedsøkonom og direktøren for Tryk fonden [...]Den er udformet med det mål at ”patologiske” resultater skal vurderes af en læge, og i denne sammenhæng egen læge, som kender patienten” (tdh-praksis.dk b).

I forlængelse af defineringen af de røde borgere blev såkaldte gule og grønne borgere ligeledes defineret. Gule borgere er personer, som ikke har målinger, der kræver lægelig vurdering, men som stadig har resultater som kan forbedres med henblik på at nedsætte risikoen for fremtidige livsstilssygdomme.

Figur 1: Oversigt over borgerens forløb i Tjek dit helbred



Kilde: (Tdh-praksis.dk d)

Ovenfor ses en forsimplet proces fra borgerens perspektiv. Først modtager borgeren en invitation til en helbredsundersøgelse på i sundhedscentret, hvorefter borgeren skal ændre eller bekræfte sin tid. Derefter skal

borgeren udfylde et spørgeskema om personens helbred. Dette kan gøres derhjemme eller på sundhedscenteret umiddelbart før helbredsundersøgelsen. Hvis en borger bliver kategoriseret som gul bliver borgeren ikke opfordret til at bestille tid hos egen læge, men afhængig af borgerens egne ønsker kan borgeren deltage i et af de opfølgende tilbud på kommunens sundhedscenter. Hvis en borger bliver kategoriseret som rød, opfordrer personalet i sundhedscenteret borgeren til at bestille tid hos egen læge, og denne borger skal have en henvisning fra egen læge til et eventuelt opfølgende tilbud, før denne kan deltage. Lægen kan således også, i forbindelse med samtale med borgeren, beslutte andre tiltag.

Koordineringen af ovenstående proces samt koordineringen imellem driften og den forskningsmæssige evaluering er omfattet af case 2. I case 1 vil fokus være på hvordan de forskellige aktører; Randers Kommune, Region Midt, forskerne fra Institut for folkesundhed samt de praktiserende læger i Randers kommune fik koordineret etableringen af projektet. Efter således at have præsenteret omdrejningspunktet for samarbejdet, vil næste kapitel introducere det teoretiske fundament for analysen af koordineringen af TDH.

Kapitel 3: Teori (CMN)

I dette kapitel vil den teoretiske ramme for specialet blive etableret. For at kunne analysere hvilke koordineringsstrategier, der anvendes i koordineringen af TDH, vil der blive taget udgangspunkt i governance- og koordineringslitteraturen, som netop beskæftiger sig med, hvordan koordinering varetages under omstændigheder, hvor den offentlige forvaltning skal samarbejde med aktører, der ikke formelt er underlagt forvaltningens hierarki. Inden for governance-litteraturen opereres der med to koordineringsmekanismer, som er relevante for koordineringen af TDH; *hierarki og netværk*. En teoretisk gennemgang af koordineringsmekanismerne vil danne grundlag for operationaliseringen af koordineringsstrategier, som kan forventes at blive taget i anvendelse. På baggrund af disse teorier er forventningen således, at det vil være muligt at gennemføre en dybdegående analyse og kortlægning af de koordineringsstrategier, der anvendes i helbredstjekket.

Efter at have opstillet de teoretiske forventninger til koordineringen af helbredstjekket, vil den teoretiske baggrund for, hvorfor disse strategier tages i anvendelse blive inddraget. Hertil vil begreberne partnerskab og mandated collaboration blive anvendt. Ved at kombinere begreberne og dermed definere koordineringen af helbredstjekket som et mandateret partnerskab, er det muligt at opstille forventninger til specifikke egenskaber ved aktørerne, der vil have betydning for anvendelsen af koordineringsstrategier i TDH. For at give en fyldestgørende forklaring af forskerne og lægernes anvendelse af koordineringsstrategier i TDH vil indsigter fra professionslitteraturen blive inddraget.

Samlet set vil disse teorier kunne anvendes til at opnå et grundlag for at kunne undersøge hvilke koordineringsstrategier, der tages i anvendelse i koordineringen af Tjek dit helbred, samt hvorfor disse strategier tages i anvendelse.

Da koordinering er et centralt begreb i specialet, vil det i det følgende blive defineret og uddybet. Koordination er af helt central betydning for, at den offentlige sektor kan varetage sine funktioner og tilvejebringe serviceydelser. Men hvad ligger der i begrebet koordination? Med udgangspunkt i Bouckaert, Peters & Verhoest (2010: 16) ansues koordinering i dette speciale som en *proces, der involverer de mekanismer og strategier, der styrker samarbejdet mellem involverede aktører i og på tværs af den offentlige sektor*.

Denne definition åbner op for en gunstig og generisk anvendelse af begrebet og skal ses i modsætning til eksempelvis Scharpfs (1994:27) definition af koordinering som et "welfare-theoretic concept", der omhandler en spilteoretisk tilgang, hvor det betragtes som værende ønskværdigt, når koordinering øger den samlede mængde nytte/velfærd, end hvis koordinering ikke fandt sted (Scharpf 1994:27-28).

I litteraturen skelnes der mellem vertikal og horisontal koordination (Alexander 1995, Scharpf 1994, Bouckaert, Peters & Verhoest 2010). Begge begreber er relevante for koordineringen af sundhedstjekket i Randers kommune. Vertikal koordination refererer til koordineringen mellem forskellige administrative niveauer, for eksempel mellem kommunalforvaltningen og Sundhedscentret i Randers. Det er således koordinering ved hierarki. Horisontal koordination referer derimod til koordinering mellem enheder på samme niveau. Ved horisontal koordination kan én aktør ikke gennemtrumfe en beslutning over for en anden aktør; koordineringen må derfor nødvendigvis bygge på et element af frivillighed. Dette er særligt relateret til koordinering via netværk, som vil blive adresseret nærmere nedenfor. Distinktionen mellem horisontal og vertikal koordination er dog ikke altid helt klar. For eksempel kan to ligestillede aktører blive pålagt at samarbejde af en overordnet aktør (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010: 23-24).

3.1 Koordineringsstrategier (JBC)

Da specialets omdrejningspunkt er anvendelsen af koordineringsstrategier i koordineringen af TDH, vil de følgende afsnit beskæftige sig med et udsnit af de koordineringsmekanismer og strategier som findes i litteraturen. Teorierne om koordinering på baggrund af hierarki og netværk vil således danne udgangspunkt for operationaliseringen af de koordineringsstrategier, som koordineringen af TDH vil blive analyseret på baggrund af.

I litteraturen om governance og den bredere litteratur om koordinering henvises der til tre mekanismer, som er fundamentale for forståelsen af koordinering i og på tværs af den offentlige sektor: hierarki, netværk og herudover koordinering baseret på marked, som kort vil blive berørt (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010; 34-35, Kjær 2004: 3-4). De tre koordineringsmekanismer refererer dels til den kontekst som koordinationen foregår indenfor; der kan for eksempel være tale om en hierarkisk struktur som i et ministerium, eller et netværk, hvor flere ligestillede aktører samarbejder. Samtidig refererer koordineringsmekanismerne dog også til specifikke koordineringsstrategier som aktørerne kan gøre brug af i lyset af konteksten (Røiseland & Vabo 2012: 16; Rodriguez et al. 2007: 156; Benson 1975; Bouckaert, Peters & Verhoest 2010: 36).

Disse koordineringsstrategier kommer til udtryk i interaktionen mellem de interagerende aktører og på baggrund af konkrete instrumenter, der anvender de tre forskellige mekanismer til at koordinere. Instrumenter kan defineres som særlige organisatoriske aktiviteter eller strukturer, der kan fordre koordinering (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010).

Hierarki, netværk og marked kan beskrives som mekanismer, *der bringer forskellige aktører og aktiviteter sammen og således mere eller mindre intentionelt skaber en form for orden* (Jørgensen og Vrangbæk 2005;

11). Mekanismerne strukturerer således interaktionen mellem aktørerne, hvor interaktionen forstås som en proces, hvorigennem aktører forsøger at etablere et samarbejde (Sørensen & Torfing 2008a: 25-26).

Strategier baseret på disse tre grundlæggende mekanismer spiller forskellige, men essentielle roller i forhold til at sikre effektiv koordination (Rodriguez et al. 2007: 157). Koordinationsstrategier baseret på forskellige mekanismer vil således ofte blive anvendt sideløbende og i praksis kan strategier være en blanding af flere mekanismer (Røiseland og Vabo 2012: 16).

I det følgende vil de to koordineringsmekanismer hierarki og netværk, som er fokus i denne undersøgelse, blive præsenteret. Koordinering på baggrund af markedsmekanismer vurderes ikke at være relevant at inddrage. Selvom de praktiserende læger skal aflønnes for deres bidrag, er der ikke nogen empirisk indikation på, at man i forhold til TDH forsøger at koordinere de praktiserende lægers deltagelse på baggrund af markedslignende vilkår, idet man ikke forsøger, at skabe konkurrence mellem lægerne som udbydere eller lægger op til, at borgeren har mulighed for frit at vælge udbyder i forhold til helbredssamtalen (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010: 42).

3.1.1 Hierarki (JBC)

Forventningen er, at hierarkiske koordinationsstrategier først og fremmest vil blive anvendt af regionen og kommunen i koordineringen af TDH. Hierarkiet repræsenterer den klassiske forståelse af koordinering i den offentlige sektor og karakteriserer også i høj grad den formelle måde, hvorpå bureaukratiet i nutidens vestlige demokratier er struktureret. I hierarkiet opnås koordinering gennem styring. Den hierarkiske koordinationsmekanisme er karakteriseret ved hovedsageligt at være baseret på autoritet og magt for at sikre koordinering. Hierarkiske koordineringsstrategier er således kendetegnet ved centraliseret top-down styring og en høj formaliseringsgrad, hvor interaktionen mellem hierarkisk ordnede aktører er struktureret gennem regler og procedurer (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010: 35-37; Kjær 2004: 20-21).

Inden for rammerne af hierarkiet forudsættes der således at være en kæde af beslutningsniveauer med udspring i et autoritativt centrum (Jørgensen og Vrangbæk 2005: 12). Koordination gennem hierarki kan således *"påvirke aktører til at træffe beslutninger og gennemføre handlinger, som de ellers ikke ville"* (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010: 35-37). Den hierarkiske mekanisme influerer oftest interaktionen mellem aktørerne ved at opstille begrænsninger (Rodriguez et al.: 156). Hierarkisk autoritet baserer sig på legitimitet, hvilket betyder, at overordnede organisationer eller aktører kan få gennemført deres mål uden at møde modstand, hvis de besidder legitimitet. Hvis en overordnet aktør møder modstand kan den være nødsaget til at anvende magt i form af lovgivning, budgetter eller legitim tvang (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010: 35-37). Heri ligger der også en antagelse om den hierarkiske koordination som værende målorienteret. Gennem hierarkisk koordination forsøger aktører at opnå resultater i overensstemmelse med

bestemte mål og design. Der er således tale om en bevidst og intentionel proces (Røiseland & Vabo 2012: 16; Jørgensen og Vrangbæk 2005: 12) Hierarki er mest fremherskende i klassiske bureaukratiske institutioner såsom internt i den offentlige forvaltning. Men det forventes også at være relevant at undersøge, hvorvidt der anvendes hierarkiske koordineringsstrategier i koordineringen af TDH, da projektet som bekendt involverer forvaltningen i form af Region Midt og Randers kommune. Selvom der er tale om et gensidigt afhængighedsforhold mellem de forskellige aktører i gennemførelsen af TDH, er det dog ikke nødvendigvis ensbetydende med, at der er et lige forhold mellem aktørerne. I realiteten er forvaltningen ofte i stand til at dominere disse interaktioner i kraft af dens adgang til ressourcer og autoritet (Bell and Hindmoor 2009: 11).

Den offentlige forvaltning har således visse strategier af hierarkisk karakter til rådighed i kraft af sin position. I et samarbejde som TDH, må man forvente, at forvaltningsmyndighederne har mindre mulighed for at anvende administrative ordrer og delegering af opgaver, men forvaltningen vil stadig kunne gøre sin indflydelse gældende på andre måder. Et af de midler forvaltningsmyndighederne har til rådighed er således kontrol med budgettet, hvorigennem regionen eller kommunen kan bestemme eller øve kraftig indflydelse på de andre aktørers handlerum (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010: 29, 66). En anden vigtig strategi er oprettelsen af koordinerende instanser, en person eller enhed, som skal stå for koordineringen af andre aktører. Den hierarkiske relation mellem den koordinerende enhed og de øvrige aktører vil variere alt efter, hvilke beføjelser den koordinerende enhed er blevet tildelt (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010: 57). Samtidig kan regionen og kommunen spille centrale roller i forhold til at opstille og definere rammerne for TDH (Bell & Hindmoor 2009). Dette kan gøres på flere måder: Ved at opstille mål for samarbejdet og sætte dagsordenen, ved at trække på eksisterende regler og procedurer, der kan være med til at bestemme de involverede aktørers handlerum samt ved at beslutte hvilke aktører, man er interesseret i at involvere i et givent projekt (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010: 66). På den måde kan forvaltningsmyndighederne gøre sin indflydelse gældende i planlægningsfasen. Herudover har regionen og kommunen mulighed for at monitorere samarbejdet og derigennem påvirke koordineringsprocessen (Bell & Hindmoor 2009: 2, 8-14).

I forhold til indeværende analyse af TDH er det således interessant, i hvor høj grad regionen og kommunen har mulighed for at anvende hierarkiske koordinationsstrategier.

3.1.2 Netværk (CMN)

Repræsentanterne fra Region Midt, Randers kommune, forskerne fra Institut for Folkesundhed samt de praktiserende læger interagerer ikke inden for en formel hierarkisk struktur, men derimod i et netværk præget af horisontale relationer. Man må således forvente, at aktørerne vil tage strategier i brug, der ikke kun er baserede på hierarki. I en netværkskontekst har aktørerne andre strategier til rådighed.

Begrebet netværk udvikledes i forsøget på at forklare udviklingen i den offentlige sektor i 80'erne og 90'erne. Argumentet var, at kombinationen af hierarkiske og markedsorienterede koordinationsmekanismer, samt den større involvering af civilsamfundet, ikke blot havde skabt nye hybrider mellem de hidtidige mekanismer, men at der var opstået en kvalitativt ny koordinationsmekanisme, netværk (Røiseland & Vabo 2012: 15). Som den diametrale modsætning til hierarki er netværk karakteriseret ved at være baseret på frivillighed og solidaritet imellem hierarkisk ligestillede aktører, der ser en fordel i at samarbejde i forsøget på at sikre egne interesser. Netværkene beskrives også som "selvregulerende" (Byrkjeflot og Guldbrandsø 2013: 471).

Netværk som koordinationsmekanisme kan defineres "*som uformelle, forhandlede samarbejdsstrukturer, der skabes i interaktionen mellem interdependente aktører med fælles interesse i et sagsområde eller en aktivitet*" (Jørgensen & Vrangbæk 2005: 13; Bouckaert, Peters & Verhoest 2010: 44-45).

Interaktionerne mellem de involverede aktører foregår som oftest inden for et relativt institutionaliseret framework. Dette institutionaliserede framework består af mere eller mindre etablerede regler, normer og kognitive paradigmer, som er opstået i interaktionen mellem de forskellige aktører i netværket (Sørensen & Torfing 2008a). Disse netværke kan således hverken forstås som organisationer, idet de involverede aktørers autonomi forhindrer hierarkisk koordinering samtidig med, at netværket ofte er karakteriseret ved at mangle et overordnet mål. Netværket kan på den anden side heller ikke defineres som værende en institution, da der ved netværkets opbygning hverken vil være klart definerede og alment accepterede regler og normer, eller nogen procedure for hvordan formelle beslutninger træffes. De involverede aktører kan forsøge at stabilisere netværket ved at etablere formelle såvel som uformelle regler og procedurer, men de involverede aktørers forskellige baggrunde og tilgang til samarbejdet vil til stadighed udfordre netværkets stabilitet. Netværket vil således kontinuerligt blive præget af aktører, hvis fortsatte interaktioner er med til at institutionalisere og de-institutionalisere de regler og normer, som danner rammerne for samarbejdet i netværket (Sørensen & Torfing 2008a: 25-27). Netværk er således karakteriseret ved at være komplekse systemer, som kan opstå mere eller mindre spontant (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010). Som det vil blive uddybet nedenfor i afsnittet om mandaterede partnerskaber, er der med samarbejdet om TDH ikke tale om et netværk i sin reneste form, da TDH er opstået med et relativt klart mål for øje på foranledning af regionen som hierarkisk aktør. Som nævnt ovenfor må det dog forventes, at samarbejdet vil være præget af netværksmekanismer, da samarbejdet ikke er indlejret i en fast hierarkisk struktur. Indsigter fra netværkslitteraturen er derfor relevante, da samarbejdet kan være præget af den ustabilitet og kompleksitet, som præger netværk. Det åbner samtidig op for, at aktørerne kan anvende netværksstrategier.

Netværksstrategier er karakteriserede ved horisontal koordination, hvor der er vægt på aftaler, forhandlinger og gensidig forståelse. I den forbindelse kan uformel interaktion spille en central rolle. Uformelle

interaktioner kan supplere og omgå formelle strukturer og kan afhjælpe rigiditet i samarbejdet mellem organisationer (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010: 44-47).

Aktørerne i en netværkskontekst kan ifølge Alexander (1995) anvende kommunikative og informationsbaserede strategier og kooperative strategier baseret på forhandling, inddragelse og medejerskab. Skabelsen af tillid, fælles forståelse og fælles værdier er grundlæggende for at sikre koordinering i en netværkskontekst (Keast, Mandell & Brown 2006: 39).

I anvendelsen af netværksstrategier har de involverede aktører en række instrumenter til rådighed. Mere konkret kan skabelsen af systemer, der kan bruges til informationsudveksling styrke koordineringen; det kan for eksempel være fælles IT-systemer og databaser. Oprettelsen af konsultations- og forhandlingsorganer er en anden konkret måde at facilitere koordination: Her vil der være mulighed for, at de involverede aktører kan dele information, tilpasse deres aktiviteter og uddybe fælles strategier. (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010: 58-59). Inddragelse, medejerskab og fælles værdier kan etableres gennem fælles uddannelse og træning. I TDH ses dette for eksempel i forbindelse med afholdelsen af halvårslige temadage for alle de involverede parter i projektet.

Netværksstrategier kan være intra- såvel som interorganisatoriske og kan, som indikeret ovenfor, gå på tværs af formelle organisationsgrænser og opdelingen mellem offentligt og privat. Da aktørerne i en netværkskontekst ikke kan styres direkte ved hjælp af hierarkisk koordination må centrale aktører således acceptere den manglende kapacitet til at styre og i stedet lære at styre netværk på en indirekte måde. Det er således også anerkendt i governance-litteraturen, at overordnede aktører kan spille en vigtig rolle i forhold til at opretholde diverse netværk (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010:47- 48; Kjær 2004: 47-48; Bell & Hindmoor 2009). Netværksstrategier er tæt beslægtede med det som i litteraturen om governance netværk benævnes meta-governance. Visse indsigter herfra vil således være relevante at inddrage: Meta-governance kan både være et udtryk for proces-management, hvor en given aktør opnår en vigtig rolle ved at være initiator i forhold til forskellige netværk samt støtter netværkenes evne til selvregulering. Det kan dog også være baseret på at den givne aktør selv deltager i netværket og dermed udøver indflydelse på det. For forvaltningen er det ofte ensbetydende med, at denne er nødt til at spille efter de horisontale regler, der måtte være i netværket (Börzel & Planke 2007, 2008: 168-169). Det vil ofte være den offentlige forvaltning, der kan anvende meta-governance, i kraft af deres adgang til institutionelle ressourcer (Sørensen og Torfing 2008b: 171). Man skal dog samtidig være påpasselig med at tilskrive meta-governance udelukkende til forvaltningen og dennes interesser (Triantafillou 2008: 189). I princippet vil meta-governance kunne anvendes af alle involverede aktører med tilstrækkelige ressourcer (Sørensen og Torfing 2008b: 171). Pointen om at alle aktører igennem meta-governance kan styre en proces er særligt relevant for dette speciale. Eksempelvis ses forskerne som værende aktive i brugen af disse strategier. For at sikre analytisk stringens vil

disse teoretiske indsigter vedrørende meta-governance dog blive operationaliseret under begrebet netværksstrategier i metodeafsnittet.

I forhold til analysen af TDH er det derfor interessant hvilke aktører, der tager netværksstrategier i anvendelse. Aktørernes ressourcer ventes i denne sammenhæng at have betydning for i hvilket omfang de vil have mulighed for at anvende netværksstrategier.

3.1.3 Opsummering (JBC)

I det ovenstående er forskellige koordineringsstrategier baseret på enten hierarki eller netværk blevet præsenteret. I metodeafsnittet vil disse strategier blive sammenfattet i seks overordnede kategorier af hensyn til analytisk overskuelighed; to hierarkiske, der defineres som henholdsvis rammesætning og styringsinstrumenter. Netværksstrategierne opsummeres i fire kategorier; forhandling, inklusion, informationsdeling og en mere indirekte strategi baseret på uformelle relationer. Hierarkiske strategier ventes i hovedreglen at kunne tages i anvendelse af forvaltningsmyndighederne, hvorimod netværksstrategier ventes at kunne tages i anvendelse af alle aktører, da koordinering baseret på netværk netop er karakteriseret ved at aktørerne er ligestillede. Idet studiet af koordineringslitteraturen ofte har et makrofokus på eksempelvis en hel offentligt forvaltning (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010), så er hensigten med operationaliseringen ligeledes at åbne op for analysen af koordineringsstrategier i konteksten af et relativt afgrænset implementeringsprojekt med kun fire involverede aktører, hvor der således vil være fokus på den løbende interaktion mellem aktørerne.

Anvendelsen af koordineringsstrategier ventes at være influeret af, hvorvidt samarbejdet foregår indenfor et hierarki eller et netværk. Som det vil fremgå af teorien om det mandaterede partnerskab, ventes TDH at være baseret på en hybrid mellem hierarki og netværk (Keast, Mandell & Brown 2006). Det må således forventes, at der vil være mulighed for at anvende både hierarkiske og netværksstrategier. Det interessante bliver dermed hvilken kombination af strategier, der tages i anvendelse samt hvilke omstændigheder og motivationer, der kan forklare anvendelsen af disse strategier. For at kunne forstå hvilke strategier, der vil kunne anvendes og hvorfor disse tages i anvendelse, er det således nødvendigt med en nærmere teoretisk karakterisering TDH.

3.2 Koordinering i et mandateret partnerskab (CMN)

Projektet ”Tjek dit helbred” kan beskrives som et partnerskab, idet der er tale om *et formaliseret samarbejde mellem minimum to aktører, der involverer enighed om målsætninger og en deling af ansvar og ressourcer i et specificeret tidsrum* (Hunter and Perkins 2014: 23, Vabo & Røiseland 2012: 26). Partnerskaber blev indført af forvaltningen i forsøget på at varetage opgaver, der hverken ville kunne løses internt i en hierarkisk

styret offentlig organisation eller på markedsvilkår. Blandt disse opgaver finder man såkaldte ”*wicked issues*”(Hunter and Perkins 2014:2-3). I en folkesundhedsmæssig kontekst refereres der til problemer så komplekse, at en enkelt organisation ikke er i stand til at løse dem på egen hånd, hvorfor der er behov for at danne partnerskaber, der involverer aktører fra den offentlige, private eller civile sektor. Et *wicked issue* kan for eksempel være om fedme (Hunter and Perkins 2014: 2-3, 19-21). Også i forbindelse med helbredstjekket bliver forskellige aktører bragt sammen for at løse *wicked issues*.

Hvor et velfungerende partnerskab i teorien kan skabe en sammenhængende og mere effektiv indsats over for *wicked issues*, er der dog i praksis ofte en række hindringer for et velfungerende partnerskab. Disse hindringer er relevante at inddrage, fordi de medfører nogle potentielle udfordringer, som må forventes at have betydning for aktørernes valg af strategier i forsøget på at løse dem (Hunter & Perkins 2014; Bouckaert, Peters & Verhoest 2010: 34). Her vil blot blive nævnt nogle af de mest centrale: Først og fremmest ligger der en udfordring i at skabe generel enighed blandt de involverede aktører, ikke mindst i forhold til, hvordan de opstillede mål skal håndteres. Der er desuden en række praktiske og budgetmæssige udfordringer; beslutninger om hvem, der skaffer de nødvendige ressourcer og sammenkoblingen mellem arbejdet i partnerskabet og de involverede aktørers normale funktioner. Herudover spiller de enkelte aktørers værdier og interesser en central rolle i forhold til om de involverede partnere er i stand til at samarbejde, og hvorvidt de mener, at engagementet i partnerskabet hindrer dem i at udføre deres normale opgaver (Hunter & Perkins 2014; 38-39).

I litteraturen finder man ofte en antagelse om, at forudsætningen for at et partnerskab bliver etableret, er aktørernes motivation for at samarbejde. Det forventes således, at et succesfuldt partnerskab vil være sammensat af aktører med fælles interesser, der frivilligt har indgået et samarbejde (Hunter & Perkins 2014: 37; Rodriguez et al. 2007: 152).

I sin rene form forekommer dette sjældent i offentligt regi, da partnerskaber ofte er pålagt aktørerne af en offentlig myndighed, som også har indflydelse på målsætninger og processer (Hunter & Perkins 2014). Sådanne samarbejder betegnes som *mandated collaboration*. *Mandated collaboration* er defineret som en situation hvor ”*en tredjepart forsøger at pålægge andre aktører at samarbejde*” (Halpert; 1982). I dette speciale overføres denne definition til et partnerskab, hvorfor der herefter vil blive refereret til det mandaterede partnerskab.

TDH ses som et mandateret partnerskab, idet projektet formelt blev etableret på foranledning af Region Midt, som initierede kontakten til Randers kommune og stod for forhandlingerne med PLO-Midtjylland. Samtidig foregår en stor del af koordineringen af projektet inden for nogle specifikke rammer etableret af regionen.

I definitionen af et mandateret partnerskab ligger, at graden af tvang kan variere, og at der stadig vil være en stor grad af frivillighed. Denne frivillighed betyder, at de enkelte aktørers værdier, interesser og ressourcer vil få betydning for partnerskabet (Rodriguez et. Al 2007: 151-153; Vabo & Røiseland 2012). Da aktørerne ikke, som i en ideel netværkssituation, spontant er gået sammen om at løse et fælles problem, er det sandsynligt, at aktørernes tilgang til samarbejdet vil være præget af, at de vil have forskellige værdier og interesser. I en sådan sammenhæng kan man således ikke forvente, at samarbejdet udelukkende kan fungere på baggrund af netværksstrategier, som i høj grad bygger på tilstedeværelsen af fælles værdier og interesser; der må nødvendigvis være behov for en kombination af koordineringsstrategier, hvor hierarkiske strategier kan være med til at strukturere samarbejdet. (Rodriguez et al. 2007: 152-153). Da et mandateret partnerskab således eksisterer i spændingsfeltet mellem hierarki og netværk, bliver det interessante, *hvorfor* en specifik kombination af strategier tages i anvendelse (Rodriguez et al. 2007: 156).

Ifølge Hardy & Phillips (1998) vil de enkelte aktører, som er involveret i et givent samarbejde altid søge at konstruere samarbejdet på en sådan måde, at aktørerne selv opnår de største fordele. For at kunne forstå aktørernes tilgang til et samarbejde, og herunder dermed også valget af koordineringsstrategier, er det således nødvendigt at analysere aktørernes værdier og interesser, samt magtforholdet mellem de vigtigste aktører (Rodriguez et. Al 2007: 151-153).

I det følgende vil værdier og interesser blive defineret med henblik på, at kunne forstå hvorfor specifikke koordineringsstrategier anvendes. Efterfølgende vil aktørernes magtressourcer blive defineret. (Rodriguez et al. 2007: 154-155).

3.2.1 Værdier og interesser (JBC)

Da aktørernes værdier og interesser, som ovenfor nævnt, ventes at have betydning for hvilke strategier, der tages i anvendelse, er det relevant at definere disse nærmere (Benson: 1975, Hunter & Perkins 2014; 38-39). Værdier og interesser kan defineres som enten uafhængige eller afhængige. Ifølge Van Dyke (1962: 568, 573) kan værdier defineres som værende uafhængige, hvilket indebærer, at de har en intrinsisk eller normativ værdi og derfor er værd at opnå for deres egen skyld. Værdien bliver dermed i sig selv et mål, hvilket indebærer, at målsætninger kan afspejle aktørernes værdier. Interesser skal derimod ses som afhængige, hvilket betyder, at interesserne får instrumentel betydning i forhold til sikre den uafhængige værdi. Interesser bliver dermed et middel til at opnå et værdibaseret mål. Sammenhængen mellem værdier og interesser kan også ses som trin på en stige, hvor interesser er et skridt på vejen til at realisere uafhængige værdier. Eksempelvis kan forvaltningsmyndighedernes interesse i at realisere TDH ses i lyset af en værdi om styrket folkesundhed.

I forbindelse med TDH er et interessant aspekt ved koordineringen, at det omfatter både forvaltningsmyndigheder og professionelle aktører. Da der er tale om to forskellige typer aktører, er det meningsfuldt at beskrive *særtræk* vedrørende deres værdier og interesser.

Randers kommune og Region Midts værdier og interesser vil være baseret på antagelserne vedrørende det mandaterede partnerskab. For at bidrage med yderligere forståelse for forskerne og lægernes værdier og interesser, er det meningsfuldt at inddrage indsigter fra professionslitteraturen.

Forvaltningsmyndighedernes værdier afspejler nogle grundlæggende opfattelser af, hvordan den sociale verden fungerer, og herunder forventninger til rigtigheden af visse sociale arrangementer, samt hvordan man skal agere på baggrund af disse forventninger (Pettigrew 1973: 575). Værdierne definerer således, hvad der er forvaltningsmyndighedernes mission og formål og er med til at retfærdiggøre sammenhængen mellem forvaltnings tildelte opgaver og de procedurer, der bliver anvendt til at løse disse (Rodriguez et. Al 2007; Benson 1975: 237). Forvaltningsmyndighedernes værdier danner ofte grundlag for og er udtrykt i generelle målsætninger og *mission statements* (Rainey 2014: 148, Pettigrew 1973). Herudover fremstår effektivitet og fairness som to centrale værdier i den offentlige administration (Rutgers & Overeem 2014). I forhold til TDH forventes det, at forvaltningsmyndighedernes værdier er med til at begrunde regionen og kommunens involvering i projektet. Hvor værdier kommer til udtryk i forvaltningsmyndighedernes mere overordnede mission og formål, afspejler interesser forvaltningsmyndighedernes syn på, hvordan denne mission realiseres (Benson 1975: 232).

Interesser refererer dermed til forvaltningsmyndighedernes faglige syn på, hvordan konkrete opgaver skal løses (Winter & Nielsen 2008: 73). Hvis forvaltningsmyndigheden for eksempel har en værdi om effektivitet i dens ydelser, så vil den ligeledes have en interesse i at disse ydelser foretages med mindst mulige omkostninger. Interesser kan også relatere sig til forvaltningens ønske om at sikre sig ressourcer, der både skal bruges til at gennemføre forvaltningens målsætninger, men samtidig også kan være relateret til at sikre forvaltningsmyndighedernes egen position (Winter & Nielsen 2008: 74; Rodriguez et. Al 2007). En central interesse i begge sammenhænge er økonomi. Der vil således også være fokus på forvaltningsmyndighedernes økonomiske interesser i forbindelse med TDH.

I professionslitteraturen fremgår det, at professionelle er præget af nogle særlige værdier (Freidson 2001), som er relevante at inddrage for således at opnå en forståelse for de professionelles betydning for hvilke koordineringsstrategier, der tages i anvendelse i koordineringen af TDH. Professionelle er karakteriseret ved, at de beskæftiger sig med en type arbejde, der er så specialiseret, at det ikke kan udføres uden den nødvendige træning og erfaring. Samtidig kan dette arbejde ikke standardiseres (Freidson 2001: 17). I relation til denne karakteristik kan der udledes nogle værdier, som kan siges at være fælles for professionelle. Først og fremmest fremhæves selve værdien i specialiseringen, som muliggør en fleksibilitet og

tilpasningsevne i forhold til forskellige opgaver (Freidson 2001: 109). Dette er relateret til antagelsen om, at de professionelles arbejde ikke kan standardiseres og automatiseres, idet der ofte opstår situationer, som kræver et selvstændigt skøn. På baggrund heraf har professionelle også en værdi om uafhængighed fra andre aktører, der skulle søge at styre de professionelles arbejde (Freidson 2001: 115-116, 120). Professionelle er således i modsætning til andre faglærte karakteriserede ved, at de ikke tjener *andre* – i stedet bekender professionerne sig til nogle større idealer og værdier, der rækker ud over de interesser, som potentielle principaler måtte have. Forskellige professioner vil bekende sig til forskellige værdier, men værdierne kan også overlappe. Et relevant eksempel på en værdi kan være ”sundhed”. Fælles er dog, at de professionelle på baggrund af disse værdier kan gøre krav på uafhængighed (Freidson 2001: 120).

I forlængelse af deres værdier vedrørende autonomi og faglighed har professionelle aktører en interesse i at sikre deres *professionelle projekt*. Det professionelle projekt kan defineres som: ”*The systematic attempt to translate a scarce set of cultural and technical resources into a secure and institutionalized system of social and financial rewards*” (Larson 1977: xvii; Citeret: Muzio & Kirkpatrick 2011:391). I dette perspektiv bliver professionaliseringen set som bestemte faggruppers forsøg på at kontrollere deres eget arbejdsområde uden indblanding eller kontrol via markeder eller hierarkier (Jespersen 2005). Ydermere er det kendetegnende, at der er en definitions-mæssig kamp omkring hvad der er inkluderet og ekskluderet i professionerne. Dermed bliver en del af *projektet for professionerne* altså, at monopolisere indtræden på deres arbejdsområde og undlade at underlægge sig ledelse udefra (Larson 1977, Jespersen 2005: 67).

Omdrejningspunktet for opretholdelse af monopoliet består i at tage patent på en bestemt viden og udøvelse af denne. Grundet samfundsudviklingen må de professionelle ustandseligt kæmpe for at fastholde deres magt (Jespersen 2005 kap 3 Bendix et.al : kap. 3).

Freidson (2001: 200) medgiver at dette monopol også kan tilskrives nogle økonomiske interesser i at sikre en vis eksklusivitet i professionen. Men først og fremmest skal monopoliet sikre, at kvaliteten af det arbejde de professionelle foretager bibeholder en høj standard.

Som det ses af ovenstående forventes det, at de professionelle i et vist omfang vil forsøge at sikre deres uafhængige position som professionelle og eksperter på deres respektive område, og dette forventes, at spille en rolle for hvilke interesser, der kommer til udtryk i dette speciale. Det tænkes således at interessevaretagelsen vil bero på ønsker om at beskytte eller styrke lægernes og forskernes status i forhold til deres respektive professionelle projekter.

Det er relevant at inddrage ovenstående analyseramme til at sikre solide analytiske indsigter som anvendes til at klargøre de professionelles værdier og interesser. Dette vil bidrage til at forklare anvendelsen af koordineringsstrategier i analysen.

På baggrund af det teoretiske udgangspunkt vil aktørernes værdier og interesser i relation til TDH blive identificeret i den senere analyse. Som det fremgår af teorien har aktørerne nogle forskellige værdimæssige og interesse-mæssige udgangspunkter, som kan få betydning for udformningen af samarbejdet og dermed anvendelsen af koordineringsstrategier.

Samarbejdet mellem aktørerne i et mandateret partnerskab ventes ikke blot at være præget af aktørernes værdier og interesser. Magtforholdet mellem aktørerne, som bestemmes af de ressourcer aktørerne besidder, forventes ligeledes at influere på samarbejdets udformning (Peters 2007: 71, Bell & Hindmoor: 2009).

3.2.2 Magtressourcer (CMN)

I et mandateret partnerskab, hvor aktørerne ikke nødvendigvis frivilligt er indgået i samarbejdet, kan man ikke på forhånd forvente at aktørerne har sammenfaldende interesser og dermed samme målsætninger (Rodriguez et. Al 2007: 151-153; Vabo & Røiseland 2012). Magtforholdet mellem aktørerne bliver således særlig relevant (Hardy & Phillips 1998: 219).

Magt er blevet konceptualiseret på mange forskellige måder, men i denne sammenhæng anvendes Hardy & Phillips (1998: 219) framework, hvori det relative magtforhold mellem de involverede aktører er betinget af tre aspekter, som kan bruges til at analysere dynamikkerne i samarbejdet vedrørende TDH. Det først aspekt vedrører *formel autoritet*, hvor en given aktør har den legitime ret til at træffe beslutninger. Dette vil ofte være forbundet med en hierarkisk position og er således også tæt forbundet med hierarkiske koordineringsstrategier. Denne kategori kan for eksempel relatere sig til regionen og kommunens rolle i forbindelse med TDH.

Begrænsede ressourcer er et andet aspekt, der ligeledes har betydning for magtforholdet mellem samarbejdets aktører. Dette aspekt opdeles i to underkategorier; viden og information samt økonomiske ressourcer. I en situation, hvor en aktør er nødt til at trække på en anden aktørs specifikke information eller økonomiske ressourcer, kan der opstå nogle ulige magtforhold. Fordelingen af disse ressourcer kan variere alt efter den givne kontekst. I visse sammenhænge vil ressourcerne være koncentreret ved en aktør, og i andre sammenhænge vil ressourcerne være spredt ud blandt flere aktører. Dette vil have betydning for samarbejdets udformning (Hardy & Phillips 1998: 219). Viden og information fremstår i denne sammenhæng som en ressource professionelle aktører i særlig grad vil kunne trække på, idet professionelle aktører netop er karakteriserede ved at besidde specialiseret viden (Freidson: 2001).

Diskursiv legitimitet er det tredje magtaspekt. Aktører, der besidder diskursiv legitimitet, vil kunne påvirke samarbejdet uden hverken formel autoritet eller andre ressourcer. Begrebet indebærer, at visse aktører i et samarbejde repræsenterer og kan tale med en særlig vægt på vegne af emner og organisationer eller aktører, som er påvirket af samarbejdet, men som ikke deltager direkte (Hardy & Phillips 1998: 219). Denne sidste form for magt er særlig central i sundhedssektoren, som varetager emner af stor vigtighed for befolkningen,

og hvor både forskerne og lægerne har stor legitimitet (Rodriguez et. Al 2007: 155). Med diskursiv legitimitet kan visse aktører i princippet opnå større indflydelse end andre ressourcestærke aktører, der ikke på samme måde fremstår som repræsentative for et givent emne, men nærmere anses for at være drevet af andre (egen)interesser.

Diskursiv legitimitet fremstår, på samme måde som viden og information, som en ressource professionelle aktører i særlig grad vil kunne trække på. Professioners indflydelse er ikke bygget op omkring politisk eller økonomisk magt, men er derimod baseret på deres viden og faglighed. Ifølge Freidson (2001: 105-106) består professionelle generiske ressourcer derfor i *overtalelse*. Igennem overtalelse forsøger professionelle at etablere og bibeholde deres status. Diskursiv legitimitet som begreb vurderes at indfange dette aspekt og er således også meningsfuldt at anvende i forhold til professionelle.

For at forstå dynamikkerne i et samarbejde kan man således ikke blot kigge på den økonomiske ressourcefordeling; man er også nødt til at have den formelle og diskursive magt for øje (Hardy & Phillips 1998: 219). Følgelig må man forvente at en aktør, der kan trække på flere eller alle magtaspekter vil have tilsvarende større indflydelse på samarbejdet.

3.3 Opsummering på det teoretiske afsnit (JBC)

I dette kapitel er den teoretiske ramme for specialet blevet etableret. Med udgangspunkt i governance- og koordinerings-litteraturen er der blevet præsenteret en række koordineringsstrategier baseret på hhv. hierarki og netværk. Koordineringsstrategierne, som de anvendes i dette speciale, vil blive operationaliseret i metodekapitlet. På baggrund af teorien om mandateret partnerskab forventes det, at anvendelsen af koordineringsstrategier vil være præget af aktørernes værdier, interesser og ressourcer. Idet TDH er et mandateret partnerskab kan det ikke på forhånd forventes, at aktørerne har sammenfaldende værdier og interesser. Det er således vigtigt for analysen af strategier at undersøge, hvorvidt aktørerne har fælles værdier og interesser eller ej, idet dette har betydning for, om samarbejdet er baseret på netværksstrategier eller hierarkiske strategier. Ressourcerne forventes ligeledes at spille en rolle for hvilke strategier aktørerne anvender og hvorfor.

Da TDH omfatter to aktører, der ansues som værende professionelle, er det ligeledes relevant at supplere indsigterne fra governance- og koordineringslitteraturen med et professionsteoretisk perspektiv på koordineringen, idet det således vil være muligt at opnå en større forståelse for de professionelles værdier, interesser og ressourcer. Efter at have etableret det teoretiske fundament vil næste kapitel fokusere på specialets metodiske tilgang.

Kapitel 4: Metode (CMN)

I det følgende vil specialets metodiske tilgang blive gennemgået. Først vil der blive redegjort for forskningsdesignet, hvorefter caseudvælgelsen vil følge. Dernæst vil specialets data blive præsenteret og teorien operationaliseret, mens analysedesignet slutteligt vil blive præsenteret.

4.1 Forskningsdesign (CMN)

Forskningsdesignet skal først og fremmest facilitere et grundlag, der sikrer et validt svar på specialets problemstillinger (Andersen, Binderkrantz & Hansen 2012: 95). På baggrund af problemformuleringernes undersøgende karakter anvendes et multiple embedded casestudie som forskningsdesign (Yin 2014: 50; Andersen, Binderkrantz & Hansen 2012: 89-91). Studiet indeholder to cases, med underenheder indlejret, med henblik på analytisk sammenligning (Yin 2014: 50-65). Valget af to cases frem for én skyldes et ønske om at styrke specialets konklusioner i forhold til den interne validitet (Yin 2014:64). Ved at analysere to cases, hvor koordineringsstrategier tages i anvendelse i to forskellige settings på tværs af en policy-proces, vil det være muligt at styrke specialets konklusioner om *hvorfor* givne koordineringsstrategier anvendes. Fordelen ved to cases frem for en er, at man i sammenligningen vil mindske sandsynligheden for, at konklusionerne blot er baseret på nogle specifikke omstændigheder ved den ene case. Ved at undersøge koordineringsstrategierne på tværs af casene opstår der mulighed for at afklare grundene til de anvendte strategier på et solidt grundlag og dermed styrke den interne validitet (Andersen, Binderkrantz & Hansen 2012: 85-95).

Specialet har en deduktiv tilgang til afdækning af problemstillingerne (Andersen, Binderkrantz & Hansen 2012: 73). Problemstillingerne har indbygget en teoretisk antagelse om anvendelse af koordineringsstrategier i interaktionen mellem aktører, ligesom teori afsnittet opstiller begreber til forklaring af anvendelsen af disse strategier. Dermed sætter de teoretiske indsigter rammerne for udførelsen af undersøgelsen.

Som følge af at forskningsdesignet har et embedded frem for et holistisk udgangspunkt (Yin 2014: 62), beror afdækningen af koordineringsstrategierne inden for de to faser på analyser af underenheder i hver case (Andersen, Binderkrantz, Hansen 2012: 86; Yin 2014: 50). Underenhederne omfatter aktørerne, der er involveret i koordineringen; det vil sige Region Midt, Randers Kommune, forskerne fra Institut for Folkesundhed og de praktiserende læger.

4.2 Afgrænsning af analyseområdet og caseudvælgelse (JBC)

Det er vigtigt for caseudvælgelsen, at det bliver klargjort hvad, der menes med ”Tjek dit helbred”. I dette speciale anlægges en relativ bred processuel forståelse. Nemlig at det indbefatter policy-processen fra de indledende interessemøder med de involverede aktører til implementeringen og driften af helbredstjek, helbredssamtale og kommunale opfølgende tilbud. Afgrænsningen er således i overvejende omfang processuel og ikke skarpt tidsligt defineret. I og med at forløbet om driften af projektet ikke er afsluttet, afgrænses analyseområdet således til og med 17. juni 2015, hvor det sidste interview blev foretaget. I forhold til at afgrænse starten af processen tidsligt er dette problematisk, som følge af at der ikke har været nedskrevne datakilder fra den indledende proces tilgængeligt for speciallets forfattere. Derfor beror afgrænsningen i højere grad på de processuelle omstændigheder. Af interviewudsagn fremgår det, at processen har gået tilbage til omkring 2007-2008.

I forhold til den mindre skarpe tidslige afgrænsning i starten af processen, vurderes dette ikke at have betydning for caseudvælgelsen eller den senere analyse. Dette skyldes, at data der beror på interviews vil orientere sig mod det processuelle forløb og i mindre grad at afdække datoer. I forlængelse af dette afhænger belysningen af hvilke strategier og hvorfor de anvendes ikke af streng tidslig observans. Det er dog essentielt at forklaringer på strategianvendelser ikke kan tilskrives hændelser, der fandt sted efter strategiernes anvendelse. Denne problematik vil der således blive taget hensyn til i analysen.

4.2.1 Caseudvælgelse (CMN)

Da dette studie har et komparativt sigte, er det nødvendigt at gøre sig overvejelser omkring, hvad formålet med den sammenlignende tilgang er (Andersen, Binderkrantz & Hansen 2012). Hvis problemstillingen udelukkende havde haft et beskrivende sigte, det vil sige udelukkende at kortlægge de anvendte koordineringsstrategier, havde et single-casestudie været at foretrække, da man derved havde mulighed for i højere grad at gå i dybden med dette og dermed sikre en fuldstændig afdækning (Yin 2014). Da problemstillingen ligeledes rummer et forklarende spørgsmål, synes det relevant at inddrage mere end en case, for på tværs af cases, at se på forskelle og ligheder i anvendte strategier, ligesom konklusionen vedrørende hvorfor disse tages i anvendelse vil blive styrket. Nedenfor vil de to cases blive præsenteret.

En policy-proces er dynamisk proces, der kan ses som værende opdelt i faser med varierende fokus (Clavier & de Leeuw 2013). TDH ansues som en policy-proces i to faser. Policy-processen omhandler overordnet indførelsen af et forebyggende helbredstjek i en kommunal setting. *Case 1* defineres som den indledende etablering af projektet, og herunder vedtagelsen af § 2-aftalen, mens *Case 2* defineres som implementeringsprocessen samt driften af projektet. Idet en policy-proces kan ses som værende opdelt i faser med varierende fokus Fordelen ved denne opdeling er, at den muliggør sammenligning på tværs af politisk

fokus, og det der skal koordineres. I Case 1 er der relativt større politisk fokus fra henholdsvis Regionen og PLO-Midtjylland i og med at § 2-aftalen sætter de økonomiske og faglige rammer for lægerne og regionen. Samtidig ses det, at det der skal koordineres, ikke er det samme i hver case. I case 1 skal oprettelsen af projektet koordineres, mens aktørerne i case 2 skal koordinere kommunen, lægernes og forskernes bidrag til projektet i en implementerings- og driftsfase. Det er således plausibelt, at aktørerne kan have varierende interesser og forskellige ressourcer til rådighed i de to cases.

Formålet med disse to cases er at sammenligne på tværs af casene; der er dog ikke tale om en sammenligning, der beror på en streng kontrollogik. I højere grad ønskes en sammenligning for at gøre undersøgelsens resultater mere robuste, da to forskellige faser sikrer et mere solidt fundament for konklusionen. Da der som vist ovenfor er tale om to kvalitativt forskellige faser af processen vedrørende TDH, kunne man forvente forskelle i anvendelsen af koordineringsstrategier, ligesom begrundelserne herfor kunne variere fra case til case, hvorfor en sammenlignende analyse vil give mulighed for at gå i dybden og udlede pointer fra disse forskelle.

I det ovenstående er forskningsdesignet og caseudvælgelsen blevet præsenteret. I det følgende vil de datakilder som undersøgelsen er baseret på blive gennemgået.

4.3 Dataindsamling (CMN)

Ved hjælp af en række forskellige datakilder, centreret omkring interviews med udvalgte repræsentanter for de forskellige involverede aktører i koordineringen, vil problemstillingen blive afdækket. Valget af kvalitative datakilder frem for kvantitative beror på karakteren af problemstillingen. Det er således nødvendigt at få en dybdegående forståelse for karakteren af samarbejdet mellem de involverede aktører i TDH for at afdække både hvilke strategier, der anvendes, men i særdeleshed for at undersøge, hvorfor disse finder anvendelse. Ved brug af semi-strukturerende interviews, kan man således gå i dybden med og spørge ind til væsentlige aspekter vedrørende strategier eller begrundelser for anvendelse af disse (Kvale og Brinkmann 2009; Yin 2014; Harrits, Pedersen & Halkier 2012). Fordelen ved anvendelse af forskellige typer af kvalitativt materiale i denne sammenhæng er mulighederne for triangulering af materialet (Yin 2014: 120), ligesom det giver mulighed for at sammenligne fund på tværs af data (Elklit & Jensen 2012: 143). Begge dele kan fremhæves som fordelene ved et kvalitativt casestudie ligesom det styrker validiteten (Yin 2014: 3-25, 120).

Konkret består data til at besvare problemstillingerne af tre typer kvalitative kilder; skriftlige dokumenter af forskellig art, deltagende observationer og interviews.

Skriftlige dokumenter:

I analysen af koordineringen af TDH anvendtes baggrundsdokumenter til at belyse flere aspekter. For at opnå kendskab til den institutionelle kontekst som aktørerne agerer indenfor, er der således blandt andet blevet trukket på information om § 2-aftaler, overenskomstforhandlinger og forvaltningsmæssige samarbejdsaftaler. Hensigtserklæringer, beskrivelser på hjemmeside og lignende policy-dokumenter er blevet anvendt til at analysere kommunens og regionens værdier og interesser.

Det virker særlig relevant at inddrage sådanne skriftlige kilder i forbindelse med analysen af Region Midt og Randers kommune, da de som samlede, hierarkiske organisationer nødvendigvis må være styret af de erklæringer, som bliver meldt ud offentligt. Det er dog vigtigt at forholde sig kritisk til disse baggrundsdokumenter (Lynggaard 2015). Forvaltningsmyndighedernes dokumenter læses med de forbehold, der måtte være for offentligt tilgængelige dokumenter med et politisk sigte. Det kan diskuteres i hvor høj grad disse dokumenter har nogen substantiel betydning. Dog må det forventes, at forvaltningsmyndighederne til en vis grad må være styret af de erklæringer, som bliver meldt ud offentligt.

Lægernes og forskernes værdier og interesser er ligeledes blevet analyseret på baggrund af videnskabelige debatter vedrørende forebyggende helbredstjek, som sætter værdiforskelle både blandt forskere og læger i relief. For de praktiserende lægers vedkommende er der ydermere blevet trukket på offentligt tilgængelige dokumenter på hjemmesiden for Lægeforeningen, som vurderes at være nogenlunde repræsentative for lægernes overordnede værdier og interesser, idet Lægeforeningen repræsenterer langt størstedelen af lægerne (laeger.dk g).

Baggrundsdokumenter er udvalgt ud fra deres relevans i forhold til sundhedssektoren og forebyggende helbredstjek mere specifikt. Dokumenterne vil i analysen blive sammenholdt med udsagn fra interviewpersonerne for således at underbygge styrken af begge kilder.

I forbindelse med det indledende undersøgende arbejde fik specialets forfattere adgang til en række referater fra styregruppemøderne om TDH (Bilag 3). Referaterne fungerede som en god måde til at danne sig et overblik over udviklingen i projektet samt den overordnede arbejdsdeling og løbende problemstillinger. Dermed dannede referaterne et solidt fundament for en kvalificering af den videre dataindsamling i form af interviews. Karakteren af mødereferaterne er dog således, at de oftest ikke kan anvendes alene som grundlag for valide iagttagelser af anvendte strategier eller forklaringer på disse, hvorfor disse data hovedsageligt danner grundlag for krydstjek og validering af data opnået ved interviews.

Deltagende observationer:

I løbet af dataindsamlingsprocessen deltog forfatterne i to styregruppemøder, et i begyndelsen af arbejdet og et under interviewindsamlingsfasen (Bilag 3). Den første deltagerobservation skulle sikre en indledende

forståelse for projektet TDH og bidrog med indsigter, som kunne bruges i udviklingen af det efterfølgende forskningsdesign samt udvælgelsen af interviewpersoner. Den anden deltagerobservation gav rig mulighed for at sammenholde interviewpersonernes udsagn med forfatterens egen oplevelse af styregruppemøderne, og med den større teoretiske og empiriske indsigt, der var opnået i mellemtiden, kunne forfatterne se nogle nye perspektiver i koordineringen.

Fordelen ved deltagerobservationer er, at man, i hvert fald ideelt set, opnår et ufiltreret indblik i det, man studerer, i modsætning til både referater og interviews, der mere eller mindre bevidst kan være underlagt forskellige grader af (selv)censur. Herved kan man også undersøge både formelle og uformelle aspekter ved koordineringen af TDH (Sørensen & Torfing 2007: 150). I herværende studie oplevede forfatterne da også interessante aspekter ved koordineringen, som ikke var fremgået i forudgående interviews, og som blandt andet kunne bringes i spil i efterfølgende interviews.

Interview:

De primære datakilder består i semi-strukturerede interviews med udvalgte repræsentanter for de involverede aktører. Styrken ved semi-strukturerede interviews er, at man kan opnå dybere indsigter i interviewpersonernes individuelle oplevelse af situationer og hændelser, som man ellers ikke har mulighed for (Kvale og Brinkmann 2009; Harrits, Pedersen, Halkier 2012). I forhold til koordineringen af TDH kan man således opnå en større indsigt i møder end referaterne tillader og samtidig også opnå kendskab til koordinering af mere uformel karakter og i arenaer, hvor der ikke bliver foretaget løbende referater. Derudover kan interviewdata give indsigt i interviewpersonernes personlige oplevelse af, hvordan koordineringen foregår, og hvilke interesser og ressourcer, der er i spil, hvilket kan bidrage med indsigter i de dynamikker, der ikke nødvendigvis fremgår af andre dokumenter (Zølner, Ramussen og Hansen 2007: 125-126).

Da der er tale om en relativt lille gruppe af centrale aktører, samtidig med at det er nogle komplekse sammenhænge, der søges afdækket, vurderes interview-formen at være den mest optimale til at afdække de mange detaljer. På baggrund af interviews forventes mulighed for opnåelse af en højere intern validitet i forhold til for eksempel spørgeskemaer, idet interviewet tillader en større detaljegråd og muliggør, at man kan tilpasse sig nye oplysninger (Harrits, Pedersen & Halkier 2012: 147).

I forhold til TDH har der kun eksisteret et begrænset skriftligt datamateriale vedrørende koordineringen, hvorfor det har været særlig gavnligt at foretage interviews for at afdække de konkrete koordineringsstrategier i detaljer. Dette skyldes ikke mindst, at målet både er at undersøge *hvilke strategier der anvendes*, hvilket kræver beskrivelser fra involverede aktører, men også hvordan aktørerne oplever koordineringen, da dette giver indblik i *hvorfor de givne strategier* finder anvendelse.

For at danne et indledende overblik over de mange forskellige koordineringsarenaer som projektet TDH omfatter foretoges et indledende, åbent, empirisk orienteret interview med koordinatoren fra Institut for Folkesundhed, som skulle give en indledende baggrundsviden, der var nødvendig for efterfølgende at foretage en række semi-strukturerede interviews.

De semi-strukturerede interviews blev foretaget på baggrund af en standardiseret interviewguide (Bilag 1), der skulle sikre, at alle centrale teoretiske emner blev dækket på tværs af casene og interviewpersoner for derved at muliggøre sammenligning på tværs af cases og aktører. Specialets forfattere havde i udgangspunktet en åben tilgang til interviewenes forløb, da hensigten med interviewet både bestod i at afdække de teoretiske pointer samtidig med at disse pointer skulle afdækkes i en empirisk kontekst, som forfatterne først fik fuldt kendskab til i løbet af interviewet. Da et af hovedformålene med interviewene var at kortlægge koordineringsstrategier mellem aktørerne, var det således nødvendigt i løbet af interviewene at tilpasse rækkefølgen og formuleringen af spørgsmålene efter empirien, idet nye perspektiver på samarbejdet løbende dukkede op.

Interviewene blev, som det også fremgår af bilag 1, indledt med et meget åbent spørgsmål, hvor interviewpersonerne kunne redegøre for sin rolle i projektet, som interviewerne så kunne følge op på. Den relative åbenhed ved gennemførelsen af de semi-strukturerede interviews var således en styrke i denne sammenhæng, da det sikrede, at vigtige pointer blev indfanget og uddybet (Harrits, Pedersen & Halkier: 2012: 147). Samtidig var det en styrke, at begge interviewere var til stede ved alle interviews undtagen et. Interviewerne skiftedes til at styre hhv. sidde på sidelinjen under interviewene sådan, at det blev sikret, at alle relevante emner blev berørt og afdækket. Således vurderes det, at de skiftende roller har medført større målingsvaliditet og intern validitet i form af grundigere uddybning af spørgsmål, ligesom reliabiliteten er blevet styrket som følge af sikringen af, at samtlige temaer blev gennemgået for alle interviewpersoner. Eventuel bias ved den enkelte forfatters interviewteknik blev ligeledes mindsket som følge af de skiftende roller.

Da målet i herværende sammenhæng ikke var at teste konkrete hypoteser, vurderes det, at åbenheden i formuleringen af de specifikke spørgsmål ikke er problematisk i forhold til denne undersøgelses fokus (Kvale & Brinkmann 2009: 151).

Alle interviews blev optaget og sidenhen transskriberet. Transskriberingen af interviewene blev foretaget af begge specialets forfattere. I selve transskriberingsprocessen blev pauser og lignende medtaget for at sikre korrekt forståelse og brug i analyse- og kodningssammenhæng. I forbindelse med anvendelse af direkte citater i specialet, er der dog ændret marginalt i citeringen, eksempelvis ved at fjerne ”øh” eller ”(...)”, som markerede pauser i interviewpersonernes talestrøm. Disse ændringer letter læsningen af citaterne, og vurderes ikke at være af analytisk betydning, da dette speciales fokus ikke er på sprogbrug. Samtidigt er

ændringer foretaget på en sådan måde, at de ikke ændrer ved meningen af interview-personernes udtalelser. I det næstkommende afsnit vil der blive redegjort for udvælgelsen af interviewpersoner.

4.3.1 Udvalgelse af interviewpersoner (JBC)

Det første kriterium for udvælgelsen af interviewpersoner var, at de havde været involveret i selve koordineringerne (Zølner, Ramussen og Hansen 2007: 132). Herudover fandt udvælgelsen sted på baggrund af to overordnede kriterier. Da det interessante ved TDH er koordineringen mellem hierarkisk ligestillede aktører, var det relevant at få repræsentanter fra alle involverede aktører. Da styregruppen netop har til hensigt at bringe repræsentanterne fra kommunen, regionen, Institut for Folkesundhed og Almen Praksis sammen, og det samtidig er de samme personer, som står for koordineringen af projektet, var det således oplagt at tage udgangspunkt i styregruppen i udvælgelsen af interviewpersoner. Det viste sig hurtigt relevant at interviewe samtlige nuværende repræsentanter fra styregruppen, da det vurderedes, at repræsentanterne netop var involveret, fordi de spillede en relevant rolle, både for koordineringen i styregruppen, men ligeledes i forhold til den koordinering, der foregik uden for styregruppen. Det lykkedes at indsamle interviews med alle repræsentanterne på nær to ud af de tre praktiserende læger, som er tilknyttet styregruppen.

Det andet kriterium for udvælgelsen af interviewpersoner var, at der skulle være repræsentanter fra begge cases. Grundet forskningsdesignet var der i høj grad et overlap, således at flere af interviewpersonerne både var relevante i forhold til case 1 og 2. Dette kunne potentielt give problemer, da personerne således kunne tænkes at udtale sig om begge cases. Dette forhold blev dog adresseret af to omgange, i interviewsituationen og ved kodningen. I interviewsituationen blev der således brugt spørgsmålsformuleringer, der delvist henviste til case 1 og 2, i forskellige sammenhænge. Eksempelvis:

1: "Hvad var din rolle i projektet, den gang, [...]" (Interview med lederen af sundhedscenteret).

1: "Ja. Kan du fortælle lidt om hvordan det forløb i starten, der fra 2007 og så, du sagde at det...?" (Interview med specialkonsulent ved Region Midt).

Af citaterne ovenfor ses det, at forfatterne i interviewsituationen henleder interviewpersonernes opmærksomhed på begivenhederne, der fandt sted i starten, og som dermed vil afspejle udsagn vedrørende case 1. I forbindelse med kodningsprocessen er der ligeledes taget hensyn til dette. Således er interviewene med interviewpersoner, der har været involveret i begge cases kodet så de respektive tekststykker placeres i enten case 1 eller 2.

Tabel 1: Oversigt over interviewpersoners involvering i case 1 og 2

Stilling	Case 1	Case2	Antal ord i transskriberet dokument*
Region Midt (antal i alt)	2	1	13.201
Specialkonsulent	X	X	9.358
Kontorchef	X		3.843
Randers kommune (antal i alt)	3	4	30.501
Sundhedschef	X	X	7.659
Konsulent	X	X	7.309
Leder af sundhedscenteret	X	X	6.562
Projektleder		X	8.980
Forskerne (antal i alt)	3	4	44.242
Forskningsansvarlig	X	X	9.336
Sektionsleder	X	X	7.524
Professor	X		6.170
Projektkoordinator		X	12.994
Medarbejder, AU		X	8.219
Lægerne (antal i alt)	1	1	20.646
Forhenværende formand for PLO-Midtjylland	X		5.333
Styregruppelæge	X	X	15.313
Antal i alt	10	10	108.600

*Alt inkluderet. Overskrift, benævnelser m.v.

I det følgende vil baggrunden for udvælgelsen af de forskellige aktører blive uddybet, ligesom overvejelser om valget af de konkrete interviewpersoner vil blive diskuteret.

Region Midt:

Region Midt står for finansieringen af Almen Praksis, hvorfor projektet ikke ville kunne iværksættes uden dennes involvering. Det er på baggrund af regionens involvering, at projektet kan defineres som et mandateret partnerskab. Fra Region Midt interviewedes en kontorchef og en specialkonsulent. Specialkonsulenten er en del af styregruppen og spillede en vigtig rolle for § 2-aftalen om TDH. Specialkonsulenten kunne således både bidrage med indsigter i forhold til case 1 og 2. Kontorchefen havde deltaget i forhandlingerne om § 2-aftalen og kunne således bidrage med yderligere indsigter herom. På baggrund af interviewpersonernes involvering i projektet forventes det, at deres indsigter kan afdække regionens indflydelse på projektet. I forbindelse med samtaler med specialkonsulenten blev der forsøgt en snowballing indsamlingsstrategi (Harrits, Pedersen, Halkier 2012:163), hvorved specialets forfattere ville afdække regionens involvering i et større omfang ved inddragelse af flere interviewpersoner. I forbindelse med dette blev kontorchefen inddraget som interviewperson. Specialkonsulenten vurderede derudover, at der

ikke var andre umiddelbare relevante interviewpersoner, hvilket styrker forventningen om, at disse giver et fyldestgørende indblik i regionens anvendelse af strategier.

Randers Kommune:

Da TDH er et tværsektorielt implementeringsprojekt har Randers kommune en central rolle som ansvarlig for implementeringen og driften i den kommunale del. Fra kommunalforvaltningen interviewedes Sundhedschefen, som har ansvaret for den kommunale del af projektet samt en konsulent fra Sundheds- og Ældreforvaltningen. Herudover interviewedes lederen af Randers Sundhedscenter samt projektlederen for driften af TDH i sundhedscentret. Alle fire er styregruppemedlemmer.

Ved at interviewe alle fire repræsentanter var det muligt både at få et mere overordnet perspektiv på kommunens tilgang til koordineringen mellem hierarkisk ligestillede aktører, samtidig med at repræsentanterne fra sundhedscentret bidrog med indsigt i den mere praktiske koordinering af driften, hvilket særligt relaterede sig til samarbejdet med Institut for Folkesundhed. Repræsentanterne fra kommunalforvaltningen kunne både bidrage med relevant information til case 1 og case 2, hvor repræsentanterne fra sundhedscentret i højere grad bidrog med information vedrørende case 2. Fælles for kommunens repræsentanter var dog, at de i højere grad havde indsigter relateret til case 2, der netop omhandler implementeringen og driften. Som det ses af analysen afspejler dette ligeledes det faktum, at kommunen har været mest aktiv i forbindelse med case 2.

Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet (AU):

Selvom forskerne fra Institut for Folkesundhed formelt er evaluatore på et implementeringsprojekt, fremstår de som essentielle i forhold til at forstå koordineringsstrategierne i begge cases. På baggrund af indledende research besluttede specialets forfattere således at inddrage disse i forskningsdesignet. Da ideen til projektet TDH oprindeligt opstod ved Institut for Folkesundhed var det relevant at interviewe den professor, som i sin tid tog kontakt til Region Midt for derved at opnå større viden om den indledende fase samt Institut for Folkesundheds tanker vedrørende projektet. Fra styregruppen interviewedes den forskningsansvarlige tilknyttet TDH, samt en sektionsleder fra instituttet. Begge har været meget involverede i projektets faglige rammer og koordineringen af projektet. Herudover interviewedes projektkoordinatoren samt en tilknyttet medarbejder, som kunne bidrage med indsigt i koordineringen mellem sundhedscentret og instituttet. Alle undtagen den førstnævnte professor sidder eller har siddet i styregruppen og kunne således bidrage med indsigter heri. Forskerne har i forskellig grad kunne bidrage med indsigter til case 1 og 2.

De praktiserende læger og PLO-Midtjylland:

De praktiserende læger spiller en central rolle, idet deres helbredssamtale med borgeren er en vigtig del af hele projektet. Det er derfor vigtigt at få deres perspektiv på koordineringen. Således interviewedes en

forhenværende formand for PLO-Midtjylland, som var involveret i § 2-forhandlingerne, hvilket var vigtigt i forhold til at få PLO-Midtjyllands perspektiv på disse forhandlinger. Herudover interviewedes en praktiserende læge, som både er praksiskoordinator for regionen og tilknyttet styregruppen. Vedkommende kunne bidrage med perspektiver på både case 1 og 2, da vedkommende havde været involveret meget tidligt i projektet. Som nævnt ovenfor blev to af de tre praktiserende læger tilknyttet styregruppen ikke interviewet. Det skyldtes i høj grad praktiske og organisatoriske omstændigheder kombineret med tidsmæssige prioriteringer for specialets forfattere.

Inklusionen af alle tre praktiserende læger tilknyttet styregruppen ville have styrket det empiriske fundament. Der er dog forsøgt taget hensyn til dette. Således var interviewet med styregruppelægen af længere varighed, ligesom der i spørgsmålsformuleringerne blev søgt afdækket, hvorvidt interviewpersonens udtalelser var udtryk for en generel eller personlig betragtning. Samtidigt er analysen vedrørende de praktiserende læger blevet suppleret med øvrigt relevant materiale for at muliggøre krydstjek og triangulering af data for at sikre valide observationer.

Samtidig kan det konstateres, at de praktiserende læger er organiseret som en række små og mindre erhvervsdrivende. Det bevirker, at man ikke vil kunne forvente en ensartet anvendelse af koordineringsstrategier fra samtlige læger i kommunen. Da ønsket er at afdække koordineringsstrategierne mellem aktører på et niveau højere end individniveauet, er det således fordelagtigt at interviewe personer, der er involveret i det organisatoriske arbejde. Eftersom interviewpersonerne var henholdsvis praksiskoordinator og forhenværende formand for PLO-Midtjylland forventes det, at de, som repræsentant og tidligere repræsentant for de praktiserende læger, i et vist omfang vil være repræsentative for nogle bredere holdninger. Da flere af forskerne fra Institut for Folkesundhed ligeledes er eller har været praktiserende læger, forventes det dermed, at interviewene har givet en valid indsigt i de praktiserende lægers perspektiver og anvendelse af koordineringsstrategier.

4.4 Operationalisering af teoretiske begreber (JBC)

I det følgende vil de centrale teoretiske begreber blive operationaliseret. Først vil koordineringsstrategierne blive operationaliseret, herefter vil fokus være på værdier, interesser og ressourcer.

Til at afdække de centrale begreber i interviewsituationer er der skrevet en standardiseret interviewguide (bilag 1) for at sikre, at det er de samme emner, der bliver afdækket i interviewene. Interviewguiden er dog bevidst skrevet med en åben indledning, der tillader, at interviewererne kan afdække emnerne i den empiriske kontekst, som interviewpersonen giver udtryk for. Dette valg er taget på baggrund af en forventning om, at

koordineringen af TDH vil foregå i forskellige sammenhænge, som det i videst muligt omfang er interessant at afdække.

Koordineringsstrategier:

Operationaliseringen af koordineringsstrategier vil blive inddelt efter hierarkiske strategier og netværksstrategier. Som det fremgår af teorien kan koordineringsstrategier både bestå af formelle, organisatoriske instrumenter, såsom oprettelsen af fora til forhandling og diskussion eller oprettelsen af en koordinerende instans. Strategierne kan også være mere løst definerede og for eksempel relatere sig til et projekts rammer; det kan være, hvis en aktør opstiller særlige målsætninger eller gennem budgetlægning. Derudover kan strategierne også være baseret på tilstedeværelsen eller skabelsen af specifikke værdier, såsom tillid eller fælles forståelse.

For at identificere koordineringsstrategierne er det således både relevant at identificere konkrete organisatoriske tiltag, men det er ligeledes også relevant at se på selve interaktionen mellem aktørerne, da det må forventes, at det er i interaktionen mellem aktørerne at strategierne vil komme til udtryk. Dette må særligt være tilfældet i forhold til netværksstrategier, som per definition ofte er af uformel karakter og interaktionsbaseret, da skabelse af tillid og fælles forståelse ikke nødvendigvis kan formaliseres. Hierarkiske strategier, som udspringer af en bureaukratisk logik må derimod forventes i højere grad at være formaliseret i specifikke strukturer. Her er det igen relevant at se på den konkrete interaktion mellem aktørerne, for eksempel i forbindelse med møder for at afdække, hvorvidt der eksisterer en hierarkisk relation. Dette fokus på interaktioner har ydermere den fordel, at det muliggør en analyse af anvendelsen af koordineringsstrategier inden for konteksten af et enkelt implementeringsprojekt, hvor aktørernes koordinering ofte vil fremgå i interaktionen mellem de enkelte aktører.

I det følgende vil de forskellige koordineringsstrategier bliver operationaliseret. Indledningsvis er det værd at bemærke, at spørgsmålene til interviewpersonerne, der skal afdække, hvorvidt der er tale om hierarki eller netværk, er formuleret åbent, idet der ønskes et åbent svar, på baggrund af hvilket det kan vurderes, i hvor høj grad koordineringen er baseret på netværk eller hierarki (Bilag 1).

Hierarkiske strategier:

I governance- og koordineringslitteraturen fremhæves en lang række af hierarkiske strategier til at sikre koordinering. For at sikre analytisk stringens opdeles hierarki i to overordnede kategorier, som er baseret på teorien; rammesætning og styringsinstrumenter.

Rammesætning omfatter strategier såsom udformning af projektet, muligheden for at bestemme hvilke aktører, der skal inddrages, budgetkontrol samt dagsordensfastsættelse. Herudover er regler og procedurer også en rammesætning, som dog ikke nødvendigvis kan tilskrives de aktører, som er involveret i projektet,

men derimod kan være strukturerende for samarbejdet på et mere overordnet plan. Regler og procedurer afdækkes således ud fra baggrundsdokumenter såsom aftaler eller lovgivning. For således at afdække rammesætningen vil interviewpersonerne blive spurgt ind til, hvordan rammerne for projektet blev etableret, og herunder hvordan fordelingen af de økonomiske udgifter blev bestemt. Samtidig vil der også blive spurgt ind til hvilke aktører, der sætter dagsordenen og tager initiativ til nye ideer i forskellige koordineringsarenaer. Herudover bliver der spurgt ind til, om der er enighed om projektet, hvilket skal afdække i hvor høj grad, aktørerne har haft medindflydelse på projektet.

Styringsinstrumenter relaterer sig til strategier, der normalt er mere almindelige internt i hierarkiske organisationer. Styringsinstrumenter omfatter direkte administrative ordrer, delegering, monitorering og oprettelsen af koordinerende instanser. Styringsinstrumenter bliver afdækket mere indirekte ved at spørge ind til, hvordan aktørerne når til enighed og hvordan uenighed håndteres. Herudover bliver der spurgt ind til, hvordan arbejdsdelingen blev bestemt. Monitorering bliver afdækket ved at spørge ind til, om der løbende er kommunikation mellem aktørerne – det kan så lede til uddybende spørgsmål vedrørende formålet med denne kommunikation. Herudover søges styringsinstrumenter afdækket ved at bede interviewpersonen om, at beskrive hvordan forskellige møder foregår, for eksempel i styregruppen. Oprettelsen af koordinerende instanser afdækkes indirekte ved at spørge ind til aktørernes rolle i projektet.

Både i forhold til rammesætning og styringsinstrumenter har forfatterne været åbne i forhold til at forfølge indikationer på hierarkiske strategier, som interviewpersonerne selv kommer ind på. Sidst i interviewet er interviewpersonerne blevet spurgt, om der er noget, som de ville gøre anderledes i forhold til projektet, hvis de havde mulighed for at udforme projektet uden skelen til de andre aktører. Dette spørgsmål søger at afdække, i hvor høj grad aktørerne har haft medindflydelse på projektet, hvilket indirekte kan sige noget om graden af hierarkisk koordinering. Der bliver ligeledes stillet spørgsmål om, hvorvidt interviewpersonen kan identificere aktører, der spiller en bærende rolle. Det skal også indirekte sige noget om hierarkiske strukturer. Spørgsmålene kan dog samtidig pege i modsatte retning og sige noget om netværksmekanismer.

Netværksstrategier:

Som det fremgår af teorien har netværksstrategier ofte en meget uformel karakter. Der findes dog en række organisatoriske koordineringsinstrumenter, der kan bruges til at fordre koordinering på baggrund af netværk. Spørgsmålene til interviewpersonerne vedrørende netværk vil således både berøre mere konkrete organisatoriske værktøjer og mere subjektive oplevelser af samarbejdet mellem aktørerne. For at sikre analytisk stringens underopdeles netværksstrategierne i fire kategorier; forhandling, inklusion informationsdeling og uformelle relationer.

Forhandling som strategi omfatter forhandlinger, diskussion og dialog. Dette undersøges ved at spørge ind til de forskellige fora, der er oprettet i forbindelse med projektet. Dette vil der blive spurgt ind til hvordan

aktørerne når til enighed i forskellige sammenhænge, og hvordan uenighed afgøres. Disse spørgsmål relaterer sig ligeledes til hierarkisk koordination. Forhandling som strategi omfatter også oprettelsen af fora, der skal facilitere forhandling. Dette undersøges ved at spørge ind til de forskellige fora, der er oprettet i forbindelse med projektet.

Inklusion som strategi omfatter den aktive inddragelse af alle relevante aktører og etableringen af fælles forståelse og fælles visioner. Dette kan blandt andet ske gennem oprettelsen af uddannelsesfora. Dette afdækkes gennem spørgsmål om, hvorvidt interviewpersonen oplever, at der er enighed om projektet, hvordan enighed opnås og et mere generelt spørgsmål, om hvorfor interviewpersonen tænker, at samarbejdet fungerer som det gør. Indsigter vedrørende denne strategi afdækkes også indirekte igennem spørgsmålet om, hvordan interviewpersonen samarbejder med de øvrige aktører. Tilstedeværelsen af uddannelsesfora søges afdækket ved indledningsvis at spørge ind til de forskellige aktørers arbejdsopgaver.

Informationsdeling som strategi omfatter kommunikative værktøjer såsom IT-systemer og anden korrespondance. For at afdække denne strategi bliver interviewpersonerne spurgt om, hvordan de holder hinanden opdateret og deler information.

Uformelle relationer ses ikke så meget som en aktiv strategi, men mere som en omstændighed, der kan styrke samarbejdet, idet det letter koordinering, der ikke er baseret på hierarki. For at afdække dette spørges interviewpersonerne ind til, om de har oplevet en udvikling i samarbejdet, og om de har tillid til de øvrige parter. Et bærende element i forhold til koordinering ved netværk er skabelsen eller tilstedeværelsen af tillid mellem aktørerne. Det kan siges at være en indikator for, i hvor høj grad samarbejdet er båret af netværksmekanismer. Ved at spørge ind til om samarbejdet mellem aktørerne har udviklet sig siden begyndelsen, forsøges det dermed afdækket, både hvordan forholdet har udviklet sig, og hvordan det i det hele taget fungerer.

Strategierne, som de her er operationaliseret, kan både være formelle og mere eller mindre uformelle. I hovedreglen er de hierarkiske strategier mere formelle og institutionaliserede, hvorimod netværksstrategierne i højere grad kan have en uformel karakter, for eksempel i interaktionen mellem forskellige aktører.

Værdier, interesser og ressourcer:

For at forklare hvorfor specifikke koordineringsstrategier tages i anvendelse, er det nødvendigt at kende aktørernes værdier, interesser og ressourcer, som vil blive operationaliseret i det følgende:

Værdier og interesser

Værdier forventes at være afspejlet i aktørernes overordnede målsætninger og de principper, professionelle idealer eller den mission, som aktørerne kan henvise til.

Til at afdække aktørernes værdier anvendes forskellige baggrundsdokumenter, såsom kommunens sundhedspolitik og hensigtserklæringer fra regionen. Forskellige debatter vil bruges til at identificere forskernes værdier. For lægerne henvises blandt andet til lægeløftet og andre dokumenter på Lægeforeningens hjemmeside. Dette vil blive suppleret med spørgsmål til interviewpersonerne; hvordan de vil karakterisere værdierne for deres organisation eller profession. Samtidig vil de blive spurgt, om der er opstået nogle konfliktsituationer på baggrund af værdimæssig uenighed.

Som det fremgår af teorien vedrørende værdier, ventes forvaltningsmyndighedernes værdier særligt at relatere sig til, hvad deres formål og mission er. I forhold til TDH er det nærliggende at forvente, at forvaltningsmyndighederne har en værdi om at styrke folkesundheden. De professionelles værdier ventes at relatere sig til nogle overordnede idealer vedrørende deres faglighed og professionelle arbejde. Derudover er uafhængighed og en høj arbejdsstandard værdier for professionerne.

Interesser er af instrumentel karakter og afspejler den måde aktørerne konkret ønsker at realisere deres værdier. Interesser relaterer sig således til de konkrete hensyn, aktørerne har i forhold til den enkelte case. Interesserne afdækkes ved at spørge ind til interviewpersonernes målsætning med projektet og direkte hvilken interesse, de har i projektet som repræsentanter for en given aktør. Herudover spørges der ind til økonomiske forhold ved projektet for derved at afdække relaterede økonomiske interesser. Samtidig bruges spørgsmålet om, hvorvidt de ville gøre noget anderledes i projektet, også til at afdække interesse- eller værdikonflikter.

Forvaltningsmyndighedernes interesser ventes at afspejle nogle forvaltningsfaglige syn på hvordan TDH bedst realiseres i tråd med deres værdier. Som det fremgår af teoriafsnittet forventes forskernes og lægernes interesser at være præget af deres respektive professionelle projekter. I forhold til interviewspørgsmålene vil dette blive afdækket ved samme spørgsmålsformuleringer, som bliver stillet til repræsentanterne for de øvrige aktører for at afdække interesser.

I forbindelse med analysen vil lægernes professionelle projekt antages at bestå i at opretholde deres selvregulering i kraft af deres tekniske og faglige viden om lægekunst, som udmønter sig i overordnede hensyn til behandling af patienter. Således består det professionelle projekt i at være selvbestemmende relativt til at blive underlagt bestemmelser, der i detaljer bestemmer lægernes arbejde. Forskernes professionelle projekt antages at vedrøre opretholdelsen af selvreguleringen af deres arbejde, det vil sige at de i kraft af deres specialiserede viden om produktion af forskning vil forsøge at bibeholde denne status som værende uafhængige leverandører af evidensbaseret viden. Disse operationaliseringer af de professionelle projekter har dannet baggrund for opfølgende spørgsmål til eventuelle opfølgende spørgsmål til lægerne og forskerne vedrørende interesser. Operationaliseringerne af de professionelle projekter danner ligeledes udgangspunkt for analysen af forskernes og lægernes interesser.

Ovenstående operationalisering af værdier og interesser vil danne udgangspunkt for identifikationen af værdier og interesser hos Region Midt, Randers kommune, forskerne fra Institut for Folkesundhed og de praktiserende læger, men da aktørernes værdier og interesser ventes at være relateret til det overordnede projekt og de enkelte cases, vil identifikationen af de konkrete værdier og interesser dels være empirisk styret.

Ressourcer

Magtressourcer omfatter som nævnt i teori afsnittet formel autoritet, økonomiske ressourcer, viden og information samt diskursiv legitimitet. Herefter vil de blot blive omtalt som ressourcer.

Formel autoritet knytter sig til hierarkiske relationer, og det forventes derfor at denne ressource dels vil blive afdækket gennem spørgsmålene vedrørende rammesætning og regionen og kommunes indflydelse på samarbejdet, og dels kan det afdækkes ud fra baggrundsinformation om regionen og kommunen.

Økonomiske ressourcer afdækkes gennem spørgsmålene om fordelingen af udgifter samt aktørernes økonomiske interesser. På den måde vil det søges afdækket, hvor meget økonomiske forhold spiller ind på koordineringen i de to cases. Det bliver derudover afdækket ud fra baggrundsinformation vedrørende særligt regionens og kommunens finansiering af projektet.

Viden og information relaterer sig til, om visse aktører har en viden og information, som er vigtig for samarbejdet, og om det er en viden og information, som ikke alle aktører ligger inde med. Disse kan afdækkes ved at analysere de forskellige aktørers karakteristika, blandt andet ud fra common sense-betragtninger; lægerne og forskerne har i kraft deres position adgang til særlig ekspertise og information. Dette vil dog også blive fulgt op med spørgsmål til interviewpersonerne, hvor det søges afdækket, hvorvidt denne viden og information har haft betydning for samarbejdet og hvordan. Indsigter ventes også, at kunne opnås indirekte på baggrund af interviewpersonernes udsagn, idet viden og information ventes at spille ind på koordineringen på forskellig vis, for eksempel gennem informationsdeling.

Den fjerde underkategori omhandler diskursiv legitimitet, som omhandler, hvorvidt visse aktører repræsenterer et bagland eller nogle værdier, som giver dem en særlig vægt i samarbejdet, som kan ligge ud over deres formelle indflydelse. Dette vil blive afdækket ved at spørge ind til, om der er visse aktører, der har en særlig bærende rolle og om der er visse aktører, som der tages særligt hensyn til. Ydermere vil der i kodningsarbejdet blive kodet således, at henvisninger til hensyn bredt forstået kodes som diskursiv legitimitet. Det kan være forvaltningsmyndighederne, der henviser til hensynet til borgere eller politikerne, ligesom det kan være forskerne, der henviser til hensynet til validiteten af undersøgelsens resultater, eller lægerne, der henviser til hensynet til patienten. Ydermere afdækkes diskursiv legitimitet ved at se på, hvorvidt de øvrige aktører accepterer de hensyn eller værdier, som visse aktører repræsenterer.

4.5 Analysestrategi (CMN)

Den overordnede analysestrategi er deduktiv. Som det er beskrevet ovenfor er udgangspunktet for analysen anvendelsen af koordineringsstrategier i et mandateret partnerskab. Som følge af det teoretiske fundament er analysen bygget op om og styret af de teoretiske indsigter, den bygger på.

Analysearbejdet bestod først og fremmest i kodningen af de transskriberede interviews. Denne fase var todelt; først en kodning i Nvivo og dernæst en fysisk farvekodning på papir:

Kodningen blev som følge af den deduktive analysestrategi foretaget efter lukkede koder. Den lukkede kodebog bygger på de ovenfor operationaliserede teoretiske begreber (Bilag 2). Det er væsentligt at bemærke, at disse operationaliserede begreber således både danner baggrund for interviewguiden (Bilag 1) og de lukkede koder. Dette samspil med interviewguiden og de lukkede koder er centrale for den deduktive analysestrategi (Jakobsen 2012: 182). Den første kodning omfattede mere overordnede begreber for at danne et overblik over det omfattende materiale (Bilag 2). I anden omgang blev de teoretiske begreber relateret til de forskellige aktører for således at danne et mere finmasket billede af aktørernes værdier, interesser, ressourcer og koordineringsstrategier.

På baggrund af problemstillingernes undersøgende og forklarende karakter blev der foretaget kodning af længere passager af tekst, da det var nødvendigt for at forstå eksempelvis baggrunden og sammenhængen for bestemte koordineringsstrategier. Samtidig var det nødvendigt at kode nogle passager med flere forskellige koder. Det sker fx når en interviewperson udtaler sig om inklusion af de øvrige aktører og i samme sætning giver udtryk for brug af en ressource eller henviser til en værdi. Nogle tekstpassager var meget meningsmættede og blev derfor kodet med flere forskellige koder samtidigt. Dette er sket for at sikre, at de relevante tekstpassager bliver inddraget i analysen i alle dets korrekte sammenhænge. Man kunne argumentere for at tekstpassagerne, der kodes burde være entydige i forhold til de relevante koder (Jakobsen 2012: 182). I denne sammenhæng vurderes det dog, at korte tekststykker ikke kan stå alene i det videre analysearbejde, da meget af meningen findes i sammenhængen. Derfor er det analytisk fordelagtigt at have et længere tekststykke kodet med flere koder end få usammenhængende tekststykker kodet enkeltvis.

Efter endt kodning i Nvivo, hvor der blev kodet efter de overordnede teoretiske begreber, blev koderne udskrevet. Herefter foretog specialets forfattere en fysisk kodning ved hjælp af farvekodning. Således blev hver enkelt aktør tildelt en bestemt farve. Farvekodningen bevirkede at forfatterne havde mulighed for at kortlægge de enkelte aktørers værdier, interesser og ressourcer. Samtidigt muliggjorde denne strategi et fordelagtigt overblik over interaktionerne mellem aktørerne. Dermed skabte farvelægningen et visuelt overblik over hvilke aktører, der bærer strategierne, og hvilke aktører de er rettet mod.

I kodningsfasen blev der af flere omgange forsøgt undgåelse af bias. Ved kodning i Nvivo gennemgik specialets forfattere et interview i fællesskab for at diskutere korrekt anvendelse af de lukkede koder. Denne proces indebar mulighed for at udjævne og afklare eventuelle forskelle i anvendelse af koder. Ydermere var arbejdsdelingen af kodningen sådan, at interviewene fra de enkelte aktører blev fordelt jævnt mellem forfatterne for således at udjævne eventuelle fortsatte systematiske kodningsforskelle.

I den sekundære kodningsproces farvekodede begge forfattere samtlige dokumenter. Ved visuel gennemgang af udvalgte koder, fremgik det, at der var meget stor grad af enighed om kodevalget. Således har det forhold at begge forfattere har kodet interviewene bevirket færre problemer i forhold til systematiske fejl på grund af en subjektiv tilgang, samtidigt med at der er taget forholdsregler for at højne inter-koder reliabiliteten (Jakobsen 2012:185).

Som nævnt ovenfor består den primære datakilde af transskriberede interviews. For at sikre validiteten af interviewpersonernes udtalelser, er der anvendt supplerende datamateriale for at afprøve eller underbygge interviewpersonernes udtalelser. Konkret finder denne metode anvendelse ved at krydstjekke interviewpersonernes udtalelser med andre datakilder, så som hjemmesider eller referater fra styregruppen. Dette krydstjek af data, samt trianguleringen af noget data, medvirker til at styrke validiteten af undersøgelsens resultater (Yin 2014: 120-123, Torfing 2007: 34).

I selve analyseafsnittet vil det fremgå at analysen er struktureret efter forskellige arenaer. Disse er empirisk funderede og er blevet til som følge af indsigterne fra datamaterialet. Struktureringen efter disse skal ikke forveksles med de på forhånd definerede analyseenheder (Yin 2014: 50, Andersen, Binderkrantz & Hansen 2012). Da disse strukturer hovedsageligt skaber overblik og systematik i fremstillingen, vurderes det ikke problematisk, at disse ikke på forhånd var definerede og dermed strukturerende for analysen.

Igennem analysen er der et fokus på at sikre en "chain of evidence" (Yin 2014: 128). Dette er vigtigt for at synliggøre hvorpå pointerne og refleksionerne bygger. Dette sikres konkret ved at henvise direkte eller indirekte til konkrete interviewpersoner, referater eller baggrundsdokumenter, hvor dette er relevant. Derudover er der taget forholdsregler i forhold til at sikre at alt relevant data finder vej til analysen. Dette er foretaget ved hjælp af kondensering af de konkrete koder, og efterfølgende fremstilling af dem i tabelform i begyndelsen eller slutningen af relevante afsnit. For at sikre inklusion vil tabellerne indeholde information, der ikke nødvendigvis fremgår af brødteksten i analysen.

I dette kapitel er specialets forskningsdesign samt operationaliseringer blevet gennemgået. Analysen vil således blive foretaget på baggrund af et multiple embedded case studie med fokus på forskellige faser i policy-processen vedrørende TDH. Hermed er grundlaget for analysen blevet etableret. Denne følger nedenfor.

Indledning til analysekapitlerne (JBC)

Analysen vil søge at afdække hvilke strategier, som er anvendt i koordineringen af Tjek dit helbred, og hvorfor disse strategier er taget i anvendelse. Analysen vil være opdelt i fire kapitler. I kapitel 5 vil aktørernes værdier blive analyseret og sammenlignet. Værdierne ventes at være stabile på tværs af cases, hvorfor dette afsnit ikke vil blive relateret direkte til den enkelte case. Kapitel 6 vil fokusere på case 1, som dækker den indledende etablering af projektet. Kapitel 7 vil fokusere på case 2, som omhandler implementeringen og driften af projektet. Aktørernes interesser, ressourcer og koordineringsstrategier vil blive analyseret for hver case. I kapitel 8 vil de 2 cases blive sammenlignet.

Kapitel 5: Værdier (CMN)

For at kunne forklare, hvorfor specifikke koordineringsstrategier tages i anvendelse er det vigtigt at kende aktørernes værdier. Dette skyldes blandt andet, at koordineringen og samarbejdet mellem hierarkisk ligestillede aktører, hvor der ikke er en aktør, som klart kan diktere de øvriges adfærd vil være præget af, hvorvidt aktørerne har fælles værdier og dermed fælles målsætninger. I et mandateret partnerskab, hvor aktørerne i et vist omfang er pålagt at samarbejde om et givent mål, er det særlig relevant at identificere aktørernes værdier, da man ikke på forhånd, som i visse koordineringsnetværk, kan forvente at aktørerne har fælles værdier og mål for samarbejdet. Dette har implikationer for valget af koordineringsstrategier, idet forventningen er, at fælles værdier i højere grad vil muliggøre og fordre netværksstrategier, der netop er baseret på frivillighed og fælles forståelse. Har aktørerne derimod divergerende værdier, og dermed også forskellige mål med samarbejdet, må man i højere grad forvente, at visse aktører vil anvende hierarkiske strategier.

Analysen af værdierne vil i høj grad være empirisk funderet, idet det er plausibelt at forvente, at de værdier som interviewpersonerne giver udtryk for, sammenholdt med relevante baggrundsdokumenter er dem som også har betydning for samarbejdet og koordineringen. Der vil være fokus på de værdier, som relaterer sig til sundhedsområdet og forebyggelsesområdet mere specifikt. Men også mere generelle værdier, der er relevante for at forstå forvaltningsmyndighederne og de professionelle aktører anvendelse af koordineringsstrategier, vil blive inddraget. Da målet ikke er en dybdegående analyse, af *hvorfor* aktørerne besidder visse værdier, men fokus derimod er på, hvilken betydning værdierne har for koordineringsstrategierne i TDH virker denne tilgang særdeles frugtbar. Aktørernes værdier forventes at være konstante på tværs af de to cases, da værdier repræsenterer nogle mere overordnede prioriteringer, hvorfor dette afsnit ikke er relateret direkte til den enkelte case.

I nedenstående tabel er aktørernes værdier opsummeret. Tabellen er baseret på udsagn fra interviewpersoner sammenholdt med forskellige relevante baggrundsdokumenter. Regionens værdier er således også baseret på ledelses- og styringsgrundlaget for Region Midt (RM.dk a). Randers kommunes værdier er baseret på dennes sundhedspolitik samt øvrige beskrivelser, der fremgår af Randers kommunes' hjemmeside (Randers.dk c). Lægernes værdier er baseret på interviews, lægeforeningens etiske kodeks og andre dokumenter fra Lægeforeningens hjemmeside (laeger.dk a, b) samt baseret på debatindlæg og videnskabelige artikler (Biech 2011, Larsen 2010, Lauritzen 2012, Krogsbøll et.al 2012, Lauritzen Borch-Johnsen & Sandbæk 2014) vedrørende effekten af forebyggende helbredstjek. Denne debat afspejler også forskernes værdier, da der her er et fagmæssigt overlap mellem lægerne og forskerne. Forskernes værdier er herudover baseret på egne udtalelser.

Tabel 2: Oversigt over aktørernes værdier

Aktører	Værdier
Region Midt	<p>Effektivitet i forhold til styrke folkesundheden (Baseret på Rm.dk a).</p> <p>Bedst mulig udnyttelse af ressourcerne i sundhedsvæsenet (Baseret på udtalelser fra Specialkonsulent, Region Midt).</p> <p>Langsigtet, regionalt perspektiv (Baseret på udtalelser fra Kontorchef og Specialkonsulent, Region Midt).</p> <p>Evidensbaseret forskning som grundlag for implementering (Baseret på udtalelser fra Specialkonsulent, Region Midt).</p>
Randers Kommune	<p>Styrke folkesundheden i kommunen (Baseret på udtalelser fra Sundhedschefen i Randers kommune).</p> <p>Hensyn til borgeren (Baseret på udtalelser fra Sundhedschefen i Randers kommune).</p> <p>Lighed og borgerens personlige ansvar for sundhed (Randers kommunes sundhedspolitik: Randers.dk c).</p> <p>Ressourcer skal bruges med omhu (Baseret på udtalelser fra Sundhedschefen i Randers kommune).</p> <p>Vigtigheden af evidensbaseret forskning som grundlag for at vide om forebyggende helbredstjek har en effekt (Baseret på udtalelser fra Sundhedschefen i Randers kommune).</p>
Forskerne	<p>Videnskabelig korrekt metode; Evidensbaseret (Baseret på repræsentanter fra flere aktører, blandt andet fra forskerne)</p> <p>Vigtigheden af at viden bliver omsat i virkeligheden (Baseret på udtalelser fra den forskningsansvarlige, AU).</p>
Lægerne	<p>Patientdata skal håndteres lødigt (Baseret på udtalelser fra styregruppelæge).</p> <p>Patienten/borgeren er i centrum for lægerne (Baseret på udtalelser fra flere interviewpersoner; Laeger.dk b)</p> <p>Det er vigtigt, at projektet giver mening lægefagligt (Baseret på udtalelser fra forhenværende formand for PLO-Midtjylland).</p> <p>Det er vigtigt at projektet er et evidensbaseret og videnskabeligt forskningsprojekt (Baseret på udtalelser fra forhenværende formand for PLO-Midtjylland).</p> <p>Det er vigtigt for de praktiserende læger selv at beslutte, hvordan de arbejder (Baseret på udtalelser fra forhenværende formand for PLO-Midtjylland).</p>

	<p>Der er værdimæssig uenighed internt blandt lægerne om hvad deres arbejde består i;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandling af syge patienter – Eller skal man også forebygge? • Er helbredstjek en god ide? <p>(Baseret på interview med repræsentanter fra forskerne, AU; samt videnskabelig debat: Biech 2011; Larsen 2010; Lauritzen 2012; Krogsbøll et.al 2012; Lauritzen, Borch-Johnsen & Sandbæk 2014)</p> <p>Blandt de praktiserende læger er der et ønske om større fokus på udsatte patienter (Baseret på udtalelser fra styregruppelæge).</p> <p>Der er et etisk fællesskab blandt læger, som bevirker, at de praktiserende læger støtter op om hinanden (fremgår blandt andet af læger.dk a).</p>
--	---

5.1 Opsummering af aktørernes værdier (JBC)

I ovenstående tabel er aktørernes værdier præsenteret for at danne et overblik over ligheder og forskelle. Følgende opsummering er baseret på tabellen. Det er interessant at bemærke, at alle fire aktører, på tværs af forvaltningsmyndigheder og professionelle, ser en værdi i evidensbaseret forskning. Man kan derfor konstatere et værdimæssigt fællesskab om den forskningsmæssige evaluering af TDH.

Samtidig fremgår det, at alle aktører ønsker at forbedre befolkningens sundhed. Fokuset varierer dog på tværs af forvaltningsmyndigheder og professionelle. Region Midt og Randers kommune har således i højere grad et makroperspektiv, hvor særligt regionen har øje for folkesundheden i hele regionen. Randers kommunes fokus er rettet mere specifikt mod borgerne i kommunen. Heroverfor står lægerne som i høj grad har fokus på den individuelle patient, ligesom nogle læger især har fokus på udsatte patienter. Der er således tilsyneladende tale om nogle brede forvaltningsmæssige værdier over for nogle mere snævre professionelle værdier.

I både Region Midt og Randers kommune lægges der vægt på værdien af omkostningsminimering og omhu med ressourcerne. Hvor evidensbaseret forskning således har en intrinsisk værdi for forskerne, tjener forskning *også* et mere instrumentelt mål for forvaltningsmyndighederne. Evidensbaseret data skal danne grundlaget for implementeringen af forebyggende sundhedstjek med henblik på fremtidige muligheder for effektiviseringer. Forvaltningsmyndighedernes engagement i forskningen er således *også* baseret på nogle værdier om hensigtsmæssig anvendelse af ressourcer.

Som det fremgår af ovenstående tabel er der visse værdioverlap mellem forskerne og lægerne i projektet. Det væsentligste overlap består i, at både lægerne og forskerne har fokus på den videnskabelige tilgang. Lægernes fokus på evidensbaseret medicin og interventioner stemmer overens med forskernes værdi om, at

bedrive evidensbaseret forskning. Derudover kommer værdioverlappene til udtryk ved, at forskerne dels er tilknyttet Almen Medicin ved Institut for Folkesundhed, ligesom nogle forskere selv er læger. Mens lægerne eksplicit udtrykker det værdimæssigt væsentlige i at være selvbestemmende i opgavevaretagelsen, har forskerne en værdi om at kunne udføre videnskabelig korrekt metode. Disse værdier danner tilsyneladende grundlag for deres status som professionelle. Opretholdelsen af denne status som professionelle forventes at spille ind på deres konkrete interesser i de enkelte cases. De professionelles position som repræsentanter for nogle specifikke faglige værdier ventes ligeledes at have betydning for de ressourcer, de har til rådighed. Det er dog væsentligt at bemærke, at lægernes faglige værdier i høj grad relaterer sig til patientbehandling, mens forskernes faglige værdier baserer sig på evidensbaseret korrekt videnskabelig metode.

Hvor forvaltningsmyndighederne udadtil fremstår entydige i deres værdier, kan man dog ikke definere de praktiserendes lægers værdier udelukkende på baggrund af PLO-Midtjylland. Da lægerne er en kollektiv aktør, der blandt består af en gruppe selvstændige erhvervsdrivende enkeltpersoner, kan man ikke give et entydigt svar på deres værdier. I stedet må man konstatere, at der er en definitionskamp i lægestanden om, hvad lægernes funktion er i samfundet og i relation til patienterne, og hvorvidt denne beror på en større integrering i det primære sundhedsvæsen, og i forlængelse af dette hvorvidt lægernes rolle er forebyggelse eller helbredelse. På baggrund af interviews med de involverede aktører ses det, at denne "kamp" også udspiller sig internt mellem lægerne i Randers kommune. Selvom de praktiserende læger har et overordnet værdimæssigt fællesskab, er denne uenighed i forståelse af hvad lægernes funktion er, udtryk for uenighed om, hvorledes det professionelle projekt bedst varetages. Samtidig med uenigheden internt blandt lægerne, hersker der dog ligeledes et etisk fællesskab, som bevirker, at man i et vidst omfang støtter op om hinanden og er fælles i varetagelsen af det fagligt korrekte arbejde.

Grundlæggende kan det konstateres, at aktørerne deler nogle fælles værdier om evidensbaseret forskning og nogle sundhedsmæssige prioriteter. Dette må forventes at skabe et gunstigt udgangspunkt for samarbejdet, hvorfor man også kan forvente, at det vil være muligt at koordinere gennem netværksstrategier. Samtidig har de enkelte aktører dog også forskellige værdier, der relaterer sig til forskningsmæssige, lægefaglige og forvaltningsmæssige dagsordener. Det kan dermed også forventes, at der kan opstå værdikonflikter. Det interessante er således, hvordan disse konflikter håndteres; gennem netværk eller hierarkiske strategier.

Lægerne deler en grundlæggende værdimæssig prioritering af videnskabelig forskning, hvilket også er en central grund til at PLO-Midtjylland indgår i samarbejdet; overordnet vægter lægerne ligeledes de faglige værdier og hensynet til patienterne højt, mens de internt fremstår mere splittede i værdierne vedrørende samarbejde og helbredstjek. Idet det værdimæssige udgangspunkt for aktørerne er blevet etableret, vil analysen nu rettes mod case 1, som vedrører den først fase i policy-processen; den indledende etablering af projektet.

Kapitel 6: Den indledende etablering af projektet (CMN)

Case 1, som omfatter den indledende etablering af projektet, er karakteriseret ved at de fire centrale aktører, Region Midt, Randers kommune, forskerne fra Institut for Folkesundhed og de praktiserende læger, skal have koordineret deres respektive bidrag sådan, at projektet kan blive en realitet. Casen fokuserer således dels på den indledende kontakt, som finder sted mellem region, forskere og kommune, hvor grundlaget for projektet bliver etableret. I forlængelse af dette fokuserer casen på § 2-forhandlingerne, som skal sikre de praktiserende lægers involvering i projektet. Disse forhandlinger er af central betydning for hele projektet og fremstår også som omdrejningspunkt for denne case. Sideløbende med de formelle forhandlinger fokuserer casen også på kommunens og forskernes kontakt med de praktiserende læger i Randers, som handler om at sikre deres opbakning.

For at forstå hvorfor specifikke koordineringsstrategier tages i anvendelse er det nødvendigt først at kortlægge aktørernes konkrete interesser og ressourcer i forbindelse med denne case. Eftersom de to cases er kvalitativt forskellige, idet denne case har fokus på etableringen af projektet, og case 2 har fokus på implementering og drift, kan man forvente, at aktørernes interesser, samt de ressourcer, som de søger at anvende, vil variere på tværs af casene. Derfor er det nødvendigt, i modsætning til analysen af værdier, at kortlægge interesser og ressourcer for hver case. Selvom man kunne forvente et sammenfald mellem interesser og ressourcer på tværs af casene, er det af analytiske årsager alligevel fordelagtigt at dele interesserne og ressourcerne op case for case for at sikre muligheden for et overblik og et udgangspunkt for at sammenligne casene efterfølgende.

6.1 Interesser i case 1 (CMN)

Aktørernes interesser i forhold til case 1 vil blive identificeret nedenfor. Aktørernes interesser ligger i forlængelse af deres værdier, men relaterer sig mere konkret til den enkelte case. Som i afsnittet om aktørernes værdier, er analysen af interesser i høj grad empirisk funderet, da målet er at identificere aktørernes interesser med henblik på at kunne forklare anvendelsen af koordineringsstrategier. Dermed bliver det interessante ligeledes, hvorvidt der er et sammenfald i aktørernes interesser, idet det forventes at en højere grad af fælles interesser vil fordre strategier baseret på netværkskoordinering. I nedenstående tabel er aktørernes interesser i forhold til case 1 opsummeret. Tabellen er hovedsageligt baseret på udsagn fra interviewpersonerne.

Tabel 3: Oversigt over aktørernes interesser i case 1

Aktører	Interesser
<p>Region Midt</p>	<p>Implementering af Tjek dit helbred med henblik på storskalaimplementering (Baseret på udtalelser fra Specialkonsulent, Region Midt).</p> <p>Styrket samarbejde på tværs af region, kommune og almen praksis (Baseret på udtalelser fra Specialkonsulent, Region Midt; Sundhedsaftalen 2015-2018 (rm.dk b)).</p> <p>Minimering af udgifter til honorering af lægerne i forbindelse med helbredstjekket (Baseret på udtalelser fra Kontorchef, Region Midt).</p> <p>At mindske udgifter til hospitalsindlæggelser på sigt (Baseret på udtalelser fra Specialkonsulent, Region Midt).</p>
<p>Randers Kommune</p>	<p>Realistisk implementering i en kommunal kontekst (Sundhedschefen i Randers kommune, Leder af Sundhedscentret.)</p> <p>Styrket samarbejde med Almen Praksis og regionen (Baseret på udtalelser fra konsulent, Randers kommune; Sundhedsaftalen 2015-2018 (rm.dk b)).</p> <p>På sigt at mindske udgifter til aktivitetsbestemt medfinansiering (Randers.dk f)</p>
<p>Forskerne</p>	<p>Foretage en valid evaluering af projektet (Baseret på udtalelser fra flere repræsentanter fra forskerne, AU)</p> <p>En interesse i at få inddraget de praktiserende læger for at muliggøre forskningsprojektet (Baseret på udtalelser fra flere repræsentanter for forskerne, AU)</p>
<p>Lægerne</p>	<p>Projektet skal evalueres forskningsmæssigt (Baseret på udtalelser fra flere interviewpersoner).</p> <p>Projektet skal kunne fungere i den praktiserende læges virkelighed (Baseret på udtalelser fra forhenværende formand for PLO-Midtjylland).</p> <p>Projektet må gerne bidrage til et forbedret samarbejde på tværs af sektorgrænser (Baseret på udtalelser fra forhenværende formand for PLO-Midtjylland).</p> <p>De praktiserende læger havde en faglig interesse i selv at kunne beslutte den konkrete udformning af helbredssamtalen (Baseret på udtalelser fra forhenværende formand for PLO-Midtjylland).</p> <p>Pga. den faglige debat er nogle læger for og andre i mod konceptet "helbredstjek" (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra flere aktører).</p> <p>Mange læger er pressede på tid i forvejen (Baseret på flere interviewpersoners observationer).</p>

	<p>De praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende. Det medfører en økonomisk interesse i at sikre honorering (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra flere aktører).</p> <p>Lægerne er interesserede i at få helbredssamtalen i en § 2-aftale for at undgå et omsætningsloft på 2 % (Baseret på udtalelse fra repræsentanter fra læger og Region Midt).</p>
--	--

Den følgende opsummering er baseret på ovenstående tabel. Som det fremgår af tabellen har alle fire aktører en interesse i at TDH er knyttet op på et forskningsprojekt. For forskerne handler det i sig selv om at kunne producere validt data, hvorimod de øvrige aktører har nogle mere specifikke interesser knyttet til den forskningsmæssige evaluering. For både region og kommune er det vigtigt at kunne påvise evidensbaserede resultater for senere at kunne legitimere fortsat anvendelse af forebyggende helbredstjek. Regionen har dog her en meget specifik interesse i at projektet skal være baseret på skabelonen fra det tidligere Ebeltoft-projekt, da TDH først og fremmest skal ses som et implementeringsprojekt, der skal påvise, at det giver mening at udbrede forebyggende helbredstjek til resten af regionen. For regionen er der således mindre plads til forskningsmæssig fornyelse. Kommunen har samtidig en interesse i at projektet implementeres sådan, at det kan drives i en kommunal sammenhæng. At der bedrives forskning på projektet er ligeledes afgørende for PLO-Midtjylland og de øvrige praktiserende læger, da det er vigtigt for lægerne at vide om projektet i sidste ende giver faglig mening.

Som det ligeledes fremgår ovenfor har kommunen, regionen og forskerne en fælles interesse i at inddrage lægerne. For kommunens og regionens vedkommende skyldes det en fælles interesse i at styrke samarbejdet med de praktiserende sådan, som det fremgår af samarbejdsaftalen. Forskerne ønsker lægerne inddraget, fordi de er en central del af forskningsdesignet. Den forhenværende formand for PLO-Midtjylland gav ligeledes udtryk for, at projektet gerne må bidrage til et forbedret samarbejde på tværs af sektorgrænser. TDH kan således også ses som et projekt, der kan medvirke til at øge, særligt kommunens, erfaring med samarbejde med de praktiserende læger.

Et forbedret samarbejde på tværs af sektorielle grænser er relevant for alle aktørerne. Det er dog samtidig vigtigt for lægerne, at projektet stemmer overens med nogle faglige principper, som blandt andet indebærer at regionen eksempelvis ikke kan diktere hvor lang tid en helbredssamtale skal vare. Dette kan ses som et forsvar for det professionelle projekt i og med, at man i interaktionen med regionen forsvare den fagligt begrundede ret til at være selvadministrerende i sin arbejdsvaretagelse. Man kan således anskue, at interessevaretagelsen for lægerne i et vist omfang kan sikres via forhandling med regionen.

Udover varetagelse af de faglige hensyn har lægerne ligeledes nogle modstridende økonomiske interesser vis a vis Region Midt. Dette kommer til udtryk i forskellige forhandlingspositioner i forbindelse med forhandling af § 2-aftalen. Da case 1 blandt andet omfatter forhandlingerne, der leder til vedtagelsen af § 2-aftalen, må det således også forventes, at regionen og PLO-Midtjyllands interesser i særligt grad kommer i spil.

Forskernes interesser består i overvejende grad i at få mulighed for at gennemføre forskningsprojektet, og dermed ligger denne interesse i forlængelse af de øvrige aktørers interesse i at inddrage den evidensbaserede tilgang til at understøtte øvrige interesser. I og med at der er bred enighed om forskernes bidrag i projektet, og anvendeligheden af deres faglige viden, bliver forskerne ikke udfordret på deres professionelle projekt, og man kan derfor ikke forvente, at beskyttelsen af deres professionelle projekt vil spille en stor rolle for deres anvendelse af koordineringsstrategier. Omvendt synes det plausibelt at forskerne, i kraft af ikke at blive udfordret på deres faglige bidrag, vil have større mulighed for at præge samarbejdet ved at anvende forskellige koordineringsstrategier.

Som det fremgår af ovenstående tabel er der en fælles interesse i at evaluere projektet forskningsmæssigt, men samtidig har de enkelte aktører også specifikke interesser, som ikke nødvendigvis er sammenfaldende. Det forventes at have en betydning for hvilke strategier, der tages i anvendelse og i hvor høj grad projektet er båret af henholdsvis netværksstrategier eller hierarkiske strategier.

6.2 Ressourcer i case 1 (JBC)

Aktørernes ressourcer er af central betydning for hvilke strategier, der tages i anvendelse, idet de er med til at definere aktørernes handlerum. Et væsentligt grundlag for at kunne analysere koordineringen af TDH er således en forståelse for aktørernes respektive ressourcer. De forskellige empiriske eksempler er hovedsageligt baseret på interviewdata. I forhold til at få afdækket omfanget af ressourcer fyldestgørende, forventes det, at de ressourcer, som forvaltningsmyndighederne og de professionelle aktører kan trække på, og som også er relevante for casen, vil blive fremhævet af interviewpersonerne, fordi de spiller en rolle for projektet. I nedenstående tabel fremgår aktørernes ressourcer.

Tabel 4: Oversigt over aktørernes ressourcer i case 1

Ressourcer	Formel autoritet	Økonomiske ressourcer	Viden og information	Diskursiv legitimitet
Region Midt	Regionen varetager aflønningen af Almen Praksis (RLTN og PLO 2014).	Regionen har de økonomiske ressourcer til rådighed til aflønning af Almen Praksis (RLTN og PLO 2014).	Teknisk viden vedrørende ydelsesnumre og aflønning (Observation baseret på interviews fra repræsentanter fra Region Midt).	Hensynet til politikere og borgere (Observation baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Region Midt, Randers kommune og forskere, AU). Fælles bevilling fra Trygfonden kan ses som legitimering af projektet (trygfonden.dk a; Baseret på udtalelser fra repræsentant fra Region Midt)
Randers Kommune	Randers Sundhedscenter er en kommunal virksomhed (Randers.dk d) Kommunen står for implementering og drift af projektet (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Randers kommune).	Randers kommune har afsat betydelige midler til driften af projektet (Baseret på udtalelser fra konsulent, Randers kommune; Randers.dk f).	Viden om praktiske implementeringsforhold (Baseret på udtalelser fra et bredt udsnit af interviewpersoner).	Hensynet til politikere og borgere (Baseret på udtalelser fra kommunens repræsentanter, samt repræsentanter fra forskerne, AU). Fælles bevilling fra Trygfonden kan ses som legitimering af projektet (trygfonden.dk a; Baseret på udtalelser fra repræsentant fra Region Midt)
Forskerne			Erfaring med forskningsprojekter, der involverer Almen Praksis (Baseret på udtalelser fra den forskningsansvarlige,	Forskningsprojektet bliver af andre aktører fremhævet som en legitimering af projektet (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra

			<p>AU).</p> <p>Har kendskab til den daglige setting i Almen Praksis (Baseret på udtalelser fra den forskningsansvarlige, AU).</p>	<p>Region Midt og Randers kommune).</p> <p>Den videnskabelige diskussion om helbredstjek, kan svække forskernes diskursive legitimitet (Udledt af udtalelser fra repræsentanter fra Region Midt, Randers kommune og forskerne, AU).</p> <p>Fælles bevilling fra Trygfonden kan ses som legitimering af projektet (trygfonden.dk a; Baseret på udtalelser fra repræsentant fra Region Midt)</p>
Lægerne	<p>PLO-Midtjylland er et forhandlingsberettiget organ, der repræsenterer de praktiserende læger i Region Midtjylland(laeger.dk d).</p>		<p>Viden om hvad der praktisk kan lade sig gøre for de praktiserende læger (Observation baseret på interviews med læger og forskere, AU)</p> <p>Viden om varetagelsen af patientkontakt i forhold til forebyggende helbredssamtaler (bl.a. laeger.dk f)</p>	<p>PLO-Midtjylland taler på baggrund af mandat fra de praktiserende læger. Kan trække på dette mandat ved forhandling (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Region Midt; laeger.dk d).</p> <p>Varetager borgeren/patientens interesser (bl.a. laeger.dk b)</p>

Den følgende opsummering er baseret på ovenstående tabel. Forvaltningsmyndighedernes ressourcer i relation til case 1 beror i høj grad på deres formelle autoritet samt deres økonomiske ressourcer. Disse ressourcer underbygges af en diskursiv legitimitet, som kommer af at være politisk ledede organisationer samt det faktum, at begge myndigheder ser sig selv som repræsentanter for borgerne. En legitimitet som forskerne giver udtryk for forståelse for i interviewene. I case 1 er regionens formelle autoritet særligt betydningsfuld, idet regionen varetager aflønningen af de praktiserende læger og dermed også har ansvaret

for § 2-forhandlingerne med PLO-Midtjylland. Dette giver regionen en afgørende position i samarbejdet. Idet kommunen bærer og finansierer en stor del af selve helbredstjekket, samt de opfølgende tilbud, og ligeledes er ejer af Randers Sundhedscenter råder kommunen ligeledes over en formel autoritet og økonomiske ressourcer, som tildeler Randers kommune en central rolle i den indledende kontakt og udformning af projektet. Flere interviewpersoner, herunder både repræsentanter fra forskerne og kommunen, henviser således til at kommunen havde nogle forventninger til, hvordan projektet skulle udformes. Samtidig er Randers Kommunes viden om de praktiske omstændigheder i kommunen en ressource i forhold til indledningsvis at kunne øve indflydelse på interventionens konkrete udformning.

Forskernes ressourcer består i deres viden om forskningsmæssig evaluering og den diskursive legitimitet, de opnår ved at repræsentere forskningsprojektet. Den legitimitet beror i høj grad på de øvrige aktørers accept af det betydningsfulde i en forskningsmæssig evaluering. Det er ligeledes en force i forhold til lægernes inddragelse, at flere af forskerne har et indgående kendskab til Almen Praksis.

Lægernes ressource er i høj grad deres diskursive legitimitet, idet lægerne fremstår som patienternes repræsentanter og ligeledes bedst ved, hvad der praktisk kan lade sig gøre i den praktiserende læges dagligdag. PLO-Midtjylland har ligeledes en formel autoritet som repræsentant for de praktiserende læger, hvorfor organisationen i princippet kan afvise forslag fra regionen.

Dermed kan man konstatere, at lægernes og forskernes ressourcer i høj grad beror på deres specialiserede viden og diskursive legitimitet, hvilket ligger i forlængelse af antagelsen om, at de professionelle vil forsøge at varetage deres interesser gennem overtalelse. Idet case 1 handler om forhandlinger om en vedtagelse af et endnu ikke igangsat projekt, relaterer lægernes viden sig i denne case i mindre grad til deres faglige indsigter og i højere grad til nogle organisatoriske indsigter vedrørende de praktiserende lægers arbejdsbetingelser. Ikke desto mindre beror lægernes og forskernes ressourcer på ekspertviden. Det ses dog også, at der er et vidensoverlap mellem forskerne og lægerne, hvilket bevirker, at lægerne i interaktionen med forskerne ikke har monopol på viden om de faglige og organisatoriske forhold for lægerne. Dette kan føre til en større forståelse mellem aktørerne, som vil gøre koordineringsstrategier mere virkningsfulde i og med, at der eksisterer en fælles forståelse og et fælles udgangspunkt.

Samlet kan det således konstateres at forvaltningsmyndighedernes ressourcer i høj grad bygger på en formel autoritet og nogle omfattende økonomiske ressourcer. De praktiserende læger og forskerne fra Institut for Folkesundhed kan derimod i højere grad basere deres indflydelse på den diskursive legitimitet, de besidder som repræsentanter for nogle sundhedsfaglige og forskningsmæssige idealer.

I de ovenstående afsnit er aktørernes interesser og ressourcer blev identificerede. Hermed er det blevet illustreret, hvad aktørerne ønsker at opnå i samarbejdet, samt hvilke ressourcer de har til rådighed til at sikre deres interesser. Dette ventes at have betydning for, hvorfor specifikke koordineringsstrategier tages i

anvendelse, idet aktørerne på baggrund af deres ressourcer vil have forskellige udgangspunkter for at sikre deres interesser. Samtidig må graden af interessefællesskab forventes også at have betydning for, hvorvidt der vil blive anvendt hierarkiske strategier eller netværksstrategier.

6.3 Koordineringsstrategier i case 1 (CMN)

I det følgende vil koordineringsstrategierne i case 1 blive analyseret. Målet med afsnittet er at identificere hvilke koordineringsstrategier, som bliver anvendt i den indledende etablering af projektet. I analysen af koordineringsstrategierne vil aktørernes værdier, interesser og ressourcer blive inddraget for derved at kunne forklare, hvorfor de identificerede strategier tages i anvendelse.

For at overskueliggøre analysen vil koordineringsstrategierne blive analyseret med udgangspunkt i forskellige arenaer. I case 1 drejer det sig om tre arenaer; Region Midt, Randers kommune og Institut for Folkesundheds indledende kontakt og udformning af projektet som den første arena; § 2-forhandlingerne er den anden arena og den tredje arena defineres som ”kontakten til de alment praktiserende læger i Randers”. Afsnittene vil blive opdelt efter koordineringsstrategier baseret på henholdsvis hierarki og netværk.

6.3.1 Arena 1: Den indledende udformning af projektet (JBC)

Den indledende udformning af projektet er en løst defineret arena, som omfatter den indledende kontakt mellem forskerne fra Institut for Folkesundhed, Region Midt og Randers Kommune. Denne arena er bevidst løst defineret, da de indledende møder ligger tilbage i 2007-2008, og det præcise kronologiske forløb, på baggrund af interviewdata, ikke fremstår helt klart. Da fokus er på koordineringsstrategierne, og ikke den præcise kortlægning af forløbet, vurderes dette ikke at være problematisk.

På baggrund af interviewpersonernes udsagn fremgår det, at Institut for Folkesundhed indledningsvis præsenterede ideen om at teste Ebeltoft-modellen for Region Midt, som herefter kontaktede Randers kommune. I den indledende fase var der en række drøftelser før projektet for alvor tog fart. Det interessante ved at undersøge det indledende forløb er, at det giver mulighed for at undersøge, hvordan rammerne for projektet indledningsvist blev etableret.

Hierarkiske strategier:

I governance- og koordineringslitteraturen fremhæves det, hvordan forvaltningens mulighed for at gøre sin indflydelse gældende i samarbejdet mellem ligestillede aktører særligt er ved indledningsvist at sætte rammerne for projektet (Bell & Hindmoor 2009). På baggrund af interviewpersonernes udtalelser var der da heller ikke tegn på anvendelsen af mere klassiske styringsinstrumenter. Fokuset i denne arena er således på, om forvaltningsmyndighederne anvendte rammesætning som hierarkisk strategi. Dette synes ikke usandsynligt, idet både region og kommune bidrager med en stor del af finansieringen af projektet. Det må derfor forventes, at myndighederne vil kunne opnå en stor grad af indflydelse på udformningen af projektet,

både vis-a-vis hinanden og i forhold til forskerne. Ser man på udtalelserne fra interviewene med både repræsentanter fra region, kommune og forskerne fremgår det, at Region Midt havde nogle konkrete forventninger til projektets udformning:

I: ”I forhold til, altså de her møder, hvordan blev sådan udformningen af projektet besluttet? Hvor meget havde I indflydelse på det, eller du som forsker?”

IP: ”Jamen, vi havde meget indflydelse på det på den måde at... På den ene side meget indflydelse, og så på den anden side var der også lagt nogle rammer fordi, det var sådan at, der var jo det her projekt Ebeltoft, som havde vist nogle effekter [...], så der var flere ting som forsker, jeg godt kunne have tænkt mig at ændre på, og skrue på, af nogle knapper. Men, der var det meget meget afgørende for regionen specielt, at det var et implementeringsprojekt og at det ikke var et forskningsprojekt” (Sektionsleder, AU).

Citatet viser, at man fra regionens side fra starten opstiller en ramme for projektet, som de andre aktører må agere indenfor. Denne ramme er i overensstemmelse med regionens interesse i at bruge TDH til at undersøge, hvorvidt der er potentiale for, at projektet kan udbredes til resten af regionen. Derfor lægger regionen vægt på, at det skal være et implementeringsprojekt. Det sætter således nogle grænser for hvor meget forskerne kan eksperimentere med forskningsdelen af projektet. Samtidig er det vigtigt for regionen, at projektet understøttes af evidens, hvilket gør, at man fra regionens side lægger vægt på, at TDH ligger tæt op ad det tidligere Ebeltoft-projekt.

Dette har nogle konkrete implikationer for hvor mange borgere, der skal indkaldes og hvilken aldersgruppe disse borgere må tilhøre. Både fra kommunens og forskernes side bliver det indikeret, at man kunne have forestillet sig en mere snæver befolkningsgruppe og en anden aldersgruppe, men det har været et konkret krav fra regionens side, at populationskarakteristika er lig dem, man undersøgte i Ebeltoft.

Ebeltoft-projektet kommer dermed til at danne rammen for TDH. Dette har implikationer for de øvrige aktørers handlefrihed og kan potentielt være en kilde til interessekonflikter – men det sikrer ligeledes, at der er en konkret ramme, som er med til at strukturere koordineringen af de øvrige aktørers samarbejde. Hermed fremstår rammesætning som en hierarkisk strategi, som regionen anvender for at sikre sine overordnede interesser i projektet. I interviewene med øvrige repræsentanter fremstår der en bred accept af, at det er rammerne for projektet. Dette understøtter den teoretiske forventning om, at hierarkiske strategier er baseret på legitimitet.

Randers kommune har ligeledes en formel autoritet som ansvarlig for driften og ejer af Randers Sundhedscenter. På den baggrund beskriver en repræsentant for kommunen, hvordan det bliver besluttet, at Randers kommune skal bære og være tovholder på projektet:

”[...] det vi besluttede dengang, vi havde sagt ja til at være med i projektet, det var, at det var Randers kommune, der skulle bære det. [...] det var os, der skulle sikre, at der hele tiden blev holdt gang i processen, så vi kom videre, så at det reelt kunne implementeres, så der har jeg jo været tovholder på den del og sikret, at det rullede fremad[...]” (Sundhedschef, Randers kommune).

Som citatet illustrerer, får Randers kommune positioneret sig sådan, at kommunen kan sikre sig, at projektet kan implementeres i en kommunal sammenhæng. Dette er i kommunens interesse, hvis projektet skal kunne videreføres efterfølgende. Hvor regionen sætter nogle mere overordnede rammer, så får kommunen positioneret sig selv i en dagsordensfastsættende rolle. Via denne rolle får kommunen indflydelse på den konkrete udførsel af projektet og ressourceallokeringen i forbindelse med dette. Dette kommer i højere grad i spil i case 2 vedrørende selve implementeringen og driften.

Randers kommune formulerede ligeledes et skriv, hvor man fra kommunens side beskrev projektet, hvilket blev brugt til at bære projektet igennem politisk. Dette er udtryk for en rammesætning af projektet, hvilket også ses, idet kommunens repræsentanter i interviewene henviser til, at projektet skal leve op til de kriterier kommunalpolitikere bevilligede penge til. Repræsentanterne fra kommunen forklarer dog også, at forskerne fra Institut for Folkesundhed fik stor indflydelse på de faglige aspekter. Dette leder over til en central pointe; at den indledende udformning af projektet ikke kun blev båret af forvaltningsmyndighederne. Det er derfor også meningsfuldt at analysere den indledende etablering på baggrund af netværksstrategier.

Netværksstrategier:

Ovenfor er det blevet etableret, at forvaltningsmyndighederne bruger rammesætning som strategi til at sikre koordineringen af den indledende udformning af projektet. Det er dog, som begrebet indebærer, kun rammerne som forvaltningsmyndighederne dermed sætter. Da etableringen af projektet involverer en række formelt ligestillede aktører, kan det forventes, at aktørerne anvender netværksstrategier. I den indledende fase ses det således også, at aktørerne tager netværksstrategier baseret på inklusion i anvendelse. Inklusion involverer skabelsen af fælles mål og en fælles forståelse blandt de aktører, man ønsker, skal samarbejde.

På baggrund interviewpersonernes udsagn fremkommer følgende forløb i den indledende fase: Indledningsvis blev der initieret en kontakt fra forskerne til Region Midt; dernæst blev blandt andet Randers kommune af Region Midt inviteret til møder omkring implementeringen af et forebyggende helbredstjek. Konkret bestod denne indledende proces eksempelvis af, at repræsentanter fra Institut for Folkesundhed deltog på møder i kommunalt regi, hvor ideerne om et projekt, der mindede om Ebeltoft-projektet blev præsenteret. Det virker sandsynligt, at forskerne fik denne rolle på baggrund af deres diskursive legitimitet som repræsentanter for forskningsprojektet. Idet ingen af de tre aktører i princippet kunne tvinges ind i samarbejdet, har man således både fra regionen og forskernes side trukket på nogle koordineringsstrategier, som var baseret på inklusion. En repræsentant fra Randers kommune understreger således, at de indledende

møder bar præg af, at være *interessemøder* – møder, hvor kommunen fik mulighed for, at vurdere om man var interesseret.

Som det fremgår af afsnittene vedrørende aktørernes værdier og interesser er der allerede fra begyndelsen et værdi- og interessefællesskab, hvor både region, kommune og forskere kan se en fordel i at samarbejde om implementeringen af forebyggende helbredstjek. Interviewpersonerne giver da også over en bred kam udtryk for, at der var velvilje i forhold til projektet, hvorfor koordinering på baggrund af netværksstrategier fremstår særdeles effektive, da et værdifællesskab mellem aktørerne må forventes at gøre det lettere at etablere et samarbejde. I den indledende udformning af projektet kan det således konkluderes, at samarbejdet om TDH blev etableret dels på baggrund af en hierarkisk rammesætning og dels gennem inklusion, hvor aktørerne præsenterede ideen for hinanden.

Indtil videre har der været fokus på Region Midt, Randers kommune og Institut for Folkesundhed. De praktiserende læger er dog den fjerde centrale aktør, som også skal involveres i projektet. Som det fremgår af afsnittene vedrørende lægers værdier og interesser, er de betydeligt mere splittede i forhold til, hvorvidt helbredstjek er en god ide og har samtidig nogle anderledes økonomiske hensyn. Det fremgår af interviewene, at der derfor har været behov for andre koordineringsstrategier i forhold til de praktiserende læger.

6.3.2 Arena 2: § 2-forhandlingerne (CMN)

I case 1 fremstår § 2-forhandlingerne mellem PLO-Midtjylland og Region Midt som den helt centrale arena i forhold til koordineringen af etableringen af TDH, idet aftalen skal sikre de praktiserende lægers involvering i projektet.

Hvor Region Midt kan bruge hierarki til at sætte de overordnede rammer for projektet særlig i relation til forskernes og kommunens handlerum, så kan regionen ikke anvende hierarkiske strategier til at koordinere lægernes deltagelse i projektet, da lægerne som kollektiv aktør reelt er en stor gruppe af individuelle erhvervsdrivende. Det er i sig selv interessant, at regionen på det område, hvor de største økonomiske interesser er på spil, ikke har nogle direkte hierarkiske strategier at trække på.

Hierarkiske strategier:

Da indgåelse af § 2-aftaler er baseret på frivillighed, kan regionen ikke pålægge de praktiserende læger at deltage i et projekt som TDH. I og med at regionen sidder med den formelle autoritet til at kunne aflønne lægerne, har regionen dog muligheden for at præsentere projekter såsom TDH for PLO-Midtjylland og de praktiserende læger. Selve denne initiativret kan ses som en mulighed for regionen til at sætte dagsordenen for forhandlingerne, idet regionens præsentation af projektet i sig selv er med til at sætte nogle rammer for de videre forhandlinger. Regionen kan således påvirke processen i en vis retning gennem

dagsordensfastsættelse. Denne konklusion er ikke direkte baseret på udtalelser fra regionens og PLO's repræsentanter, men drages indirekte idet udspillet kom fra regionen. Men udover at sætte rammerne for, hvad der skal forhandles om, har regionen ikke andre hierarkiske strategier til rådighed i denne sammenhæng.

Netværksstrategier:

I lyset af, at denne fase vedrører forhandlingerne om § 2-aftalen, får forhandling som netværksstrategi stor betydning. På trods af regionens position som aflønner af de praktiserende læger, har regionen som nævnt ovenfor, ikke noget formelt mandat til at "tvinge" Almen Praksis ind i et samarbejde:

I: "Var det sådan, at I følte, at regionen bare kom og så var rammerne sat, eller havde I gode muligheder for at få indflydelse på hvordan aftalen den skulle formes til sidst?"

IP: "[...] Altså det er jo sådan, man taler om det først og så er der nogle, der kommer med et udspil til hvordan det skal se ud på skrift, og så sidder man og retter det lidt til frem og tilbage (1:ja). Men det er ikke rigtig anderledes med det her projekt end med andre projekter" (Styregruppelæge).

Af ovennævnte citat fremgår det, at regionen i lægernes optik ikke har mulighed for at fremlægge et færdigt udspil som de praktiserende læger så må acceptere. For at få etableret et samarbejde må regionen således trække på netværksstrategier, der kan få dem involveret af frivillighedens vej. Som det fremgår af afsnittene om aktørernes værdier og interesser, har de praktiserende læger, repræsenteret ved PLO-Midtjylland, og Region Midt divergerende udgangspunkter for et samarbejde. Begge aktører har klare økonomiske interesser i projektet, men hvor forvaltningsmyndighederne har en interesse i at minimere sine omkostninger ved projektet, ønsker PLO-Midtjylland at sikre, at de ikke foretager ydelser ulønnet. Situationen beskrives på følgende vis af en af styregruppelægerne:

"[...] Og i øjeblikket, jeg kan altså ikke huske om den her var indført på det tidspunkt, men der var noget svarende til det. Der var der en 2 % klausul, som går ud på, at hvis de praktiserende læger har en omsætningsfremgang på mere end ca. 2 %, så nedsætter man basishonoraret (1:ja). Populært sagt, man fodrer hunden med sin egen hale. Det har så resulteret i en situation, hvor de praktiserende lægers organisation er meget OBS på nye opgaver[...]" (Styregruppelæge).

Citatet afspejler det udgangspunkt som de praktiserende læger og PLO-Midtjylland indgik i forhandlingerne med, hvor man ønskede at sikre, at de praktiserende læger ikke selv ville komme til at betale for de ekstra ydelser. Samtidig er der også nogle værdimæssige uoverensstemmelser i forhold til, hvorvidt helbredstjek rent faktisk er vejen frem. Ifølge repræsentanterne fra regionen valgte man at følge de forskere, som er

positivt indstillet i forhold til helbredstjek, hvilket skal ses i lyset af de potentielle gevinster, der i regionens optik vil være, hvis helbredstjek viser sig at være effektive. Internt blandt de praktiserende læger er der delte meninger vedrørende effekten af helbredstjek, hvilket dels skyldes en videnskabelig debat om effekten af forebyggende helbredstjek, men samtidig også det faktum, at lægerne som kollektiv aktør ikke nødvendigvis har samme værdier. Der er således indledningsvist klare divergerende økonomiske interesser mellem Region Midt og PLO-Midtjylland og desuden en værdimæssig diskussion om, hvorvidt det giver mening at indføre helbredstjek.

Det er således fra regionens side nødvendigt med en netværksstrategi baseret på forhandling med PLO-Midtjylland for at kunne få de praktiserende læger involveret i projektet, da de økonomiske og faglige interesseforskelle kræver kompromis mellem aktørerne. I herværende sammenhæng tilskrives forhandlingsstrategien regionen, da denne står som initiativtager til projektet. Forhandlingsstrategien bliver også anvendt af PLO-Midtjylland, men dette er mere som en reaktion på regionens udspil.

Forhandlingerne mellem PLO-Midtjylland og regionen er i forvejen institutionaliserede og bliver gennemført i nogle faste forhandlingsfora. Mere konkret blev § 2-aftalen godkendt og vedtaget i samarbejdsudvalget mellem de praktiserende læger og Region Midt (Baseret på udtalelser fra specialkonsulent, Region Midt).

Selve forhandlingerne beskrives af repræsentanterne fra regionen som en lang proces, hvor der bliver forhandlet under både formelle og uformelle omstændigheder, og hvor man løbende kommer med oplæg i de formelle fora indtil man er nået frem til noget, som alle parter kan acceptere. Man pointerede fra regionens side, at der ikke foreligger en fast slagplan i forhold til dette, men at det foregår på forhandlingspræmisser, hvor man forsøger at nå til enighed. I tråd med forventningerne til at der er tale om netværkskoordinering, bliver det endelige resultat et kompromis, hvor lægerne får løftet ydelsen i forbindelse med TDH ud af overenskomsten, således at de ikke bliver ramt af omsætningsloftet på 2 %. At Region Midt således ikke ensidigt får gennemtrumfet sine prioriteter styrker antagelsen om, at regionen ikke har kunnet trække på specifikke hierarkiske mekanismer, men har måttet trække på forhandling som netværksstrategi.

På baggrund af de gennemførte interviews med et bredt udsnit af repræsentanter i projektet, bliver det tilkendegivet, at der er en oplevelse af bred tilfredshed, både fra lægernes og regionens side, med den endelige aftale mellem Region Midt og PLO-Midtjylland. I forbindelse med interviewene forsøgte specialets forfattere dog at afdække, hvorvidt regionen havde haft visse hierarkiske beføjelser til rådighed, som kunne have indflydelse på forhandlingernes udfald. Men fra regionens side blev dette afvist. Det fremgår således af udtalelser fra regionens repræsentanter, at andre projekter før er blevet afvist af PLO. At de praktiserende lægers deltagelse i TDH er baseret på frivillighed underbygges af den forhenværende formand for PLO-Midtjylland, som lægger vægt på, at hvis der ikke havde været et fagligt perspektiv i projektet, så havde man ikke været interesseret i at deltage. I den sammenhæng er det særlig det faktum, at der er tale om et

forskningsprojekt, der bliver betonet af interviewpersonerne, som motivationen for lægernes deltagelse. I forlængelse af dette fremhæves midlerne fra Trygfonden, som giver projektet en faglig legitimitet, hvilket den forhenværende formand for PLO-Midtjylland ligeledes pointerer. Bevillingen fra Trygfonden er dog ikke så meget en specifik ressource for regionen som for hele projektet, idet midlerne er søgt i fællesskab mellem region, kommune og Institut for Folkesundhed.

Som det ses af ovenstående, spiller det faglige aspekt en stor rolle i forhold til at få lægerne involveret. De to perspektiver, de faglige værdier og den økonomiske interesse kom således i høj grad til at spille sammen i forhold til, hvorvidt en aftale kunne laves.

På baggrund af udsagn fra både læger og andre aktører, har lægerne divergerende holdninger internt. Derfor blev regionen, i samarbejde med Randers kommune og forskerne fra Institut for Folkesundhed, nødt til at trække på andre netværksstrategier, da lægernes involvering ikke kun kunne sikres gennem forhandlinger i de formelle fora for § 2-forhandlinger:

"[...] alt det her benarbejde ligger i forhold til hele projektet og om det her overhovedet er en god ide, selve § 2-aftalen [...] det er jo virkelig, det er jo nogen teknikaliteter[...]" (Kontorchef Region Midt).

Citatet viser, at en stor del af arbejdet med at få involveret lægerne i projektet ikke relaterede sig direkte til § 2-forhandlingerne, som i princippet kun handlede om de tekniske økonomiske og faglige forhold. Benarbejdet var i højere grad forbundet med at overbevise lægerne om projektets faglige legitimitet. Kontorchefen fra Region Midt gav ydermere udtryk for, at det var vigtigt for PLO-Midtjyllands repræsentanterne at have så god kontakt til de praktiserende læger i Randers kommune, at repræsentanterne kan føle sig sikre på, at de har lægernes opbakning til at indgå § 2-aftalen.

Dette illustrerer, at hvis PLO-Midtjylland skal lave § 2-aftaler har repræsentanterne fra PLO-Midtjylland behov for at vide, at de har de praktiserende lægers opbakning. Som det fremgår af afsnittet om aktørernes interesser har regionen, kommunen og forskerne en fælles interesse i at sikre lægernes deltagelse og derfor blev det af central betydning at sikre opbakning fra de alment praktiserende læger i Randers kommune. Sideløbende med forhandlingerne om § 2-aftalen samarbejder forskerne og kommunen derfor om, via netværksstrategier, at inddrage lægerne i projektet.

6.3.3 Arena 3: Kontakten til de alment praktiserende læger i Randers (CMN)

Denne tredje og sidste arena i case 1 omfatter de fora og aktiviteter, der blev igangsat for at sikre de praktiserende lægers opbakning til § 2-aftalen. I forbindelse med § 2- forhandlingerne er det blevet beskrevet, at der var 2 sideløbende processer sat i gang fra især regionen og forskernes side. Overordnet set kan man således konstatere at inddragelsen af de praktiserende læger foregik i to sideløbende spor. Det ene spor foregik i formelle og mindre formelle fora, hvor regionen og PLO-Midtjylland forhandlede om selve §

2-aftalen. Det andet spor bestod i at skabe opbakning til projektet blandt de praktiserende læger i Randers kommune. En forsker beskriver det således:

" [...]fordi der, på det tidspunkt der skulle vi jo have den der § 2-aftale i stand også. (1:ja), altså en ting var, at de skulle med i projektet, noget andet, det var jo, at vi skulle have en § 2-aftale lavet. (Forskningsansvarlig, AU).

2: "Ja, de to ting spillede vel lidt sammen?"

IP: "Det spillede nemlig(...) Fordi de praktiserende læger ville absolut ikke med, hvis vi ikke havde en § 2-aftale. Vi kunne ikke begynde at lave § 2-aftalen før de praktiserende læger var med. (1:nej). Så det var sådan en "catch 22" vi lavede der" (Forskningsansvarlig, AU).

Citatet illustrerer, hvordan forhandlingerne om § 2-aftalen og arbejdet med at få de praktiserende læger i Randers kommune med på projektet spillede sammen, og hvor det ene ikke kunne gennemføres uden det andet. Det betød således også, at forskerne fik en vigtig, omend mere uformel rolle i forhold til at sikre § 2-aftalen. Der er bred enighed blandt interviewpersonerne om, at forskerne spillede en afgørende og bærende rolle i forhold til at "sælge" projektet til de praktiserende læger. Da forskerne ikke har hierarkiske strategier til rådighed vil det i det følgende blandt andet blive belyst, hvordan forskerne, sammen med Randers kommune, anvendte netværksstrategier for at sikre lægernes opbakning. Randers kommune spillede i denne sammenhæng en mindre rolle, da kommunen dels ikke har nogle hierarkiske beføjelser i forhold til de praktiserende læger, og dels ikke har den samme diskursive legitimitet som forskerne i forhold til at kunne præsentere projektet. I kraft af sin formelle autoritet, er det dog interessant at berøre hvorvidt kommunen forsøgte at anvende hierarkiske strategier:

Hierarkiske strategier:

Randers kommune spiller ifølge kommunens repræsentanter kun en mindre rolle i kontakten til de praktiserende læger. Kommunens formelle autoritet som bærer af projektet giver dog denne nogle muligheder for at influere på processen:

"[...] Man kan sige, min lille bitte indflydelse det har været løbende at holde det på dagsordenen, og være med til at høre "hvordan går det" og "hvad er status" og "hvor langt kan vi komme" og være[t] med til at invitere lægerne med i Randers (1:ja), med til møde her for at fortælle dem om, hvad går det her projekt ud på, [...] og der gøder man jo jorden i forhold til at skabe positiv interesse (Sundhedschefen, Randers kommune).

Citatet er dels et udtryk for en netværksstrategi baseret på inklusion, hvor man forsøger at inddrage lægerne i projektet. Citatet indikerer dog også, at kommunen har kunnet influere processen i forhold til de

praktiserende læger ved at sætte møder op og præsentere projektet og dermed sætte det på lægernes dagsorden. Dagsordensfastsættelse bliver således, som for regionen i forbindelse med § 2-forhandlingerne en måde, hvorpå kommunen kan trække på sine ressourcer for at øve indflydelse uden direkte at kunne gribe ind. Dagsordensfastsættelse ses som en hierarkisk strategi baseret på rammesætning, idet det kan være med til at sætte rammerne for et samarbejde. Som ovenstående citat også viser, så spiller kommunen dog kun en lille rolle, og det bliver videre indikeret i interviewet med sundhedschefen, at forskerne er bærende i forhold til kontakten til de praktiserende læger.

Netværksstrategier:

På baggrund af interviewpersonernes udsagn, både fra lægernes repræsentanter, men også fra de øvrige involverede i projektet, fremgår det, at lægerne ikke på samme måde som de andre aktører har set dette projekt som et "fælles projekt". Flere af interviewpersonerne fra Randers kommune, Region Midt, og forskerne har givet udtryk for, at der meget hurtigt i opstartsprocessen blev enighed om dele af projektet, og at der blev skabt en fælles forståelse og et fælles mål. Dette *drive* og den samhørighed ses ikke i samme grad hos lægerne.

Dette skyldes blandt andet, som flere interviewpersoner pointerer, at de praktiserende læger, i modsætning til de andre aktører, ikke udgøres af en organisation med et internt hierarki. Lægerne udgøres i stedet af selvstændige erhvervsdrivende, hvorfor det er nødvendigt at forsøge at skabe en samstemmig forståelse for projektet, før det er muligt at få alle læger med til at implementere deres del af projektet, nemlig helbredssamtalerne. For således at få involveret lægerne i projektet trækker man fra forskerne og kommunes side på netværksstrategier baseret på inklusion.

Inklusionsstrategien bestod konkret i, at lægerne blev inviteret til temaaftener og introduktionsaftener af forskellig slags, hvor forskerne præsenterede projektet. I disse undervisningsfora kommer forskernes viden og information som ressource netop til at spille en central rolle, fordi forskerne har kompetence i forhold til den faglige del af projektet der, som nævnt, har stor betydning for de praktiserende læger:

2: *"Kan du sige lidt mere om, hvad den rolle indebar?"*

IP: " (...) Jamen det var, at få fundet ud af, hvad skulle der til for at de praktiserende læger, for at de kunne sige "god" for projektet. De skulle vide noget om projektet, altså de skulle vide noget om forskningsspørgsmålene. Hvad var det for nogle forskningsspørgsmål, vi gerne ville have belyst i det her?" (Forskningsansvarlig, AU).

Som citatet er med til at illustrere, og som det også fremgår i værdiafsnittet vægter lægerne evidens højt i deres stillingtagen til implementering af nye tiltag. Derfor blev undervisningsgangene båret af forskernes ekspertviden om forskning på forebyggelsesområdet. Dermed kan man konstatere, at forskerne anvendte

deres ekspertviden til at gennemføre en netværksstrategi baseret på inklusion, der skulle sikre lægernes deltagelse i projektet gennem forståelse for hensigten med projektet.

Forskerne har samtidig også en diskursiv legitimitet som repræsentanter for forskningsmæssig evidens, idet projektet næppe var blevet en realitet, hvis det ikke havde involveret en forskningsmæssig evaluering.

[...]de [lægerne] var bange for, at der bare blev tromlet noget ned over hovedet, og at de bare skulle lave helbredsundersøgelser, fordi nu Region Midt, havde besluttet sig for at de skulle laves. [...] Hvis det var det, så havde vi aldrig nogensinde fået lov til at gøre det. [...] Det, det handlede om, på det tidspunkt, det var at få accept fra de praktiserende læger til at prøve det her af i et design, som kunne evalueres forskningsmæssigt” (Forskningsansvarlig, AU).

Dette citat bakkes op af flere af de øvrige interviewpersoner og der er således bred enighed om, at forskernes involvering har været afgørende for, at lægerne gik med i projektet. Denne diskursive legitimitet styrkes yderligere, idet der, som nævnt i afsnittene vedrørende forskerne og lægernes ressourcer, er et vist overlap af viden mellem de to professionelle aktører. Konkret består vidensoverlappet i, at nogle repræsentanter fra forskerne ligeledes er praktiserende læger. Det medfører, at der er en større forståelse for og lydhørhed begge veje, da man har en forståelse for hinandens faglighed. Ovenstående citat illustrerer således, at der i forhold til lægerne er tale om en netværksstrategi baseret på inklusion; det handler ikke blot om at informere lægerne om projektet, men det er lige så meget et spørgsmål om, at lægerne skal se en faglig mening med projektet og ikke blot føle, at de bliver dikteret noget ovenfra af regionen. Dermed ses værdi- og vidensoverlappet mellem forskerne og lægerne som værende vigtigt for anvendelsen af inklusionsstrategier. Forskernes inklusionsstrategier tages i anvendelse ved hjælp af deres forståelse for lægernes situation, erfaring med forskning, der inkluderer læger, samt en diskursiv legitimitet baseret på deres position som repræsentanter for valid forskning. Forskernes involvering danner således mulighed for at inkludere lægerne på andre præmisser end regionen eller kommunen alene ville kunne have tilbudt. Dermed kan man se, at der blandt de professionelle er større forståelse for hinandens faglige hensyn og værdier, hvilket giver mulighed for koordinering ved eksempelvis inklusion.

I forlængelse af dette kommer uformelle relationer også til at spille en lille, men vigtig rolle, idet den indledende indgangsvinkel til de praktiserende læger i Randers kommune dels blev etableret på baggrund af at repræsentanter fra henholdsvis forskerne og lægerne kendte hinanden fra kollegietiden. På den måde lettedes den indledende etablering af kontakt til lægerne, da man igennem den uformelle relation havde etableret en lydhørhed hos lægerne, som ellers kunne tænkes at være sværere at facilitere under andre omstændigheder.

Af styregruppereferater, samt af udtalelser fra både repræsentanter fra Randers Kommune og Region Midt, fremgår det, at både kommunen og regionen var involveret i informationsmøderne. Det betyder altså, at det

var en fælles strategi at inkludere lægerne. Det fremgår ligeledes af interviews, at kommunen, regionen og forskerne er enige om anvendeligheden af sådanne strategier for at sikre lægernes opbakning, således at man kunne sikre en gennemførelse af projektet.

Som det ses af lægernes interesser var nogle læger skeptiske overfor at udføre helbredstjek som et led i en regional plan. I et professionsperspektiv kan man anskue det som et pres på lægeprofessionen og dens ret til selv at tilrettelægge den korrekte behandlingsform af deres patienter. Derfor kunne man også forvente at nogle læger ville være modstandere af det. Langt de fleste læger i Randers kommune endte dog med at deltage i projektet. Ved at indgå i samarbejdet og via denne indtræden i projektet har de været med til at forme projektet efter deres interesser, og i forlængelse af deres professionelle projekt. Eksempelvis ved deltagelse i defineringen af, hvad der udgør en såkaldt rød borger (tdh-praksis.dk b).

6.4 Opsummering af case 1 (JBC)

I det ovenstående er koordineringsstrategierne i case 1, samt de interesser og ressourcer, der kommer i spil blevet analyseret. I tabel 5 er koordineringsstrategierne opsummeret. Case 1 fokuserer på hvordan etableringen af samarbejdet om TDH bliver koordineret mellem de fire aktører, som er involveret i projektet. Analysen af de anvendte koordineringsstrategier er opdelt i 3 arenaer; Den indledende udformning af projektet, hvor regionen og kommunen fik politisk opbakning til projektet; § 2-forhandlingerne mellem Region Midt og PLO-Midtjylland samt den tredje arena, der omfatter kontakten til de praktiserende læger i Randers. Denne case er karakteriseret ved at projektet skal udformes, og der derfor både er politisk bevågenhed, og samtidig skal de involverede aktører sikre, at projektet afspejler deres respektive interesser. Dette vurderes, at kunne en have betydning for hvilke interesser og ressourcer, der kommer i spil og hvilke koordineringsstrategier, der kommer i anvendelse. I det følgende vil der blive samlet op på ovenstående analyse i forsøget på at forklare, *hvorfor* koordineringsstrategierne tages i anvendelse.

Tabel 5: Oversigt over koordineringsstrategier i case 1

Aktører	Hierarkiske strategier		Netværksstrategier			
	Rammesætning	Styringsinstrumenter	Informationsdeling	Inklusion	Forhandling	Uformelle relationer
Region midt	Ebeltoft-projektet som ramme. Forhandlingsudspil ved § 2-aftale			Afholder møder med Randers Kommune	§2-aftale	
Randers Kommune	I forhold til implementering i kommunal kontekst.			Står for møder med praktiserende læger.		
Forskerne				Afholder møder med Region Midt og Randers kommune Møder med praktiserende læger.		Kontakt til læger gennem bekendtskab
Lægerne					§ 2-aftale	Kontakt til forskere gennem bekendtskab

Hierarkiske strategier:

I forhold til anvendelsen af hierarkiske strategier tilskrives det per definition forvaltningsmyndighederne, idet det er inden for det formelle bureaukrati, at det er muligt at anvende hierarkiske strategier. Da projektet er et samarbejde mellem hierarkisk ligestillede aktører har forvaltningsmyndighederne dog ikke umiddelbart mulighed for at anvende formelle *styringsinstrumenter* i etableringen af projektet; i analysen af case 1 har der da heller ikke været nogen stærke indikationer på, at de øvrige aktører direkte er blevet beordret til at agere på en specifik måde, eller at der er sket en formel delegering.

I modsætning hertil er der dog eksempler på, at forvaltningsmyndighederne har anvendt deres formelle autoritet til at bruge *rammesætningen* af projektet som en hierarkisk strategi. Som det fremgår ovenfor har både region og kommune nogle specifikke interesser i projektet. For regionens vedkommende handler det om at sikre, at projektet kan danne grundlag for at vurdere, om forebyggende helbredstjek senere skal kunne udbredes til hele regionen. For at sikre dette opstiller man fra regionens side derfor en konkret ramme for projektet, der hedder, at det skal følge skabelonen fra Ebeltoft-projektet, hvor der allerede er blevet påvist evidens. Det er således vigtigt for regionen, at projektet er baseret på noget, "der virker". De øvrige aktører har dermed fået en relativt klar ramme som de skal holde sig indenfor. På baggrund af interviews med de øvrige aktører fremgår det, at der er en bred accept af Ebeltoft-projekt-rammen, men at der alligevel er flere af de andre parter, der kunne have forestillet sig nogle andre rammer.

I case 1 har kommunen en forvaltningsmæssig interesse i løbende at sikre en dagsordensfastsættende rolle i projektet sådan at kommunen kan sikre, at TDH passer ind i en kommunal kontekst. Randers kommune formår således også at opstille en ramme, hvor kommunen sætter sig i en position, der medfører, at den kommer til at bære implementeringen og driften af projektet. Denne position giver dermed mulighed for løbende interessevaretagelse fra kommunens side. Dette gør sig særligt gældende i case 2.

Overordnet ses det, at forvaltningsmyndighederne anvender en hierarkisk strategi baseret på rammesætning på baggrund af deres formelle autoritet og økonomiske ressourcer. Forvaltningsmyndighederne kan dermed sikre, at projektet ikke senere hen skulle bevæge sig i en retning, der er i modstrid med deres interesser. Ud over at sætte nogle relativt brede rammer for projektet, har forvaltningsmyndighederne dog ikke nogle formelle muligheder for at inddrage hverken forskerne eller de alment praktiserende læger i projektet, hvorfor meget af etableringen af samarbejdet foregår på baggrund af netværk.

Netværksstrategier:

I analysen af case 1 ses det, at der hovedsageligt anvendes strategier baseret på forhandling og inklusion. Forhandlingerne om § 2-aftalen er en vigtig del af etableringen af TDH, idet denne skal sikre de praktiserende lægers deltagelse i projektet. Forhandlingerne er af central betydning for både Region Midt og PLO-Midtjylland på grund af de økonomiske og faglige interesser, som er i spil. Da regionen og de praktiserende læger i udgangspunktet har nogle forskellige interesser, og regionen ligeledes ikke har nogle beføjelser til at tvinge de praktiserende læger ind i samarbejdet, bliver de praktiserende lægers deltagelse i projektet koordineret gennem *forhandling*.

Som det fremgår af lægernes værdier og interesser, har det stor betydning for de praktiserende læger at projektet bliver evalueret forskningsmæssigt. Dette skal dels forstås i det perspektiv, at projektet skal give mening lægefagligt. At TDH også har et forskningsmæssigt perspektiv betyder også, i lægernes optik, at projektet ikke "bare" et kommunalt projekt igangsat af forvaltningsmyndighederne med henblik på at mikro styre læger. Projektet får en større berettigelse gennem forskningen. Som det fremgår af tabellen om lægernes interesser ovenfor har PLO-Midtjylland dog også en interesse i at skabe et bedre samarbejde mellem kommunen og lægerne. Man kan derfor fortolke den daværende forhandlingsstrategi i det lys, at PLO-Midtjylland ved aktivt at indgå i forhandlingen havde mulighed for selv at være med til at definere lægernes opgaver i relation til TDH og dermed fastholde deres professionelle position som selv-administrerende i forhold til arbejdsopgaver.

Sideløbende med forhandlingsstrategien fremstår inklusion som en anden netværksstrategi, der tages i anvendelse for at sikre etableringen af projektet. Dette ses i den indledende kontakt mellem Institut for Folkesundhed, Region Midt og Randers kommune, som byggede på et fælles værdigrundlag og en gensidig interesse i at afprøve virkningen af forebyggende helbredstjek. Således er det interessant, at Institut for

Folkesundhed i første omgang tog initiativet til projektet ved at introducere det for regionen, som herefter introducerede projektet for Randers kommune. Ingen af de tre aktører kan tvinge de andre ind i samarbejdet. Det ses derimod, at den indledningsvise etablering af samarbejdet blev båret af inklusionsstrategier baseret på møder, der skulle skabe gensidig forståelse for projektet mellem aktørerne, idet et samarbejde mellem hierarkisk ligestillede aktører nødvendigvis må bygge på gensidig interesse.

Inklusion kommer også til at spille en rolle i forhold til koordineringen med de praktiserende læger. Det fremgår i analysen, at PLO-Midtjylland ikke var interesseret i at lave en aftale uden opbakning fra de praktiserende læger i Randers. Blandt andet derfor foregår der, sideløbende med § 2-møderne, en proces, hvor Randers kommune og forskerne fra Institut fra Folkesundhed forsøger at skabe opbakning til projektet blandt de praktiserende læger. Det kan således ses som en strategi baseret på inklusion, hvor man søger at inddrage lægerne og skabe en fælles forståelse for projektet. Dette kan også ses som en art proxy- strategi fra regionens side, hvor man anvender forskerne til at sikre en opbakning, som man ikke kan sikre sig gennem formelle kanaler. At forskerne kommer til at bære kontakten til de praktiserende læger i Randers skyldes i høj grad den diskursive legitimitet, som forskerne besidder som repræsentanter for valid forskning.

Forskerne er i en kvalitativt forskellig position i forhold til lægerne. Forskerne står ikke overfor en potentiel ændring af deres dagligdagsrutiner i det omfang, som lægerne potentielt står overfor. Derfor vil man i denne situation ikke forvente, at forskerne vil anvende strategier som forsvar for deres professionelle projekt. I stedet anvender forskerne i højere grad deres professionelle specialiserede viden og diskursive legitimitet til at inkludere med det formål at få muliggjort forskningsprojektet.

Man er både fra regionen og kommunens side bevidste om, hvor vigtig en rolle forskerne har spillet i forhold til at sikre lægernes involvering. Inklusionsstrategien bliver gennemført af region, kommune og forskere i fællesskab, fordi alle tre aktører har en interesse i at sikre de praktiserende lægers involvering.

Opsummerende kan det konstateres, at koordineringsstrategierne anvendes til at sikre de enkelte aktørers respektive interesser. Forvaltningsmyndighederne gør brug af hierarkiske strategier til at sikre nogle overordnede interesser, men etableringen af projektet er i høj grad baseret på netværksstrategier. Når det handler om økonomiske interesseforskelle, foregår koordineringen via forhandling, hvorimod faglige forskelle i højere grad koordineres gennem inklusion, hvor forskerne er bærende på grund af deres diskursive legitimitet.

Kapitel 7: Implementering og drift af Tjek dit helbred (CMN)

Case 2 omfatter implementeringen og driften af TDH. Den overordnede koordinering foregår i styregruppen, som består af repræsentanter fra Randers kommune, Region Midt og Institut for Folkesundhed. Repræsentanter fra de praktiserende læger bliver ligeledes involveret på ad hoc-basis, men er ikke en fast del af styregruppen. Selve implementeringen og den løbende drift af helbredstjekket varetages af en projektleder i Randers Sundhedscenter i tæt koordination med projektkoordinatoren fra Institut for Folkesundhed, således at der er overensstemmelse mellem den praktiske implementering og forskningsprojektet. Samtidig foregår der løbende en koordinering med de praktiserende læger for at sikre deres fortsatte bidrag til projektet.

Det er svært at lave en helt klar tidslig demarkering mellem case 1 og 2, da visse forløb til en vis grad overlapper. Projektgruppen, som senere blev til styregruppe, blev etableret relativt tidligt og arbejdede sideløbende med § 2-forhandlingerne, men da det i hovedreglen er de samme personer fra projektgruppen, som sidder i styregruppen, og projektgruppen samtidig beskæftigede sig med den faglige udformning af projektet, vil denne beskrives under et.

Som i case 1 vil aktørernes interesser og ressourcer relateret til implementerings- og driftsfasen blive analyseret for således at kunne trække på indsigterne derfra i analysen af koordineringsstrategier.

7.1 Interesser i case 2 (JBC)

Da projektet i case 2 er gået ind i en implementerings- og driftsfasen, forventes det, at aktørernes interesser vil variere fra case 1; nogle vil have mindre interesse i denne fase, andre mere, hvorfor det også forventes, at det ikke nødvendigvis er de samme aktørers interesser, som kommer i spil. Det er således relevant at analysere de interesser, der relaterer sig specifikt til implementerings- og driftsfasen for at kunne vurdere, hvorvidt ændringer i aktørernes interesser har betydning for anvendelsen af koordineringsstrategier. I nedenstående tabel vil aktørernes interesser blive præsenteret. Tabellen er baseret på interviewpersonernes udsagn, baggrundsdokumenter og deltagende observation.

Tabel 6: Oversigt over aktørernes interesser i case 2

Aktører	Interesser
Region Midt	<p>Projektet skal kunne videreføres på regionalt plan. TDH er først og fremmest et implementeringsprojekt (Baseret på udtalelser fra Specialkonsulent, Region Midt).</p> <p>Vigtigt med fortsat fokus på den forskningsmæssige evaluering (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Region Midt).</p> <p>At sikre lægernes fortsatte involvering i projektet.(Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Region Midt; deltagende observation 05.02 2015 og 21.05 2015).</p> <p>Sikre at lægerne giver en helbredssamtale ved anvendelse af TDH- ydelsesnummeret (Baseret på udtalelser fra specialkonsulent, Region Midt).</p>
Randers Kommune	<p>Det skal kunne driftes i en kommunal sammenhæng (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Randers kommune)</p> <p>Hensyn til borgere, der falder uden for forskningspopulationen (Baseret på udtalelse fra konsulent, Randers kommune)</p> <p>Interesse i at få hurtige resultater til præsentation (Baseret på udtalelser fra Sundhedschefen i Randers kommune).</p> <p>At anvende projektet til ekstern profilering af kommunen (Baseret på udtalelse fra konsulent, Randers kommune).</p> <p>At få videnskabelige resultater på helbredstjekket (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Randers kommune).</p> <p>At sikre lægernes fortsatte involvering i projektet (Blandt andet baseret på deltagende observation 05.02 2015 og 21.05 2015).</p> <p>Ønsker på sigt at minimere sundhedsudgifterne (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Randers kommune).</p>
Forskerne	<p>At få kørt forskningspopulation igennem samt igangsætte sideløbende forskningsprojekter i den kommunale setting (Baseret på deltagende observation 05.02 2015 og 21.05 2015; udtalelser fra repræsentanter fra flere aktører).</p> <p>Kvalitetssikre data i den kommunale setting (Baseret på udtalelser fra flere repræsentanter fra forskerne, AU).</p> <p>Forskerne har både en evaluator- og en styregrupperolle (Baseret på udtalelser fra Sektionsleder, AU).</p>

	At sikre lægernes fortsatte involvering i projektet (Blandt andet baseret på deltagende observation 05.02 2015 og 21.05 2015).
Lægerne	<p>Styregruppelægerne deler interessen for projektet med de øvrige medlemmer af styregruppen (Baseret på udtalelser fra styregruppelæge).</p> <p>De praktiserende læger har en interesse i at nå ressourcets borgere (Baseret på udtalelser fra styregruppelæge).</p> <p>De praktiserende læger kunne have interesse i løbende at få mere information om projektet; flere resultater, som er relevante for de praktiserende læger (Baseret på udtalelser fra styregruppelæge).</p> <p>Interesse i at få "røde borgere" i deres konsultation, fordi disse borgere har et helbred, der gør, at de skal tilses af en læge (Baseret på udtalelser fra specialkonsulent, Region Midt).</p> <p>De praktiserende læger i Randers har forskellige holdninger og interesser i forhold til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henvielse til kommunale tilbud (Baseret på udtalelse fra projektleder, Randers kommune) • Helbredstjek generelt (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra flere aktører) <p>Lægerne har en interesse i at bruge deres tid fornuftigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • På patienter • På at passe praksis • På relevante aspekter i styregruppen <p>(Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra flere aktører)</p>

Med udgangspunkt i ovenstående tabel vil aktørernes interesser kort uddybes. Relativt til case 1 kommer kommunens interesser i langt højere grad i spil, da kommunen vil sikre, at helbredstjekket bliver implementeret og at driften løbende foregår på en sådan måde, at det kan fungere i en kommunal sammenhæng. Regionen har en mindre interesse i selve driften, idet de økonomiske rammer for regionens vedkommende er på plads. Regionen har dog en interesse i at sikre, at lægerne fortsat er med, samt at forskningsprojektet løbende holder sig inden for rammerne af Ebeltoft-projektet, således at det kan undersøges, hvorvidt projektet kan videreføres i resten af regionen. Regionen og kommunen deler dermed en fælles interesse i at bibeholde den forskningsmæssige evaluering af projektet, da det for begge aktører skal danne grundlag for lignende projekter i fremtiden.

I og med at der fra regionen og kommunens side er en interesse for deltagelse i forskningsprojektet, er der ikke grundlag for store interessekonflikter i forhold til forskerne. Det kan således konstateres, at forskernes autonomi og dermed deres professionelle projekt ikke grundlæggende bliver udfordret af

forvaltningsmyndighederne. Disse forhold bevirker, at man ikke vil forvente konflikter i stort omfang, ligesom det må betyde, at der må være rig mulighed for at sikre koordineringen ved anvendelse af forskellige netværksstrategier.

Som det ses af ovenstående tabel har forskerne, kommunen og regionen en fælles interesse i at sikre den fortsatte involvering af lægerne i projektet. Ligesom styregruppelægerne deler den grundlæggende interesse i forskningsprojektet. Samtidig har lægerne dog faglige og organisatoriske interesser, der ikke nødvendigvis stemmer overens med TDH. Lægernes patienthensyn og hensynet til faglig fornuftig anvendelse af deres begrænsede tid kan således medføre koordineringsvanskeligheder. En særlig problematik, som bliver fremhævet blandt interviewpersonerne, er at de praktiserende læger i høj grad er begrænset på tid, hvilket medfører, at lægen har mange sideløbende prioriteringer i forhold til patienter og praksis. De praktiserende lægers interesse er i denne sammenhæng præget af faktiske omstændigheder; nemlig det faktum at lægerne har travlt. Samtidig kan de praktiserende lægers fortsatte fokus på konkrete resultater, som kan bruges fagligt, ses som et forsøg på at sikre, at TDH ikke blot bliver påduttet lægerne, og dermed indskrænker deres autonomi, men at projektet bliver implementeret i overensstemmelse med de faglige standarder lægerne har for deres eget arbejde og dermed er i overensstemmelse med de praktiserende lægers professionelle projekt.

Da lægerne således til dels har nogle andre interesser end de øvrige aktører, og til dels er splittet internt må det ventes, at netværksstrategier ikke vil være lige effektive til at sikre den enkelte praktiserende læges integrering i projektet.

7.2 Ressourcer i case 2 (CMN)

Ligesom med aktørernes interesser, forventes det, at aktørerne ikke nødvendigvis vil trække på de samme ressourcer i implementerings- og driftsfasen ligesom visse aktørers ressourcer kommer til at spille en vigtigere rolle. Det er således også relevant, at analysere hvilke ressourcer aktørerne kan trække på i case 2. I nedenstående tabel fremgår aktørernes ressourcer. Tabellen er baseret på baggrundsdokumenter, deltagende observation og interviewpersonernes udsagn.

Tabel 7: Oversigt over aktørernes ressourcer i case 2

Ressourcer	Formel autoritet	Økonomiske ressourcer	Viden og information	Diskursiv legitimitet
Region Midt	Regionen varetager aflønningen af Almen Praksis. (RLTN & PLO 2014)	Regionen har de økonomiske ressourcer til rådighed til aflønning af Almen Praksis (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Region Midt og forskerne, AU). Deler finansiering af projektet med Randers kommune (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Region Midt og Randers kommune).	Erfaring med samarbejde med læger (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Region Midt)	Repræsenterer indirekte de praktiserende læger (Baseret på udtalelser fra medlemmer af styregruppen). Regionale hensyn (Bl.a. baseret på deltagende observation 05.02 og 21.05 2015).
Randers Kommune	Bærer implementering og drift (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Randers kommune samt repræsentanter for øvrige aktører).	Deler finansiering af projektet med Region Midt (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Region Midt og Randers kommune).	Viden om konkrete hensyn i forhold til implementering (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Randers kommune).	Hensyn til borgerne (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Randers kommune og forskerne, AU).
Forskerne			Viden om medarbejderkvalifikationer, udstyr og IT – i forhold til gennemførelsen af helbredsundersøgelsen (Baseret på udtalelser fra medarbejder og koordinator, AU). Erfaring med forskningsprojekter, der involverer Almen Praksis (Baseret på	Forskerne bliver set som et godt kontakttled til lægerne (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra flere aktører). Forskerne bliver set som fagfolk, med ekspertviden (Baseret på udtalelser fra Konsulent, Randers kommune). Projektet er <i>også</i> et

			<p>udtalelser fra den forskningsansvarlige, AU).</p> <p>Har kendskab til den daglige setting i Almen Praksis (Baseret på udtalelser fra den forskningsansvarlige, AU).</p> <p>Viden om og adgang til undersøgelsens foreløbige resultater og data (Baseret på deltagende observation 21.05 2015; Udtalelser fra repræsentanter fra forskerne, AU).</p>	<p>forskningsprojekt (tdh-praksis.dk c).</p> <p>Trygfondens bevilling ses som en legitimering af forskningsprojektet (baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Region Midt).</p> <p>Forskning kan bruges som løftestang til forskellige initiativer for de øvrige aktører. (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra Region Midt og Randers kommune).</p>
Lægerne			<p>Styregruppelægerne har specifik viden om forholdene for almen praksis i Randers kommune (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra flere aktører).</p>	<p>Lægerne har en vigtig faglig tyngde i projektet, som de øvrige aktører finder væsentlig (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra flere aktører).</p> <p>Lægerne har en § 2-aftale de kan henvise til, som værende definerende for deres arbejdsopgaver (Region midt 2012).</p> <p>Lægerne er vigtige for både implementeringsprojektet og forskningsprojektet (Baseret på udtalelser fra repræsentanter fra forskerne, AU og Region Midt).</p>

Følgende opsummering er baseret på den ovenstående tabel over ressourcer. Kommunen og regionen har i princippet de samme ressourcer til rådighed som gjorde sig gældende i case 1; begge myndigheder har en formel autoritet og økonomiske ressourcer, der giver dem centrale roller i projektet. For kommunens vedkommende kommer disse ressourcer dog i højere grad i spil, da kommunen formelt bærer denne del af projektet og besidder konkret viden om hvordan implementeringen og driften bedst varetages. Heri har kommunen også en diskursiv legitimitet, idet projektets fortløbende drift skal stemme overens med kommunale prioriteter så som hensynet til kommunens borgere. Samtidig besidder regionen også vigtig viden i kraft af deres erfaringer med samarbejdet med læger.

Det ses således at kommunen og regionens ressourcer i høj grad ligger i forlængelse af deres formelle autoritet.

De professionelles ressourcer bygger som i case 1 på deres viden og diskursive legitimitet: Forskerne trækker på deres viden, som de blandt andet har i kraft af erfaring med tidligere projekter. I case 2 er det i højere grad kendskabet til, hvordan den konkrete implementering kan leve op til forskningsmæssige standarder, der udgør forskernes ressourcer, hvor deres ressourcer i case 1 relaterede sig til deres overordnede viden om forskningsmæssig evaluering. Deres specialiserede viden består blandt andet i et kendskab til hvilke maskiner, der skal anvendes til at foretage valide datamålinger i forbindelse med helbredstjekket, ligesom forskerne senere opnår relevant viden om projektet i kraft af deres løbende dataindsamling, der ligeledes er vigtig for de øvrige aktører. Der ses samtidig et samspil mellem forskernes viden og deres diskursive legitimitet, idet de bliver betragtet som fagfolk og eksperter på forskningsområdet, ligesom det faktum, at TDH er et forskningsprojekt, giver forskerne en diskursiv legitimitet som repræsentanter for nogle værdier, der relaterer sig til god forskning.

Lægernes diskursive legitimitet i denne case er i høj grad defineret ved deres professions specialiserede viden vedrørende patienthåndtering, ligesom de af de øvrige aktører betragtes som værende vigtige for gennemførelsen af projektet. Lægerne kan ligeledes trække på viden og information som ressource, idet styregruppelægerne har kendskab til forholdene for de praktiserende læger i Randers kommune.

7.3 Koordineringsstrategier i case 2 (JBC)

Analysen af case 2 vil blive opdelt i 3 arenaer, som hver især er centrale for den løbende koordinering af implementeringen og driften af TDH. Den første arena omfatter styregruppen, hvor den overordnede koordinering af projektet foregår. Arena 2 fokuserer på koordineringen mellem Randers Sundhedscenter og Institut for Folkesundhed, som sammen har sikret at implementeringen og driften af helbredstjekket i Sundhedscentret er i overensstemmelse med forskningsprojektet. Arena 3 omfatter den løbende koordinering

med de praktiserende læger i Randers kommune. Analysen af hver arena vil blive struktureret efter henholdsvis hierarkiske strategier og netværksstrategier.

7.3.1 Arena 1: Styregruppen (CMN)

Styregruppen fremstår som den helt centrale arena for koordineringen i case 2. Den følgende beskrivelse af styregruppen er baseret på interviewdata og referater fra styregruppemøder.

Styregruppen startede ud som en arbejdsgruppe, der havde ansvaret for at udarbejde og planlægge projektet; da projektet påbegyndtes blev arbejdsgruppen omdannet til styregruppe med det formål at varetage den løbende styring af projektet. Styregruppen varetager som hovedregel overordnede spørgsmål vedrørende økonomi samt koordineringen mellem de forskellige aktørers arbejdsområder. Da undersøgelsen blev foretaget omfattede styregruppen repræsentanter fra kommunalforvaltningen, repræsentanter fra Sundhedscentret, repræsentanter fra Institut for Folkesundhed og fra Region Midt. Herudover har man honoreret tre praktiserende læger som konsulenter, der bliver inddraget, når der skal diskuteres spørgsmål af særlig relevans for de praktiserende læger.

Løbende har der også været inddraget kontorchefer fra regionen, når der skulle træffes beslutninger, som den faste repræsentant fra regionen ikke har beføjelser til at beslutte. Projektlederen af selve helbredstjekket i Randers Sundhedscenter og projektkoordinatoren af den forskningsmæssige evaluering er begge med i den faste gruppe. Der bliver altså både behandlet spørgsmål af mere praktisk og organisatorisk karakter. Styregruppen er således et af de helt klare omdrejningspunkter for studiet af, hvordan TDH koordineres.

Den følgende analyse vil, som i tidligere afsnit, blive opdelt efter hierarkiske strategier og netværksstrategier. Det er relevant at pointere, at oprettelsen af projekt- og styregruppen i sig selv kan ses som en formel netværksstrategi. Dette vil blive uddybet i afsnittet om netværksstrategier. Samtidig er det dog også relevant at se på den konkrete koordinering, der foregår mellem aktørerne i styregruppen, idet styregruppen er den centrale arena for koordinering og dermed behandler et stort spektrum af emner.

Hierarkiske strategier:

Som nævnt i analysen af forrige case har regionen sat nogle specifikke rammer op for projektet, som de øvrige aktører skal holde sig inden for. I interviewene med repræsentanter fra kommunen og Institut for Folkesundhed er der en bred forståelse for, at TDH er et implementeringsprojekt, hvor det testes hvorvidt nogle af resultaterne fra Ebeltoft-projektet kan implementeres i en større kommune. Dermed accepteres det også, at projektet ikke først og fremmest er et forskningsprojekt, og at man fokuserer på et bredere udsnit af befolkningen, end man måske fra kommunens og forskernes side ellers havde set.

Forskerne giver samtidig udtryk for nogle forskningsmæssige interesser, som gør at man på Institut for Folkesundhed i højere grad kunne have ønsket sig friere rammer til eksperimentering. Ligesom kommunens

repræsentanter i nogle sammenhænge har ønsker, der udfordrer regionens rammer for projektet. I disse tilfælde henviser regionen til den etablerede ramme:

"[...]Men man kan sige, hele fundamentet for, at vi gik i gang med det her, det var at sige, i udgangspunktet skal det her være ren implementering af det, man har gjort i Ebeltoft. Man har gjort noget i Ebeltoft, der har virket, nu prøver vi at implementere det i den her nye setting, egentlig så rent som overhovedet muligt, (2:ja). Så det har været udgangspunktet. [...] der har jeg måske nok også været den lidt, været ankeret, der, når kommunen og forskningen gerne har villet alt muligt, har trukket det tilbage og sagt "jamen kerneopgaven og det vi egentlig skal med det her det var:"" (Specialkonsulent, Region Midt).

Som det ses af ovenstående citat trækker regionen på en hierarkisk strategi for at sikre, at projektet løbende holder sig inden for de rammer som oprindeligt blev etableret. Regionen gør dermed ikke brug af direkte styringsinstrumenter; det er derimod regionens formelle autoritet og økonomiske ressourcer til at aflønne lægerne, som regionen har trukket på i rammesætningen af projektet. Rammesætning kan således bruges som hierarkisk strategi til at sikre, at de øvrige aktører, som regionen ikke har nogle formelle beføjelser over for, alligevel holder sig inden for en specifik ramme.

Kommunen gør ligeledes brug af rammesætningen som hierarkisk strategi i forsøget på at styre projektet. Om end styregruppen i høj grad kan ses som et netværk, har kommunen, som bærende for den udførende del i sundhedscenteret, positioneret sig som leder af styregruppen og har dermed også ansvaret for dagsordenen:

"[...] Og for et år siden, der var vi så langt i vores implementering og vores drift så, at vi faktisk reviderede den plan og sagde at nu er vi mere i en driftssituation, nu har vi brug for en ny dagsorden, der afspejler det. Så det er egentligt på den måde, at jeg har været med til at rammesætte og kunne styre og styrke processen" (Sundhedschef, Randers kommune).

Citatet viser, at kommunen formår at sætte dagsordnen og derigennem styre og koordinere processen. Samtidig ses det, at denne styring og rammesætning er en intentionel strategi fra kommunens side i og med interviewpersonen selv er bevidst om hensigten med dagsordensfastsættelsen.

Dagsordenen bliver sendt i høring hos de øvrige parter, og interviewpersonerne giver bredt udtryk, for at det giver rigtig god mening, at kommunen sidder for bordenden, og at man oplever, at alle parter bliver hørt, men den dagsordensfastsættende rolle er ikke desto mindre en mulighed for kommunen til at sikre, at der bliver taget hensyn til de interesser, som kommunen måtte have. Kommunens position som "ejer" af projektet gør ligeledes også, at kommunen mere eller mindre indirekte er i stand til at tage mere klassiske styringsinstrumenter i brug. I forbindelse med en deltagende observation af et styregruppemøde var det interessant, at sundhedschefen tilsyneladende delegerede opgaver til de øvrige aktører i forbindelse med en opgave vedrørende mulighederne for at ændre givne aspekter ved projektet, sådan at det i højere grad

stemmer overens med de politiske ønsker fra kommunens side. En repræsentant fra Institut for Folkesundhed beskrev det sådan at sundhedschefen via sin viden om kompetencefordelingen i gruppen og sin autoritet kunne uddelegere disse opgaver til de øvrige aktører.

Denne position accepteres tilsyneladende på trods af, at kommunen ikke direkte har nogle beføjelser i forhold til de øvrige aktører. Dette kan muligvis tilskrives, at netværksstrategierne har været med til at etablere et tillidsfuldt forhold mellem styregruppemedlemmerne, hvilket vil blive uddybet nedenfor. Kommunens styrende rolle kan også tilskrives den diskursive legitimitet, kommunen har som repræsentant for borgerne i Randers. De øvrige aktører giver da også udtryk for, at de har forståelse for præmissen om kommunens hensyn til borgeren.

I interviewene med medlemmerne af styregruppen fremgår det desuden, hvordan kommunen bruger Trygfonds-ansøgningen som en slags check-liste for, hvordan projektet skrider frem. Dette kan dermed konstateres som en slags monitorering af projektet, hvor kommunen holder aktørerne op på de fælles målsætninger, som blev aftalt i forbindelse med ansøgningen om støtte fra fonden. Det ses således, at kommunen i flere sammenhænge anvender strategier, der minder om styringsinstrumenter, men som i højere grad beror på kommunens position som bærer af implementeringen af helbredstjekket end formelle styringsbeføjelser.

Både repræsentanterne fra region og kommune henviser ligeledes løbende til, at der er en økonomisk ramme, som man må holde sig indenfor, hvilket igen er med til at strukturere rammerne for samarbejdet. Koordineringen af udgifterne i forbindelse med projektet var ligeledes defineret af de rammer som i forvejen eksisterer for opdelingen af afgifter mellem kommune og region. På den måde formår kommunen og regionen at undgå større konflikter på baggrund af allerede fastsatte rammer.

Der er således en interessant opdeling mellem kommunen og regionen i forhold til, hvilke hierarkiske strategier de anvender og hvorfor. Kommunen forsøger løbende at tage en styrende rolle for at sikre, at dennes interesser, særligt i forhold til driften, bliver sikret. Regionen er mere i baggrunden, men træder i karakter, når projektet bevæger sig uden for nogle specifikke rammer. Begge aktører kan trække på de ressourcer, de har til rådighed, både i form af formel autoritet og økonomiske ressourcer. Disse ressourcer giver dem en leverage i forhold til samarbejdet, som gør, at de har mulighed for at trække på hierarkiske strategier, selvom der ikke eksisterer et formelt over-underordningsforhold. Samtidig kommer interesseforskellene mellem region og kommune også til udtryk; region har et langsigtet, regionalt fokus, hvorimod kommunen har et fokus på den umiddelbare drift.

Indtil videre har fokus været på de hierarkiske strategier, som regionen og kommune tager i anvendelse i koordineringen af arbejdet i styregruppen. På baggrund af udsagnene fra interviewpersonerne hersker der

dog ingen tvivl om, at koordineringen i styregruppen i høj grad er drevet frem på baggrund af netværk, når den ikke konflikter med forvaltningsmyndighedernes fundamentale interesser.

Netværksstrategier:

I et teoretisk perspektiv er styregruppen et udtryk for en klassisk netværksstrategi; oprettelsen af et forum, hvor parterne kan koordinere deres samarbejde gennem diskussion, forhandling og ved at involvere de andre aktører i egne perspektiver.

Styregruppen repræsenterer dog et endnu tættere samarbejde, idet gruppen også kan tage fælles beslutninger i forhold til projektet (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010: 59). Oprettelsen af arbejdsgruppen, som sidenhen blev styregruppe kan ikke umiddelbart tilskrives en specifik aktør. Til spørgsmålet om, hvordan arbejdsgruppen blev oprettet, var svaret følgende fra regionens repræsentant:

IP: "Ja hvordan er det nu lige den blev nedsat. Det skete bare. Øhm, nej men det var et spørgsmål om at der skulle, at jaeh. Universitetet inviterede os i regionen, og så inviterede vi Randers Kommune [...]" (Specialkonsulent, Region Midt).

Der er således en vis uklarhed om, hvordan arbejdsgruppen blev nedsat. Man må forvente, at der på et tidspunkt er taget en bevidst beslutning om oprettelsen af et arbejdsforum men det, at oprettelsen ikke umiddelbart klart tilskrives en specifik aktør er også en pointe i sig selv, da det lægger sig op ad den spontanitet, som forbindes med et netværk, hvor aktører med en fælles interesse går sammen for at få gennemført specifikke målsætninger. Denne pointe underbygges yderligere af, at der er en oplevelse hele vejen rundt blandt de faste deltagere i styregruppen, af at der var et "[...] fælles ønske fra start af, at det her vil vi gerne realisere[...]" og at "[...]der er ikke nogen, der er tvunget ind i det her[...]" (Konsulent, Randers kommune). Styregruppen bygger således fundamentalt på nogle netværksmekanismer og idet, der ikke er nogen aktører, som er tvunget ind i samarbejdet, sættes der en begrænsning for de hierarkiske strategier, der kan tages i anvendelse. Situationen er en lidt anden for de alment praktiserende lægers involvering i projektet, hvilket vil blive uddybet i et senere afsnit.

Oprettelsen af styregruppen kan således, i sig selv, ses som en mere formel form for netværksstrategi, da styregruppen, som det beskrives af repræsentanter fra kommunen, har været med til at skabe nogle formaliserede og faste rammer for diskussion. Idet styregruppen er oprettet som et forum til diskussion kommer den til at danne basis for nogle mere uformelle netværksstrategier baseret på henholdsvis forhandling og inklusion.

På baggrund af deltagende observationer og interviewpersonernes egne udsagn, ses det at styregruppen bliver brugt som en arena, hvor de involverede kan nå hinanden gennem mere eller mindre uformelle *forhandlingsstrategier*. Det fremgår dog ligeledes, at udgangspunkt for disse forhandlinger er at der en stor

grad af lydhørhed parterne imellem, hvilket blandt andet afspejler det interessefællesskab aktørerne har i forhold til at bedrive valid forskning:

IP: ”Ja, jeg vil sige som, her fra forvaltningens side,[...] vi har været meget lydhøre over for det forskningsfolkene, altså eksperterne, fagfolkene, har haft af ønsker [...] (Konsulent, Randers kommune).

Citatet viser, at da forskningsprojektet er så essentiel en del af projektet får forskernes holdning og viden en stor betydning, og derfor kommer koordineringen mellem drift og forskning også til at foregå som forhandling og afvejning mellem forskellige hensyn.

IP: ”Hvordan vi kom frem til enighed? Jamen det er jo en øh. Primært har det nok været via dialogen, ved at høre hvad der, hvad de andres synspunkter var i den der sag der”(Forskningsansvarlig, AU).

Citatet pointerer og afspejler en bred enighed hos interviewpersonerne om, at koordineringen opleves som værende baseret på en gensidig dialog. På baggrund af styregruppemedlemmernes udsagn fremstår forhandling som en strategi alle aktørerne tager i brug; fra forskningens side er der en forståelse for, at man ikke kan være alt for rigid i designet af forskningsprojektet af hensyn til den reelle implementering, og på den anden side har kommunen en forståelse for, at forskerne kræver nogle specifikke rammer for at kunne foretage valid forskning.

Det mest påfaldende i denne sammenhæng er, at forskerne opnår en stærk position i samarbejdet, hvilket i høj grad må tilskrives den diskursive legitimitet, som de besidder ved at repræsenterer nogle professionelle værdier og idealer om valid forskning – værdier som forvaltningsmyndighederne deler. Dette bevirker i praksis, at forskerne træffer beslutninger som kommunen, nogle gange modstræbende, må acceptere. Her fremstår således en situation, hvor de professionelle aktører ved at repræsentere nogle ”højere” idealer, har mulighed for at sætte sig ud over evaluatorrollen.

Forhandlingsstrategien kan også ses værende motiveret af, at der ikke eksisterer et hierarkisk forhold mellem aktørerne, og de enkelte aktører dermed i princippet frit kan forlade samarbejdet. I praksis er aktørerne bundet dog af mange forskellige hensyn, blandt andet af ansøgningen til Trygfonden, hvorfor alle parter har en gensidig interesse i at forblive i samarbejdet. Det overordnede værdi- og interessefællesskab mellem aktørerne betyder, at der er en villighed til at gå på kompromis. De interesseforskelle, der måtte være, løses således løbende gennem forhandlinger.

Der opstår dog tilsyneladende et skisma mellem kommunen, på den ene side, som til en hvis grad søger at bære projektet via hierarkiske strategier, og forskerne på den anden side, som får en bærende rolle på baggrund af dennes diskursive legitimitet. Det er interessant, at forskerne rent faktisk opnår en betydningsfuld rolle i styregruppen på trods af, at projektet i udgangspunktet er et implementeringsprojekt. At forskerne påtager sig denne rolle kan ses som eksempel på en professionel interesse i at sikre kvaliteten af

deres arbejde; den forskningsmæssige evaluering. Repræsentanterne fra Institut for Folkesundhed giver således alle udtryk for vigtigheden i, at kunne sikre, at forskningen lever op til visse standarder. Grundlæggende har styregruppen dog fungeret som et forum, hvor uenigheder kunne afstemmes:

”[...] men jeg tænker ikke, at der har været nogen konflikt omkring. Fordi det er noget vi hele tiden diskuterer på vores styregruppemøde[...] Så selvfølgelig kan du godt sige, at der har været konflikter, men det er jo noget som har været på vores dagsorden, hvor vi kunne drøfte det i fællesskab og sige ej det går ikke, fordi sådan og sådan eller, og det er jo det gode ved at have de her styregruppemøder [...]”
(Sundhedschef, Randers kommune).

Som ovenstående citat viser, må der nødvendigvis være forskellige hensyn blandt aktørerne som medfører uenigheder, men styregruppen er netop oprettet for at man har mulighed for at diskutere sig frem til en fælles løsning. Pointeringen af fællesskabet fremhæver ligeledes, hvordan styregruppen danner grundlag for en netværksstrategi baseret på *inklusion*.

Det fremgår af interviews med styregrupperepræsentanterne, at styregruppen ikke kun er et forhandlingsforum, men ligeledes anvendes af de involverede aktører til at holde hinanden orienteret om, hvad der foregår på deres respektive områder. Det bliver dermed brugt til at skabe inklusion, så aktørerne opnår en forståelse for de øvrige aktørers udfordringer og perspektiver. Dette er en fundamental netværksstrategi, der sikrer, at aktørerne har samme interesser og mål med projektet, hvilket letter transaktionsomkostningerne ved at samarbejde. Strategien tages i høj grad i anvendelse af forskerne fra Institut for Folkesundhed for at sikre at samarbejdet er i overensstemmelse med forskernes professionelle projekt. Ved at trække på deres professionelle viden om forskning kan de skabe forståelse for det betydningsfulde i en specifik forskningsmæssig prioritering. Det tages særligt i anvendelse over for kommunen, der i kraft af sit politiske fokus har en interesse i hurtigt at kunne præsentere resultater, hvilket ikke altid stemmer overens med den måde forskningen bedrives. På den måde kan forskerne metastyre gennem netværksstrategier, selvom de ikke har nogen formelle hierarkiske strategier til rådighed.

Ligesom for forhandlingsstrategierne er netværksstrategier baseret på inklusion motiveret af, at der er behov for at alle parter inddrages for at projektet kan fungere. Netværksstrategier baseret på inklusion kan således styrke det værdi- og interessefællesskab, som der tilsyneladende allerede eksisterede ved projektets start. Gevinsterne herved fremgår tydeligt:

”[...] Det der sker, det er vel lige som det sker i så mange andre sammenhænge, det er, at man kommer til at lære hinanden at kende og den forestilling man har om, hvad det vil sige at forske, og hvad vil det sige at sidde i en drift, og hvad vil det sige at sidde administrativt i en region. At det får man større indblik i og finder ud, at hvis man har det der gode samspil, så går det jo egentligt rigtig, rigtig fint og fornuftigt [...]”
(Sundhedschef, Randers kommune).

Citatet rammer meget præcist den fælles forståelse, som man søger at opnå igennem netværksstrategier for at sikre koordineringen af projektet. Aktørerne opnår en forståelse for forskellige udfordringer og hensyn som de andre må tage, hvilket kan lette samarbejdet og koordineringen af hele projektet.

Hvor forhandling og inklusion aktivt anvendes af de involverede aktører til at koordinere samarbejdet, er der også netværksmekanismer i spil, som er mere eller mindre uintenderede. Interviewdeltagerne beskriver, hvordan der i løbet af de år styregruppen har eksisteret, er opstået et godt personligt forhold imellem parterne og en følelse af fællesskab omkring projektet.

Uformelle relationer fremhæves i litteraturen som et effektivt instrument til at lette koordineringen mellem forskellige aktører, idet der opstår kontakt på tværs af formelle og uformelle fora, hvilket kan omgå rigide strukturer. Styregruppemedlemmerne beskriver ligeledes, hvordan det gode forhold de har til hinanden, har medført en større vilje til at sætte sig ind i hinandens dagsordener.

Det gennemgående tema blandt styregruppemedlemmerne er således, at samarbejdet i styregruppen bygger på nogle uformelle og meget flade strukturer. Koordineringen foregår gennem forhandling og inklusion. Der er forskellige interesse og værdiforskelle, og forvaltningsmyndighederne har nogle særlige økonomiske og politiske hensyn, som skaber visse rammer for samarbejdet. Men i det omfang, at disse rammer ikke overskrides, foretages koordineringen i vidt omfang på baggrund af netværksstrategier. At arbejdet kan koordineres på baggrund af disse strategier skyldes i høj grad, at aktørerne deler fælles værdier vedrørende betydningen af evidensbaseret forskning og samtidig har en fælles interesse i at få undersøgt, hvorvidt forebyggende helbredstjek kan styrke folkesundheden. I forlængelse heraf er en central hensigt med netværksstrategier, er at kunne skabe *tillid* mellem de koordinerende aktører, idet dette fordrer koordinering og samarbejde. Det er tilsyneladende lykkedes i styregruppen:

*"[...] jeg synes virkelig, at det er et **samarbejde** og har altid været det [...]" [Interviewpersonens egen fremhævnings](Projektleder, Randers kommune).*

Lægerne er tilsyneladende ikke omfattet af dette værdifællesskab, selvom de spiller en vigtig rolle i implementeringen og driften af TDH. Styregruppelægerne har en interesse i projektet, men ser sig selv som konsulenter og ikke som partnere i projektet. Dette aspekt ved samarbejdet vil blive belyst i arena 3.

Hvor styregruppen fremstår som arenaen for den overordnede koordinering, er det dog af mindst lige så stor betydning at analysere koordineringen mellem Sundhedscentret og Institut for Folkesundhed, da det er i denne sammenhæng, at koordinering af den praktiske implementering og drift bliver gennemført.

7.3.2 Arena 2: Samarbejdet mellem koordinatorene fra Sundhedscentret og Institut for Folkesundhed (JBC)

Selvom TDH i udgangspunktet er et tværsektorielt implementeringsprojekt i Randers kommune, hvor der foretages en forskningsmæssig evaluering, er det interessant, som det vil fremgå i det følgende, hvor stor en rolle forskerne spiller i koordineringen af implementeringen og driften af projektet. Derfor er analysen af denne arena et særdeles interessant aspekt i den overordnede analyse af koordineringen af TDH.

Arenaen fokuserer således konkret på koordineringen af implementeringen og driften af selve helbredstjekket med den forskningsmæssige evaluering. På Institut for Folkesundhed er der oprettet et kontor til blandt andet projektet TDH. Kontoret står for koordineringen af forskningsprojektet med blandt andet kommunen og lægerne. Det er således koordineringen mellem dette kontor og TDH i Randers Sundhedscenter, som er i centrum for koordineringen i denne arena. Koordineringen mellem Institut for Folkesundhed og Sundhedscentret er blandt andet rettet mod at sikre at helbredsundersøgelserne, som foretages i sundhedscentret, stemmer overens med det forskningsdesign, man har udformet i Aarhus.

Som i de ovenstående afsnit vil både hierarkiske strategier og netværksstrategier blive analyseret. Denne arena vil i hovedregelen være båret af netværksstrategier, da der dels er tale om aktører på et lavere niveau og dels at sundhedscentret og Institut for Folkesundhed ikke har nogle formelle beføjelser overfor hinanden. Alligevel er det interessant at se på, hvorvidt koordineringen er styret af nogle hierarkiske rammer.

Hierarkiske strategier:

Ifølge lederen af Randers Sundhedscenter var planen oprindeligt, at lederen selv skulle stå for at varetage de opgaver, der måtte være i forbindelse med TDH. Men det viste sig hurtigt, at der var behov for at ansætte en fuldtidsansat projektleder til at gennemføre implementeringen og driften af projektet. Etableringen af projektlederstillingen kan således dels ses som en reaktion på de praktiske omstændigheder. Omvendt så kan oprettelsen af en koordinerende instans, såsom en projektleder, ifølge koordineringslitteraturen ses som en hierarkisk strategi, der skal sikre styring med et givent projekt (Bouckaert, Peters & Verhoest 2010). I dette perspektiv kan projektlederstillingen således ses som et styringsinstrument, der skal sikre bedre kontrol med projektet. Samtidig skal oprettelsen af projektlederstillingen ses i lyset af, at regionen betaler halvdelen af projektlederens løn. På baggrund af interviewdata fremgår det, at regionen i mindre grad løbende er involveret i driften af projektet, hvilket er forventeligt, da driften er kommunens ansvar. Delingen af projektlederens løn kan dog ses som et forsøg fra regionen på at opnå en større kontrol med den løbende implementering. Både projektlederen og repræsentanter fra regionen giver dog udtryk for at regionens aflønning ikke har haft nogen styrende effekt.

Et interessant aspekt ved ansættelsen af projektlederen er ligeledes, at en repræsentant fra Institut for Folkesundhed var med i ansættelsesudvalget. Det fremgår ikke af interviewmaterialet hvorvidt beslutningen

om at inddrage forskerne i ansættelsen blev besluttet af en bestemt aktør. Af udtalelserne fremgår det, at det forekom styregruppen naturligt, at der skulle være en styregrupperepræsentant fra forskerne inkluderet i forbindelse med ansættelsen af den vigtige projektlederstilling. Adspurgt til forskerens overvejelser om ansættelsen, udtalte vedkommende:

[...] jeg tænkte også det var væsentligt, at det var en person, der havde en akademisk baggrund, i forhold til netop, forståelsen for alt det her med dataflowet, og hvorfor skal have sikret det og det og det, til forskningen og også have selv, et øje for mulige forskningsprojekter” (Sektionsleder, AU).

Dermed kan man konstatere to ting; forskernes viden om, hvad der kan sikre et godt forskningsprojekt tildeler dem en diskursiv legitimitet, der gør, at de bliver taget med på råd i forhold til en ansættelse, der strengt taget er et kommunalt ærinde. Det afspejler således igen den betydning forskerne har for projektet. Lederen af Sundhedscentret giver dog ikke udtryk for, at det er en kontroversiel beslutning at inddrage forskerne i ansættelsen. Som det fremgår af ovenstående afsnit om styregruppen, bliver projektet blandt styregruppemedlemmerne set som et ”fælles projekt”. I og med, at der eksisterer denne forståelse, er det naturligt, at der er en repræsentant fra forskerne/styregruppen tilstede.

Inkluderingen af forskerne i ansættelsen af projektlederen vidner således i højere grad om en fælles inklusionsstrategi, hvor forskerne inddrages, således at projektlederen og koordinatorene fra Institut for Folkesundhed har et godt udgangspunkt for at forstå hinandens ønsker og behov. Det vil sige, projektlederen i Randers havde gode muligheder for at koordinere med forskerne og forskningsprojektet fremadrettet. Ud fra interviewdata kan man konstatere, at repræsentanter fra kommunen ikke var inkluderet i ansættelsesudvalget vedrørende koordinatorene for forskningsprojektet. Det fremgår dog ikke hvorfor dette var tilfældet, og man kan således ikke slutte noget ud fra dette.

På baggrund af det samlede datagrundlag er det gennemgående indtryk, at koordineringen af implementeringen og driften i høj grad overlades til projektlederen og koordinatorene fra Institut for Folkesundhed i det omfang, at projektet holder sig inden for fastsatte rammer. De hierarkiske rammer kommer således igen kun indirekte til udtryk igennem rammesætningen. Samtidig er det interessant, at selv i ansættelsen af en projektleder, som i princippet kan ses som et styringsinstrument, inddrages forskerne i denne beslutning. Dette styrker indtrykket af, at projektet i høj grad bliver koordineret på baggrund af netværksstrategier blandt andet baseret på inklusion. I det følgende vil koordineringen mellem Sundhedscentret og koordinationskontoret på Institut for Folkesundhed blive analyseret mere i dybden. Dette vil tage udgangspunkt i netværksstrategier, da det må ventes at være sådanne strategier, aktørerne tager i anvendelse.

Netværksstrategier:

Et af de mest påfaldende aspekter ved koordineringen mellem sundhedscentret og koordinationskontoret på Institut for Folkesundhed er, hvor tæt kontakten er. På baggrund af interviews med begge parter fremgår det, at der allerede i opstartfasen, det vil sige umiddelbart inden de første borgere skulle til helbredsundersøgelse, var en intens kommunikation mellem koordinationskontoret hos forskerne og projektlederen i Randers.

"[...]når det kom til at det kliniske udstyr, så startede samarbejdet jo med Aarhus i forhold til at det skulle være så vidt muligt valideret, og hvad for krav der skulle stilles og sådan nogle ting. Så helt fra starten af, så har det jo været meget specifikt hvilke krav der skulle stilles, til det vi skulle lave og det må vi jo bare rette ind efter, og det er vi helt med på, at for at få så vidt mulig viden omkring hvad det er vi laver, og hvilken effekt det har, jamen så har vi også nogle ting, vi skal rette ind efter [...]" (Projektleder, Randers kommune).

Som citatet vidner om, trak kommunen trak i høj grad på forskernes viden om hvilke maskiner, der skulle indkøbes for at sikre valide data. To pointer fremkommer således her; dels at forskerne fik en relativt styrende rolle i implementeringsfasen, fordi der netop var behov for at kommunen levede op til nogle specifikke krav for at sikre forskningsprojektet. Dette understreges blandt andet ved, som det fremgår af interviewpersonernes udsagn, at forskernes repræsentanter ofte var til stede i sundhedscentret. Det ses således, hvordan de professionelle aktørers specialiserede viden tildeler dem en vigtig rolle. Samtidig fremgår det af citatet, at kommunen er indforstået med forskernes rolle, fordi forskerne og kommunen i dette tilfælde har samme interesse i at sikre nogle forskningsmæssige resultater i sidste ende. Den fælles forståelse, der eksisterer mellem kommunen og forskerne, er dermed med til at sikre en meningsfuld koordinering, hvor forskerne får lov at træffe nogle beslutninger for kommunen af hensyn til forskningen.

Det fremgår, at samarbejdet allerede fra starten var baseret på netværksstrategier, hvor begge parter opretholdt en høj grad af kommunikation. I interviewene med de forskellige parter fremgår det dog også, at der er visse interesse- og værdiforskelle, som spiller ind på samarbejdet. Repræsentanterne i sundhedscentret har nogle hensyn til de praktiske omstændigheder vedrørende implementeringen samt arbejdsvilkårene for personalet, der foretager helbredstjekket, som ikke altid harmonerer med forskernes fokus på valide resultater. På den anden side, kan der være situationer, hvor man i Sundhedscentret mangler forståelse for de krav, der stilles til validt data:

[...]man skulle lige forstå hinanden fuldstændig ikke[...] hvad vi gerne vil have udført skal ligesom foregå i den her kommunale setting her. Og fra kommunens side så skal de jo forstå, at de er nødt til at gøre tingene på sådan en bestemt måde, meget bestemt måde, for at vi kan bruge resultaterne til noget [...]" (Medarbejder, AU).

Som citatet viser, er der forskellige perspektiver på projektet, hvilket stiller nogle krav til koordineringen mellem den kommunale virkelighed og dennes hensyn til den enkelte borger og forskernes mere overordnede perspektiv.

På baggrund af interviewene fremgår det, at både forskerne og repræsentanterne fra sundhedscentret forsøger at trække på forskellige netværksstrategier, der skal overkomme de praktiske og forståelsesmæssige udfordringer. Strategierne er både baseret på informationsdeling og inklusion.

Efter de indledende indkøb og andet praktisk faldt på plads blev koordinationen mere driftsbetonet og til dels automatiseret. Da selve driften og forskningsprojektet er tæt forbundet, kræver det en høj grad af koordinering mellem sundhedscentret og koordinationskontoret på Institut for Folkesundhed. Dette blev faciliteret gennem *informationsdeling*.

IP: ”Ja, altså man kan sige, nu er der rigtig meget, der er godt på plads efter godt tre år, så rigtig meget klares over mails for at forstyrre hinanden mindst muligt. Hvis der så er et eller andet akut, jamen så, så ringer vi sammen. Og altså vi har førhen holdt, jamen et møde om måneden tror jeg, et møde hver anden måned, sådan i snit [...]” (Projektleder, Randers kommune).

Som ovenstående citat viser, har der fra starten været en høj grad af informationsdeling mellem sundhedscentret og forskerne. Denne informationsdeling foregår både gennem møder, via telefon og mails. Strategien er således i høj grad baseret på en uformel kontakt.

Informationsdelingen kan dog også være mere formaliseret. For eksempel i forhold til flowet af invitationer til borgere skal der være en koordinering mellem antallet af invitationer forskerne sender ud, og antallet af borgere som kommunen har kapacitet til at modtage i den givne periode. Kommunen sender løbende vagtplaner til forskerne, så forskerne kan tage højde for denne i forhold til invitation af borgere. Grunden til at indkaldelsen af borgere bliver varetaget af forskerne skyldes, at forskerne har randomiseret invitationen af borgere ud fra deres forskningsmæssige hensyn. Dette illustrerer samtidig, hvor integreret en rolle forskerne faktisk spiller i selve driften af projektet.

Repræsentanterne fra henholdsvis sundhedscentret og koordinatorkontoret giver ligeledes udtryk for at koordineringen gennem informationsdeling handler om ikke at ødelægge noget for modparten; Forskerne vil helst ikke have udfordringer i forhold til kvaliteten af deres data. Kommunen ser gerne, at forskerne ikke kommer med forskningsprojekter, som kommunen ikke er forberedt på og som påvirker deres daglige drift. Gennem den jævnlige kontakt mellem projektlederen og koordinatorkontoret i Aarhus opfanger man løbende emner, som vil påvirke hinandens hverdag. Som beskrevet bliver der i koordineringen trukket på aktørernes forskellige ressourcer: Kommunens viden om konkrete dagligdags driftsforhold og forskernes viden og

ekspertise inden for forskning og validering af tests. Dermed består denne koordinering i høj grad af informationsdeling mellem parterne.

Sideløbende med strategien baseret på informationsdeling, anvendes der også strategier baseret på inklusion. Et centralt aspekt i koordineringen mellem sundhedscentret og forskerne er selve helbredstjekket, som forskerne har nogle specifikke krav til, for at det kan danne grundlag for valid forskning. Derfor har der været meget inklusion fra forskernes side i forhold til at sikre at medarbejderne, der skal gennemføre helbredstjekkerne, gør det på den rigtige måde.

[...]så har vi de her møder og golden standard-møder hver halve eller hele år, hvor vi sammen går hele manualen igennem [...] (Koordinator, AU).

En vigtig strategi i denne sammenhæng er afholdelsen af såkaldte *Golden standard*-møder, hvor en til to medarbejdere fra forskerholdet besøger sundhedscentret i Randers. Her bliver alle testene i relation til helbredsundersøgelsen gennemgået, der bliver undervist og snakket om testene, og de forskellige medarbejdere har mulighed for at teste hinanden. Ydermere bliver manualerne, som skal sikre ensartede målinger til brug i forskningen, gennemgået og opdateret.

Både golden standard-møderne og testmanualen kan på sin vis ses som styringsinstrumenter, som forskerne anvender til at koordinere medarbejdernes arbejde i sundhedscentret med de behov for ensartethed, som forskningen kræver. På trods af at forskerne ikke har nogle formelle beføjelser bliver inklusionsstrategien en form for styringsinstrument, som er baseret på den diskursive legitimitet som forskerne besidder.

Denne styring skal dog ikke overbetones, idet det fremgår af interviewene med både forskerne og sundhedscentrets repræsentanter, at der er et interesseoverlap: medarbejderne i kommunen har en interesse i at være udrustet til at varetage den nære borgerkontakt professionelt. Samtidig har forskerne en interesse i, at målingerne og borgerkontakten bliver foretaget ensartet for at sikre at disse data kan anvendes i forskningsprojektet. Derudover har de kommunale medarbejdere et ønske om at udføre målingerne korrekt. Der er altså ikke tale om interesse modsætninger.

Som det nævnes ovenfor har kommunen og forskerne dog også forskellige perspektiver på TDH, hvor sundhedscentret har nogle daglige driftsmæssige hensyn, som ikke altid stemmer overens med forskningsmæssige behov. Forskerne er bevidste om, at deres målsætninger kan være svære at gennemskue for de øvrige aktører:

”[...] altså vi er jo ikke særlige fleksible i virkeligheden, og det prøver vi hele tiden at udvikle, så vi kan være så fleksible som overhovedet muligt i forhold til at det heroppe, det er et kommunalt tilbud, ikke?, medarbejderne skal være tilfredse, borgerne skal være tilfredse, det skal køre smidigt fuldstændigt [...] (Medarbejder, AU).

Citatet viser, at forskerne erkender, at de ikke er særlig fleksible grundet deres forskningsdesign, men at de aktivt forsøger at tilpasse sig den kommunale setting. På baggrund af interviewene fremgår det også, at forskerne forsøger at etablere en fælles forståelse hos de øvrige aktører gennem inklusion.

IP: "Altså, vi prøver at imødekomme alle de spørgsmål, der er kommet igennem tiden, så godt som vi kan. Er der nogen, der undrer sig over et eller andet, så prøve at forklare det, det er både på mails, det er ved at tage det op, jamen forklare tingene igen [...]" (Medarbejder, AU).

Som det ses af citatet, er man fra forskernes meget opmærksomme på at kommunikere til kommunes medarbejdere, hvad formålet med de forskellige tiltag er. Hvor Golden Standard-møder har til hensigt at sikre en standardisering af de kommunale medarbejders arbejde, har man ligeledes også etableret nogle fælles temadage, der skal sikre et fællesskab om projektet.

Temadagene er et initiativ, der blandt andet er udsprunget af det tætte samarbejde mellem koordinatorkontoret på Institut for Folkesundhed og projektlederen for TDH. Temadagen er en halv arbejdsdag, som bliver foretaget årligt eller halvårligt, hvor alle involverede i projektet bliver inviteret til deltagelse, både fra kommune, region, Institut for Folkesundhed og Almen Praksis. Møderne består blandt andet af oplæg fra forskerne om igangværende projekter relateret til TDH, eksempelvis ph.d.-projekter og præsentation af data. Ligesom medarbejderne fra kommunen holder oplæg om driftsspørgsmål. Ydermere kan temadagene have karakter af workshops med mulighed for diskussion og inputs begge veje.

Repræsentanter fra forskerne og kommune fremhæver temadagene som værende et godt instrument til at skabe en fælles forståelse og et fælles mål med projektet og kan derfor ses som en inklusionsstrategi. Karakteren af forskningsprojektet kan være langsigtet i forhold til den dagligdag, der præger de kommunale medarbejdere, og derfor finder forskerne det vigtigt, at de formidler formålene og forløbet omkring dataindsamling, således at medarbejderne i kommunen bliver inddraget og har mulighed for at komme med inputs, der også kan være relevante for forskningen. Nedenstående citat illustrerer hvordan temadagen anvendes som inklusionsstrategi.

"[...] Vi har jo bare det lange lys på, som forskere, og de har et kortere lys på, i kommunerne. (1:ja) Det er nok en stor forskel, og det er der, vi bliver nødt til [...] at holde dem for øje hvorfor, hvad fordelene er ved at vi er med, og har det lange lys på Så, sidste temadag, prøvede jeg at gøre det på den måde at vi siger jamen det er her det er Randers-borgeren anno 2015 har fået ud af, og det her, det er det som Herning-borgeren i 2025 får ud af det [...]" (Koordinator, AU).

Ved at præsentere den langsigtede vision for kommunen søger forskerne at skabe forståelse for og accept af de begrænsninger, forskerne opstiller i kommunens hverdag, og som er nødvendige for at nå de langsigtede målsætninger.

Som det ses af ovenstående koordineres de praktiske aspekter af den løbende implementering og drift ved hjælp af netværksstrategier baseret på informationsdeling og inklusion. Forskerne anvender deres ekspertviden og diskursive legitimitet, mens personalet i kommunen ligeledes bidrager med indsigter fra den daglige drift. Samtidig bliver det især tydeligt i forbindelse med afholdelse af temadagene, at de involverede aktører er motiverede for det fortsatte samarbejde, og at det gode samarbejde har fået en værdi i sig selv, som ikke er motiveret af snævre egeninteresser.

På baggrund af udtalelser fra personer fra både kommunen og forskerne, kan man konstatere at det tætte samarbejde, der har udviklet sig mellem koordinatorene i projektet, ikke var decideret planlagt, ej heller var mængden og hyppigheden af kontakten mellem de to enheder kendt fra start. Der har været en naturlig udvikling, som var båret af behov og interesser fra begge sider i samarbejdet. Begge parter giver således udtryk for, at der er opstået en uformel relation, der tilsyneladende har styrket samarbejdet. På baggrund af interviewpersonernes udsagn fremstår koordineringen også som værende baseret på forhandlinger omkring, hvad kommunen kan gøre, og hvad forskerne kan gøre i forhold til den daglige drift, men bærer præg af gensidig forståelse for hinanden. Samtidigt kan man konstatere, at enigheden om, at projektet også er et forskningsprojekt, er essentielt i denne interaktion.

På trods af en formel rolle som evaluatore fremstår forskerne som en proaktiv aktør, hvilket må ses i lyset af deres interesse i at sikre at projektet er i overensstemmelse med faglige værdier. Forskerne kan påtage sig denne rolle, fordi de igennem deres position som professionelle fremstår som repræsentanter for nogle overordnede værdier og idealer vedrørende forskning. Rollen kan dog også ses i lyset af, at forskerne vil sikre, at det professionelle projekt vedrørende valid forskning ikke bliver udfordret af kommunens hensyn til drift. Forskerne stiller nogle gange krav til kommunen, som kommunen efterkommer, men det bliver opfattet som legitime krav i kraft af, at kravene stilles som følge af hensynet til forskningsdesignet. Samtidig oplever ingen af parterne, at der er tale om ultimative krav, ligesom den fælles forståelse for og tillid til hinandens motiver afdramatiserer hændelsesforløbet. Dermed kan det konstateres, at forskerne i høj grad trækker på deres diskursive legitimitet, i kraft af deres professionelle viden, hvilket muliggør en koordinering med kommunen baseret på informationsdeling og inklusion, som ligeledes vægter hensynet til forskning højt. Som det ses af ovenstående koordineres de praktiske aspekter af den løbende implementering og drift således ved hjælp af netværksstrategier baseret på informationsdeling og inklusion.

Indtil videre har der været fokus på samarbejdet mellem region, kommune og forskere i både styregruppen og løbende mellem forskerne og sundhedscentret. Tilbage mangler en analyse af lægernes rolle i koordineringen af den løbende implementering og drift. Koordineringen med de praktiserende læger foregår via forskellige kanaler og fora, og koordineringen med de praktiserende læger er derfor samlet i en arena:

7.3.3 Arena 3: De praktiserende læger i Randers (JBC)

Denne koordineringsarena er bredt defineret og skal ses som en overordnet kategori, hvori lægerne bliver omdrejningspunktet for den videre analyse. Det nedenstående afsnit vil være struktureret som de foregående således, at det struktureres efter hierarkiske og netværksstrategier. Hvor case 1 fokuserede på indledningsvist at få de praktiserende læger til at blive involveret i projektet, så fokuserer case 2 på koordineringen af lægernes løbende deltagelse i projektet.

Som nævnt ovenfor er lægerne en vigtig aktør i implementeringen og driften af TDH, idet lægerne har to centrale funktioner i forhold til at sikre et velkoordineret forløb for de borgere, der deltager i projektet: Foretagelsen af forebyggende helbredssamtaler og henvisning af de røde borgere til kommunale opfølgende tilbud. Som nævnt i case 1 er § 2-aftalen mellem de praktiserende læger og regionen på plads, hvilket viser, at lægerne bakker op om projektet og foretagelsen af helbredsundersøgelser. I § 2-aftalen fremgår det, at målet med samtalen blandt andet *kan* være en henvisning til et forebyggende tilbud: *"[...] samt eventuel henvisning [til] relevante forebygge[n]de eller behandlende tilbud"* (Region Midt 2012).

Samtidig fremgår det dog af aftalen, at det er borgeren selv, der skal bestille tid til undersøgelsen *"Patienten bestiller efter gennemført helbredsundersøgelse i det kommunale sundhedscenter selv tid til samtalen hos egen læge"* (Region Midt 2012).

Dermed kan man ikke automatisere koordinationen i form af automatisk tidsbestilling ved egen læge efter endt helbredstjek. I forhandlingerne om § 2-aftalen fremgik det, at det var vigtigt for de praktiserende læger, at der ikke blev indført automatisk tidsbestilling, men at det i stedet var borgeren selv, der bestilte tid til helbredssamtalen. Ifølge den forhenværende formand for PLO-Midtjylland var dette dels begrundet i, at de praktiserende læger betoner vigtigheden af, at patienten selv er motiveret til at tage kontakt til sin læge, og dels at man kunne frygte, at patienterne ikke ville møde op, hvilket ville betyde et unødvendigt spild af tid og ressourcer, som i stedet kunne bruges på andre patienter. Dette kan ligeledes ses som lægernes forsøg på at undgå en udfordring af det specielle forhold mellem lægen og patienten, som er med til at opretholde de praktiserende lægers status som professionelle.

På trods af en indledende faglig debat vedrørende effekten af forebyggende helbredstjek blev langt de fleste læger involveret i projektet. Dette ses i case 1. Alligevel fremgår det af interviewene med repræsentanterne fra region, kommune og Institut for Folkesundhed, at lægerne ikke anvender ydelsen til TDH, og heller ikke henviser tilbage til kommunale tilbud i det omfang man kunne håbe på. Dette kan skyldes flere ting.

For det første spiller borgeren og dennes handlinger i TDH en væsentlig rolle for koordineringen, idet ingen af aktørerne har mulighed for at tvinge borgeren til at tage til lægen efter helbredsundersøgelsen. Det kan derfor være, at de praktiserende læger ikke bruger TDH-ydelsen, fordi de simpelthen ikke modtager

relevante borgere. Dermed ligger problematikken muligvis i, at sundhedscenterets personale ikke formår at få overbevist de røde borgere til at tage til læge efter endt sundhedsundersøgelse.

Det kan dog også skyldes, at de praktiserende læger har nogle andre prioriteter og perspektiver på projektet i forhold til de øvrige repræsentanter. Som det fremgår ovenfor har de praktiserende læger nogle klare tidsmæssige og økonomiske prioriteter, som tilsyneladende spiller ind i på de praktiserende lægers fokus på projektet:

”[...] Det er enormt svært at sikre sig at alle får en viden om hvad det er vi laver hernede, og jeg har den fulde respekt for, at man som praktiserende læge skal forholde sig til alt fra epikriser på sygehusene til nye kliniske vejledninger osv. og så er sådan et projekt her jo bare en lille bitte ting i deres verden [...] (Projektleder, Randers Kommune).

Fra resten af projektets side er man bevidst om og har stor forståelse for, at de praktiserende læger har rigtig mange hensyn at tage i deres hverdag. Dette pointeres af en af lægerne, som er tilknyttet styregruppen:

”Men vi er jo i en situation, hvor vi er nogle mennesker, som har rimeligt meget at lave. (...) Det er der en masse andre der også har. [...] Så, så hvis man ligesom skal fastholde vores opmærksomhed, på et eller andet, så er man nødt til ligesom at gøre lidt reklame for det. Altså vise sig og formidle det” (Styregruppelæge).

Som det fremgår af citatet, er der behov for i højere grad at holde de praktiserende lægers fokus på projektet, da det ellers bliver glemt i det daglige arbejde. Ydermere pointerer styrgruppelægen en værdimæssig forskel, især i forhold til forskerne; lægerne er handlingsorienterede og ønsker at se resultater, der kan bruges nu og her. Samtidig fremgår det af de øvrige aktørers udtalelser, at lægerne tilsyneladende er en relativt passiv part i projektet, der skal motiveres og inddrages af de øvrige.

I det følgende vil der blive fokuseret på de koordineringsstrategier, som bliver taget i anvendelse i forsøget på at få koordineret lægernes fortsatte bidrag i projektet. På baggrund af et bredt udsnit af interviewpersonernes udtalelser ses det, at inddragelsen og sikringen af en succesfuld koordinering med lægerne i høj grad har været et fælles mål og en fælles interesse for de øvrige aktører. Kommunen har været interesseret i at få de røde borgere fra lægen henvist til deres egne opfølgende tilbud, mens forskerne har været meget interesseret i, at lægerne foretog helbredsundersøgelserne i forhold til at kunne anvende denne del i forskningsprojektet. Ydermere har regionen en interesse i at implementeringen af helbredstjekket inkluderer almen praksis.

Hierarkiske strategier:

Da de praktiserende læger, som nævnt tidligere, består af en stor gruppe af selvstændigt erhvervsdrivende har hverken region eller kommune mulighed for at anvende hierarkiske strategier til at involvere lægerne. Det er således ikke muligt at give ordre om foretagelse af helbredstjek, ej heller er det muligt at beordre lægerne til at henvise deres patienter til sundhedscenteret i Randers kommune. Derfor må koordineringen af helbredstjekket således bero på netværksstrategier.

Fra de praktiserende lægers side kan § 2-aftalen ses som en strategi, der minder om hierarkisk rammesætning idet § 2-aftalen sætter rammerne for samarbejdet, således at hverken regionen eller kommunen har mulighed for løbende at tilføje nye opgaver.

[...] der har jeg nok en fornemmelse af, at man måske fra projektets ledelse, der havde haft en forventning om, at vi måske kunne styre eller lede de praktiserende læger mere til, at sige nu skal i gøre det og det [...]men det er sådan set ikke det vi har sagt ja til, vi har sagt ja til, at vi laver det der [§2-aftalen] som er en frivillig ting, fordi det er det, der er mulighed for inden for vores ramme [...](Styregruppelæge)

Som det ses af citatet kan de praktiserende læger henvise til § 2-aftalen for at sikre, at de ikke bliver involveret i opgaver, der ikke ligger inden for den oprindelige ramme. Herved ses det, hvordan den rammesætning, der blev etableret i case 1, strukturerer koordineringen i case 2. De praktiserende læger anvender dermed § 2-aftalen på samme måde som regionen henviser til de på forhånd etablerede rammer i forbindelse med uenigheder i styregruppen. Denne strategi kan ses som et udtryk for lægernes forsvar af deres professionelle projekt og autonomi ved at sikre, at de øvrige aktører ikke begynder at øge opgaveporteføljen i forhold til det oprindeligt besluttede. Dette styrker blot forventningen om behovet for koordinering gennem netværksstrategier.

Netværksstrategier:

I det følgende vil det blive undersøgt, hvordan de forskellige aktører søger at koordinere lægernes deltagelse gennem netværksstrategier. Koordineringsstrategier baseret på *inklusion* bliver anvendt på forskellig vis. I denne case har lægerne først og fremmest været involveret i projektet via tre praktiserende læger tilknyttet styregruppen, som delvist har mandat til at repræsentere lægerne i Randers kommune, men hovedsageligt har status af "konsulenter", der rådgiver den resterende styregruppe i spørgsmål, som kræver involvering af lægerne. Det er blevet beskrevet af et bredt udsnit af interviewpersonerne, at det er, når der skal tages stilling til eksempelvis forskningsprojekter, eller ændringer i driften, der specifikt påvirker lægernes interesser, at lægerne bliver involveret i styregruppen.

Ifølge referaterne fra styregruppen og interview-udsagn deltog de 3 styregruppelæger relativt oftere ved styregruppemøderne i starten af implementeringsprocessen efter vedtagelsen af § 2-aftalen. Af de øvrige

aktører bliver det forklaret, at der efterhånden ikke var behov for styregruppelægernes deltagelse, da møderne i højere grad kom til at omhandle praktiske omstændigheder. I startfasen blev lægerne eksempelvis inddraget i processen vedrørende udsendelse af brev til borgeren; brevet er underskrevet af både kommunen og lægerne (tdh-praksis.dk a). Derudover har lægerne i fællesskab med en ekspertgruppe været med til at definere hvilke målinger, der medførte kategoriseringen af røde borgere (tdh-praksis.dk b). Ydermere har styregruppelægerne bidraget med viden i forhold til datadelen i almen praksis, det vil sige hvordan virker datasystemerne, og hvilke data skal de praktiserende læger have.

Styregruppelægerne kommer således til at repræsentere deres profession. I styregruppesammenhænge forsøger de således at sikre lægernes faglige interesser ved at præsentere disse for de øvrige aktører. Dermed får de en central rolle for at sikre at helbredstjekket stemmer overens med lægernes professionelle projekt som værende selvadministrerende. Ydermere får de en forsvarende rolle for lægernes professionelle projekt ved at sikre at lægerne ikke bliver omgået, konkret ved blandt andet at sikre at ”røde borgere” skal opfordres til at besøge lægen, ligesom de kan bidrage til løbende sikre lægernes faglige interesser. Styregruppelægernes specielle position ses således af, at de øvrige aktører inkluderer styregruppelægerne når lægernes interesser bliver udfordret. En repræsentant fra forskerne beskriver styregruppelægernes funktion på følgende vis:

”i TDH, er styregruppelægerne med og har også sådan lidt, man kan sige, på en måde tror jeg de lidt godkender de beslutninger, der bliver taget på vegne af de andre læger” (Koordinator, AU).

Involveringen af styregruppelægerne kan således ses som en strategi baseret på inklusion, idet man ønsker at inddrage lægernes perspektiv og godkendelse af nye tiltag. Strategien har dog ikke medført et naturligt fællesskab mellem styregruppelægerne og de øvrige aktører:

”Vi ser os primært som konsulenter på timebasis, det er det, vi får løn for[...] men vi er ikke ansat i projektet, vi har ikke set os som ansat i projektet” (Styregruppelæge).

Citatet illustrerer at styregruppelægerne tilsyneladende ikke på samme måde som de øvrige aktører, ser sig selv som en integreret del af projektet. Inklusionen af de praktiserende læger har således ikke medført det samme medejerskab i forhold til projektet, som de øvrige interviewpersoner giver udtryk for.

Selvom styregruppelægerne i et vist omfang repræsenterer de øvrige praktiserende læger, idet de blandt andet også fungerer som praksiskoordinatorer for regionen, kan de kun tale for de øvrige praktiserende læger i et begrænset omfang. At skulle skabe medejerskab og fælles forståelse for projektet blandt alle læger er således en stor udfordring. Koordineringen med de praktiserende læger i Randers er således i højere grad baseret på *informationsdeling*.

En stor del af informationsdelingen er båret af forskerne. Forskerne deler først og fremmest information til lægerne vedrørende forskningsprojektet, men det er samtidig interessant at forskerne, ifølge projektkoordinatoren fra Institut for Folkesundhed, også kommer til at stå med ansvaret for at udsende information på vegne af de øvrige aktører. Dette er også et eksempel på, hvordan den forskningsmæssige evaluering og selve implementeringen hænger sammen. Informationsdelingen har forskellige former og anvendes via forskellige medier.

I forbindelse med opstarten af projektet lavede forskerne en fysisk mappe som blev omdelt til samtlige læger, der deltager i projektet (Styregruppereferat 22.05 2012). Disse mapper indeholdt på daværende tidspunkt en lang række dokumenter om projektet. Det være sig om både forskningsprojektet og selve implementeringsprojektet (Styregruppereferat 22.05 2012). Ydermere er der blevet oprettet en hjemmeside (tdh-praksis.dk) hvor lægerne, og andre interesserede kan se, hvad projektet omhandler (Styregruppereferat 23.01 2013). Af referatet fra styregruppen fremgår det, at det ikke forventes at hjemmesiden bruges ofte af lægerne, men at det er et anvendeligt redskab, hvis lægerne i en situation vil have information om projektet (ibid.). Det er således et centralt værktøj i forhold til at forsøge at bibeholde lægernes fokus på projektet. I koordinatorkontoret ved Institut for Folkesundhed bliver der ydermere løbende udarbejdet nyhedsmails, som sendes til de praktiserende læger.

"[...] Alt hvad der hedder nyhedsbrevet og sådan noget det kører jo også forbi [Projektlederen, Randers kommune], og de skriver ting ind, og de vil gerne have kommunikeret nogle ting ud, og det er jo også kommunen, der laver informationsmaterialerne om deres tilbud, som lægerne får og, ja."

2: *"Så der er et samarbejde der mellem, at I sender nogle nyhedsbreve (IP: ja), og hvad I kommunikerer (IP: ja), det koordinerer i så også? (IP: Men det starter her) Ja okay"* (Interview med medarbejder, AU)

Citatet viser, at nyhedsbrevet bliver udarbejdet af forskerne, men at kommunen får mulighed for at tilføje informationer om deres tilbud i sundhedscenteret:

"[...]når vi har haft nogle nyheder, nyt tilbud[...] så har vi jo sådan meget [...] lagt det sammen med Aarhus' nyheder, hvad der nu måtte være af resultater, sådan så, at vi ikke spammer dem [lægerne] for meget; de må ikke få for meget, de må ikke få for lidt, der må heller ikke være for meget materiale på en gang, fordi så får de det heller ikke læst [...]" (Projektleder, Randers kommune).

Af ovenstående citat fremgår det dels at både kommunen og forskerne søger at dele viden med lægerne i det omfang, det er muligt. Projektlederen udtrykker ligeledes en bekymring, som flere andre interviewpersoner har givet udtryk for, nemlig at informationsmængden ikke må have et omfang, så lægerne bliver irriterede af det. Dels det enkelte nyhedsbrev, og dels antallet af nyhedsbreve, eller andre informationer. Det skyldes blandt andet en hensyntagen til lægernes manglende tid. Som det er blevet etableret i afsnittene om lægernes

værdier og interesser har lægerne et overvejende patientfokus, og en interesse i at varetage deres daglige praksis, som kan være svært at kombinere med forskernes og kommunens ønske om at informere og inkludere lægerne i projektet. Den begrænsede tid og værdi- og interesseforskelle hæmmer således virkningen af netværksstrategierne. Der er dog et skisma i forhold til anvendelsen af informationsdeling som koordineringsstrategi. Hvor flere interviewpersoner har udtrykt bekymring for at give de praktiserende læger for meget information, henviser en styregruppelæge, som det ses ovenfor til at det kunne være fordelagtigt med mere information. Det kan dog skyldes at denne interviewperson i samme ombæring efterlyste praktisk, lægefaglig anvendelig information for de praktiserende læger.

Forskernes viden og forståelse for lægernes situation, hvilket blandt andet skyldes, at Institut for Folkesundhed på mange måder er tæt knyttet til almen medicin, herunder at flere af forskerne har en baggrund som praktiserende læger, kommer i denne sammenhæng til at spille en central rolle. Repræsentanter fra kommunen har således givet udtryk for, at forskernes rolle som initiator og mediator i forhold til lægerne blandt andet skyldes forskernes viden om lægernes interesser, og at de dermed kan vurdere hvilke hensyn, der skal tages til lægerne. På baggrund af et bredt udsnit af interviewdata lader det til at de øvrige aktører i projektet finder det naturligt at lade forskerne bære meget af kontakten med lægerne.

Som det fremgår af ovenstående kan der konstateres nogle interesseforskelle mellem de praktiserende læger og de øvrige aktører, især relateret til økonomi og andre praktiske hensyn, men også mere principielle spørgsmål vedrørende lægernes rolle i forhold til forebyggende sundhed. For at løse eventuelle uenigheder eller lignende bliver styregruppen således brugt som forhandlingsforum i forhold til lægerne.

Det ses for eksempel i forbindelse med at kommunen kom med et forslag til ændringer, der i princippet kunne tænkes at komme på tværs af lægernes interesser. Her fremstår forskerne som mellemmænd, da de står for kontakten til styregruppelægerne og får istandsat et møde med henblik på forhandling.

"[...] Og så har vi booket et møde med lægerne og [Specialkonsulent, Region Midt] og så skal vi jo prøve at præsentere det for dem, og se hvad de siger til det. Og der kan de jo sige nej" (Koordinator, AU).

Som citatet viser, inddrager man således lægerne for at finde frem til en løsning, men hvor styregruppelægerne, i kraft deres diskursive legitimitet som repræsentanter for de øvrige praktiserende læger, kan afvise forslaget.

I tilfælde hvor lægerne og regionen har divergerende interesser, kræver fraværet af en hierarkisk relation ligeledes forhandling: Efter en periode hvor forskerne kunne konstatere et fald i anvendelsen af TDH-ydelsesnummeret blev det, via en proces der involverede styregruppelægerne og de resterende styregruppemedlemmer, besluttet at hver gang en given rød borger blev konstateret på sundhedscenteret, så blev der sendt en korrespondancetekst til den givne røde borgers egen læge.

”[...] når de [lægerne] møder ind om morgenen, [...] at der [...] har altså været en borger her med forhøjet blodtryk og hvis man har talt med borgeren om at skulle på et tilbud, så står det også efterfølgende og med et link til, at man kan gå ind og se hvad det handler om.[...] så det er også lige så meget for at informere dem om, [...] det er bare fire linjers tekst, hvor der står husk at tage en 4275[ydelse] på den her og ellers så har vi lavet den her Tdh-praksis.dk, hvor I kan gå ind og læse mere” (Projektleder, Randers kommune).

Som det ses af ovenstående citat var formålet med indførelsen af de nye korrespondancetekster at minde lægerne om projektet, ligesom det minder dem om eksistensen af TDH-ydelsen. Der var således tale om en informationsdeling rettet mod lægerne i projektet. Forløbet omkring indførelsen af denne korrespondancetekst var dog også båret af forhandling. Processen involverede styregruppelægerne som via diskussion med de øvrige medlemmer i styregruppen gav udtryk for at det kunne være en god ide med dette tiltag. Samtidig gjorde regionen sine interesser klare i processen:

”[...]Jog der bremsede jeg dem faktisk lidt, eller det gjorde vi fra regional side fordi, det må de gerne, skrive ud at de skal, men de skal så skrive, at de også skal huske at levere det indhold, der ligger i den ydelse, altså hvis de bare leverer en almindelige konsultation, så skal de ikke tage en 4275 ydelse[...]” (Specialkonsulent, Region Midt).

Som citatet viser, har regionen en interesse i at sikre sig at de praktiserende læger leverer den, i § 2-aftalen aftalte ydelse, ved anvendelse af ydelsesnummeret. Denne interesse sikres i ovenstående tilfælde ved anvendelse af forhandlingsstrategier. Derudover fremgår det, at regionen kan trække på den rammesætning vedrørende ydelsen, der er etableret ved § 2-aftalen. Den rammesætning er således både en force for lægerne og regionen, da den er med til at koordinere aktørernes bidrag til projektet.

Som det vises ovenfor er lægerne ikke bærende for koordineringsstrategierne. Det skal forstås sådan, at det ikke fremgår af datamaterialet, at lægerne initierer koordination, enten gennem informationsdeling eller inklusion, på egen hånd. Dette kan delvist tilskrives det forhold, at styregruppelægerne som de centrale repræsentanter for lægerne i denne case, er involveret meget i styregruppen i opstartsfasen, mens deres deltagelse er mere sporadisk senere (baseret på styregruppereferater og interviewudsagn fra repræsentanter fra flere aktører), ligesom det forhold at regionen og forskerne skal aflønne lægerne for deltagelse ved møderne, begrænser mulighederne for at opnå samme fælles mål og passion for projektet, som repræsentanterne fra de øvrige aktører giver udtryk for.

På baggrund af observationer i forbindelse med interviews og interaktioner med interviewpersonerne, samt deltagende observationer ved styregruppemøder, er der blevet observeret en tendens til at lægerne får en negativ koordinerende rolle (Scharpf 1994) i forbindelse med nogle aspekter i samarbejdet. Det vil sige, i forbindelse med eksempelvis forslag til et nyt forskningsprojekt, bliver dette udarbejdet i styregrupperegion, hvorefter dette bliver præsenteret til lægerne, som derved får mulighed for at afvise forslaget eller indgå i

forhandling. Det fremgår af interviewudsagn med repræsentanter fra forskerne, at denne metode i høj grad benyttes, dels fordi det er fornuftigt at have et forslag med til forhandlinger frem for blankt papir, ligesom lægerne grundet deres begrænsede tid foretrækker at blive involveret senere i processen. Dermed ses det også, at inklusionsstrategierne anvendes i mindre omfang ved lægerne grundet hensynet til deres begrænsede tid.

Interviewudsagn fra repræsentanter fra kommunen viser dog, at de praktiserende læger også deltager aktivt. Eksempelvis har enkelte læger sendt mails tilbage, hvori de kritiserer de kommunale tilbud, og derfor ikke vil henvise deres patienter dertil. Det skal understreges, at dette ikke kan ses som værende repræsentativt for de praktiserende læger. Af andre udsagn fremgår det nemlig, at nogle læger henviser patienter til de opfølgende tilbud uden at give hverken forskerne eller sundhedscenteret feedback på dette. Pointen er dog, at den enkelte læge i den enkelte praksis kan præge retningen af projektet ved anvendelse af deres faglighed til aktiv deltagelse eller afvisning af projektets præmisser. Dette understreger også professionens autonomi, som lægerne trækker på for at forme projektet i overensstemmelse med deres faglige standarder og værdier.

Derudover ses det at det i høj grad er forskerne der bærer informationsdelingsstrategierne i forhold til at sikre lægernes deltagelse i projektet. Som beskrevet ovenfor kan det skyldes forskernes diskursive legitimitet i forhold til viden, der er relevant for læger samt muligheden for at koble evidensbaserede datanyheder sammen med kommunens nyheder om forebyggende tilbud. Dermed ses det, at forholdet mellem de to videnstunge professionelle aktører har betydning for hvilken aktør, der får ansvaret for koordineringen, samt hvilke koordineringsstrategier, der tages i anvendelse i koordineringen af de praktiserende lægers deltagelse. Ligesom det forhold at TDH bliver evalueret forskningsmæssigt er vigtigt for lægerne for at sikre at projektet ikke blot er en offentligt bestillingsopgave, men rent faktisk stemmer overens med lægernes professionelle projekt, kan koordineringsgangene mellem forskere og lægerne også ses som en hensyntagen til lægernes professionelle projekt; hvis informationer om kommunens nye tiltag kobles på information om data fra forskningsprojektet, bliver denne kontakt legitimeret.

7.4 Opsummering af case 2 (CMN)

I tabel 8 er koordineringsstrategierne i case 2 præsenteret. Som det ses ovenfor handler case 2 om implementeringen og driften af TDH. Analysen er inddelt i 3 arenaer, hvori det bliver klargjort hvilke strategier, der anvendes, ligesom det fremgår, hvorfor disse finder anvendelse. De tre arenaer omfatter styregruppen; koordineringen mellem Sundhedscentret og Institut for Folkesundhed og en tredje arena omhandlende koordineringen med de praktiserende læger i Randers. Nedenfor vil der blive opsummeret hvilke strategier, der fandt anvendelse i denne case, samt hvorfor disse fandt anvendelse. Først gennemgås hierarkiske strategier hvorefter netværk vil følge.

Tabel 8: Oversigt over koordineringsstrategier i case 2

Aktører	Hierarkiske strategier		Netværksstrategier			
	Rammesætning	Styringsinstrumenter	Informationsdeling	Inklusion	Forhandling	Uformelle relationer
Region midt	Henvisning til Ebeltoft projektet.	(Aflønning af Projektleder stillingen i Randers)		Inddragelse af styregruppelæger.	Generelt i styregruppen. Påmindelsesnoter til lægerne angående ydelsesnummer	Godt samarbejde. Fælles projekt
Randers Kommune	Styregruppeleder, dagsordensfastsætter, referent. Trygfondsansøgningen som tjekliste.	Projektleder stillingen i Randers	Informationer om forhold i TDH. Tæt kontakt med forskerne. Sender vagtplaner til AU. Nyhedsbreve til læger. Påmindelsesnote til lægerne angående ydelsesnummer	Skaber forståelse for sundhedscenterets prioriteter og forvaltningsmæssige prioriteter. Inddragelse af forsker til ansættelse af projektleder. Temadage. Inklusion af styregruppelæger.	Generelt i styregruppen.	Godt samarbejde. Fælles projekt
Forskerne			Tæt kontakt med Randers Kommune Fysiske mapper, nyhedsbreve, hjemmeside til læger.	Skaber forståelse for forskningsmæssige prioriteter. Temadage. Inklusion af styregruppelæger. Inklusion af læger i andre sammenhænge. Golden standard-møder	Generelt i styregruppen.	Godt samarbejde Fælles projekt.
Lægerne					Styregruppelægerne vedrørende emner, der relaterer sig til de praktiserende læger.	

Hierarkiske strategier:

I case 2 anvender både kommunen og regionen *rammesætning* som hierarkisk koordineringsstrategi for at sikre deres interesser i projektet. Det ses således, at regionen via henvisning til den indledende ramme sikrer sin interesse i at fastholde projektet som et implementeringsprojekt. Kommunen rammesætter ligeledes ved

at være "ejer" af projektet, konkret ved at lede styregruppemøderne, hvilket giver kommunen en dagsordensfastsættende rolle. De hierarkiske strategier sikrer en koordinering, der er i overensstemmelse med de overordnede interesser og værdier for henholdsvis kommune og region.

Forvaltningsmyndighederne anvender i mindre omfang *styringsinstrumenter*, hvilket er som ventet, da case 2 omfatter koordinering mellem hierarkisk ligestillede aktører. Oprettelsen af en koordinerende instans i form af projektlederen for TDH kan dog ses som et styringsinstrument, der for både regionen og kommunens side skal sikre mere kontrol med projektet. Samtidig ses det, at kommunen tilsyneladende anvender strategier, der minder om styringsinstrumenter i styregruppen. Her ses det, at kommunen på uformel vis delegerer opgaver og samtidig løbende foretager en form for monitorering af projektets udvikling. Strategierne skal ses i forlængelse af kommunens dagsordensfastsættende rolle, og skal sikre, at de kommunale hensyn i projektet bliver varetaget. Muligheden for at anvende denne form for uformel styring skal dog tilskrive kommunens diskursive legitimitet som repræsentant for politikerne og dermed borgerne i Randers kommune og i mindre grad dennes formelle autoritet.

Det ses således, at forvaltningsmyndighederne først og fremmest anvender hierarkiske strategier baseret på rammesætning. Dermed ses det, at de rammer som blev etableret i case 1 giver forvaltningsmyndighederne mulighed for løbende at sikre deres overordnede interesser. Inden for disse rammer anvendes der netværksstrategier, idet implementeringen og driften er baseret på gensidigt samarbejde mellem særligt forskerne og kommunen.

Netværksstrategier:

Koordineringen af implementeringen og driften af projektet er i vidt omfang baseret på netværksstrategier. En stor del af denne koordinering foregår i styregruppen. Oprettelsen af dette forhandlingsfora opstod mere eller mindre spontant og er ikke blevet konstateret som en intenderet strategi fra de involverede parter. Oprettelsen af denne kan således ses som værende behovsbestemt. Især i den mere driftsbetonede fase har styregruppen hovedsageligt bestået af repræsentanter fra Regionen, Kommunen, og Forskerne. Det ses, at styregruppen har fordret en hyppig interaktion mellem aktørerne og har fungeret som arena for flere typer netværksstrategier. Herigennem har styregruppen tilsyneladende spillet en vigtig rolle i forhold til at skabe en fælles vision, samtidig med at de involverede parter udtrykker, at de oplever projektet som fælles. Dette muliggør i stort omfang effektiv anvendelse af netværksstrategier i koordineringen af projektet. Dette skyldes at transaktionsomkostningerne må antages at være formindskede i kraft af den øgede tillid og generelle fælles forståelse mellem disse parter.

Styregruppen kommer dels til at danne baggrund for netværksstrategier baseret på *forhandling*. Her mødes de involverede aktører for at diskutere og forhandle sig frem til fælles løsninger. Styregruppen bliver således omdrejningspunktet for at aktørerne, gennem dialog, kan sikre deres respektive interesser.

Forhandlingsstrategierne er baseret på den omstændighed, at de involverede aktører har forskellige ressourcer til rådighed som alle er kritiske for at realisere projektet. Der er således ikke én aktør, der kan styre den løbende implementering og drift; beslutninger må nødvendigvis være baseret på forhandling og frivillighed.

Kommunen og regionen anvender hovedsageligt forhandling til varetagelse af deres interesser, som ligger funderet i, at de er politisk styrede. Dette betyder, at de i nogle sammenhænge anvender forhandlingsstrategier for at sikre hensynet til deres politiske interesser. I disse sammenhænge trækker de på deres diskursive legitimitet i form af hensynet til borgerne i Randers, regionale hensyn, samt den politiske bevilling, der er givet til projektet.

Styregruppen bliver samtidig en platform for strategier baseret på *inklusion*, hvorigennem aktørerne kan give hinanden indsigt i deres arbejdsopgaver og dermed fostre større gensidig forståelse. På den måde letter aktørerne koordineringen ved at skabe en fælles forståelse for målet med projektet og aktørernes respektive udfordringer. Forskerne anvender i højere grad strategier baseret på inklusion i forbindelse med koordineringen i styregruppen; hermed kan de sikre sig forståelse for deres forskningsmæssige prioriter. De praktiserende lægers deltagelse bliver ligeledes søgt koordineret gennem inklusion, ved at repræsentanter for de praktiserende læger i Randers bliver inddraget i styregruppen. Dette har til hensigt at sikre lægernes perspektiv på projektet. Styregruppelægerne er dog ikke en integreret del af styregruppen og kan kun til en vis grad repræsentere de øvrige læger i Randers, hvorfor inklusionsstrategien tilsyneladende kun har haft begrænset effekt.

Inklusion bliver ligeledes en vigtig strategi i koordineringen mellem forskerne og sundhedscentret. Denne strategi anvendes af begge parter, men forskerne ses som havende en bærende rolle i koordineringen. Dette kan ses som en effekt af deres status som eksperter, hvor de i kraft af deres viden og diskursive legitimitet anvender inklusion til at sikre deres interesse i at få projektet gennemført i forlængelse af forskningsmæssige principper. Forskernes diskursive legitimitet beror samtidig på at kommunen ser deres professionelle værdier som legitime, idet kommunen også har et ønske om at bidrage til forskning. Forskernes professionelle projekt er dermed ikke under angreb fra nogen sider, og deres autonomi på forskningsområdet bliver der i overvejende grad ikke stillet spørgsmålstejn ved.

Strategier baseret på informationsdeling bliver anvendt i koordineringen mellem forskerne og sundhedscentret samt mellem de øvrige aktører og de praktiserende læger. Da informationsdelingen i høj grad handler om at sikre at driften af projektet stemmer overens med den forskningsmæssige evaluering, bliver informationsdelingsstrategier gensidigt anvendt mellem forskerne og sundhedscentret. Her er det dog navnlig forskernes viden vedrørende den korrekte databehandling, som bliver vigtig af få delt.

Informationsdeling er ligeledes en væsentlig strategi til at koordinere de praktiserende lægernes fortsatte bidrag i projektet; således forsøges der ved informationsdeling både at få lægerne til i højere grad at tage det ”korrekte”-ydelsesnummer, ligesom det anvendes til at øge henvisningerne til de kommunale tilbud. Strategierne ses båret af forskerne, som koordinerer udsendelse af nyhedsbreve med kommunen. Forskerne ses som naturlige formidlingsagenter i forhold til lægerne i kraft af deres erfaring med samarbejde med de praktiserende læger, og det bliver derfor forskerne, der varetager informationsdelingen med lægerne. Informationsdelingsstrategierne tages tilsyneladende i anvendelse, fordi de er en mere effektiv måde til at få koordineret lægernes deltagelse end gennem inklusion, idet deling af information er lettere end at skulle etablere fælles forståelse blandt så mange enkelte praktiserende læger. Ikke desto mindre har informationsdelingsstrategierne også begrænset effekt, idet de praktiserende læger i forvejen modtager rigtig meget information.

Fraværet af lægernes anvendelse af koordineringsstrategier i driftsfasen af projektet kan ikke entydigt forklares på baggrund af værdiforskelle i forhold til de andre aktører. I stedet fremstår lægernes rolle i projektet, på baggrund af udsagn fra flere interviewpersoner, som værende præget af det faktum, at de praktiserende læger er en gruppe af selvstændigt erhvervsdrivende, som ikke har megen tid til rådighed. I forlængelse af dette ligger lægernes fokus i højere grad på den enkelte patient, og den fagligt korrekte håndtering af denne, hvorfor de enkelte praktiserende læger ikke alle sammen har fokus på den overordnede koordinering af projektet.

Kapitel 8: Sammenfattende analyse (CMN)

I det ovenstående er koordineringen af projektet TDH blevet analyseret på baggrund af to cases; den indledende etablering af projektet og implementerings- og driftsfasen. Casene forventedes at kunne variere i forhold til hvilke aktører, der ville være fremtrædende, samt hvilke interesser og ressourcer, der kunne komme i spil. I etableringen af projektet var der nogle overordnede økonomiske og faglige interesser, der skulle sikres og der ventedes at være en større grad af politisk bevågenhed. I implementerings- og driftsfasen vil projektets overordnede udformning være på plads, og der ville derfor være mere fokus på den løbende varetagelse af projektet, hvor andre aktører har en større interesse. Sammenligningen af koordineringsstrategier i to forskellige faser af en policy-proces ventedes således at kunne styrke konklusionerne vedrørende de faktorer, der kan forklare anvendelsen af koordineringsstrategier.

I tråd med teorien om det mandaterede partnerskab ses det i analysen af casene, at der anvendes både hierarkiske strategier og netværksstrategier. Samtidig ses det at partnerskabet er præget af et overordnet værdifællesskab, men samtidig også nogle mere specifikke værdi- og interesseforskelle. Det interessante bliver dermed, hvilke strategier, der anvendes, og hvorfor disse strategier tages i anvendelse. I det følgende

vil det med udgangspunkt i de to cases blive analyseret, hvorfor de i casene identificerede koordineringsstrategier tages i anvendelse.

Hierarkiske strategier:

Som forventet er det forvaltningsmyndighederne, der anvender hierarkiske strategier i begge cases. Kommunen og regionen har ikke formelle beføjelser til at bestemme over hverken hinanden eller de øvrige aktører i konteksten af dette projekt. Det ses derimod, at forvaltningsmyndighederne anvender *rammesætning* til at udforme projektet på en måde, der passer til deres interesser. Partnerskabet er mandateret på baggrund af regionen, som får stor indflydelse på rammerne for projektet, hvilket har betydning for de øvrige aktørers ageren. Denne rammesætning finder for regionens vedkommende sted i etableringen af projektet i case 1, da regionen får fastlagt, at projektet skal følge Ebeltoft-skabelonen, så projektet eventuelt kan danne udgangspunkt for fremtidig storskalaimplementering i resten af regionen. Denne ramme kommer også til at danne udgangspunkt for forhandlingerne med PLO-Midtjylland om § 2-aftalen, hvorfor regionen også formår at sætte nogle overordnede rammer for de praktiserende lægers involvering. Kommunen får til gengæld tidligt i processen placeret sig i en dagsordensfastsættende rolle, da det er kommunen, der skal stå for driften og implementeringen og derfor indledningsvis må sikre, at projektet er i overensstemmelse med driftsmæssige og politiske hensyn.

I begge cases er alle aktører bevidste om, og accepterer, at Ebeltoft-modellen er ramme for projektet. Rammesætningsstrategien bliver således anvendt sådan, at projektet overordnet set er i overensstemmelse med regionens interesser. Hvor regionen i case 1 får etableret en ramme for projektet, indtager regionen en mere tilbagetrukket rolle i case 2 og sikrer sine interesser ved henvisning til den oprindelige rammesætning. Derfor ses det, at regionen anvender samme rammesættende koordineringsstrategi på tværs af casene, men i case 2 er der ikke tale om en aktiv etablering af nye rammer, da disse netop bliver opstillet i etableringen af projektet. Regionens tilstedeværelse i styregruppen i case 2 kan dog ses som en fortsat opretholdelse af rammesætningen, som dermed ikke risikeres omgået af de øvrige aktører. Regionens anvendelse af koordineringsstrategier afspejler tilsyneladende den omstændighed, at det er i case 1, hvor projektet er ved at blive etableret, at regionen skal sikre sine interesser, idet det er i denne case at målet med projektet samt rammerne for aflønningen af de praktiserende læger bliver fastsat.

Kommunen rammesætter aktivt i implementerings- og driftsprocessen i case 2 ved at sidde for bordenden og have ansvar for dagsordenen i styregruppen. Det skal ikke forstås sådan, at kommunen har en markant styrende rolle i styregruppen, idet koordineringen i styregruppen i høj grad er baseret på netværksstrategier, men det giver alligevel kommunen muligheden for at styre processen i en retning, der sikrer, at projektet kan fungere i den kommunale virkelighed. Da kommunen, i modsætning til regionen, står for selve driften, har

kommunen også en interesse i at være mere styrende i driften og implementeringen end regionen, hvorfor kommunen aktivt anvender en rammesættende strategi i case 2 for at sikre disse interesser. Det ses samtidigt, at kommunen er mere aktivt bærende for både hierarkiske og netværksstrategier i case 2, som følge af, at kommunens interesser i projektet i højere grad skal varetages i en driftsfase frem for en etableringsfase som i case 1.

Dermed kan man konstatere, at regionen og kommunen anvender rammesætning i case 1 for derved at sikre den overordnede styring både i etableringen af projektet og implementerings- og driftsfasen. Regionens rammesætning er central i case 1, idet regionen har store interesser på spil, særligt i forhold til aflønningen af de praktiserende læger, og derfor må sikre, at projektet er i overensstemmelse med disse interesser. I case 2, hvor rammerne er blevet etablerede, har regionen således en mere tilbagetrukket rolle, hvorimod kommunen har mange interesser på spil i forhold til at levere helbredstjekket til borgerne. Kommunen anvender derfor en rammesættende strategi baseret på dagsordensfastsættelse blandt andet i form af mødeledelse mv. for at sikre disse. Man kan derfor konstatere, at omstændighederne i disse cases spiller en mindre rolle i forhold til *hvilke* koordineringsstrategier, der anvendes, men derimod spiller en rolle for *hvilke aktører, der bærer strategierne*, samt hvor aktive de er i anvendelsen af disse strategier.

Om end det er forventeligt at kommunen og regionen i mindre grad vil anvende styringsinstrumenter, er der alligevel tegn på at dette forsøges. For eksempel havde kommunen på mere eller mindre uformel vis mulighed for at delegerer opgaver til de øvrige aktører. Samtidig kan oprettelsen af en projektlederstilling ses som en strategi, både fra regionen og kommunen, til at sikre bedre kontrol med projektet. Disse eksempler er dog mindre fremtrædende end rammesætningen.

Grundlæggende kan det på denne baggrund konstateres, at forvaltningsmyndighederne anvender hierarkiske strategier hovedsageligt baseret på rammesætning, når enten regionen eller kommunen vil sikre deres centrale interesser. Disse interesser er hovedsageligt relateret til nogle forvaltningsmæssige hensyn til, at projektet skal kunne danne grundlag for fremtidig implementering og drift. Dette bundes dels i værdier vedrørende en styrkelse af folkesundheden, men samtidig er hensynene også relateret til forvaltningsmyndighedernes værdier vedrørende effektivitet og omhu med ressourcerne. Værdierne vedrørende effektivitet afspejles tilsyneladende i forvaltningsmyndighederne løbende henvisninger til at projektet skal have et *formål*, og ikke blot være for forskningen skyld, samtidig med at det skal kunne fungere i en forvaltningsmæssig virkelighed. De professionelle aktører har ikke samme værdigrundlag med deres fokus på mere snævre faglige værdier, hvilket danner grundlag for nogle interesseforskelle mellem forvaltningsmyndighederne og de professionelle aktører. Selvom samarbejdet bygger på et værdifællesskab vedrørende den forskningsmæssige evaluering, er der således samtidig nogle værdiforskelle, som kan have betydning for, at forvaltningsmyndighederne tager hierarkiske strategier i anvendelse. Her skal det ydermere pointeres, at forvaltningsmyndighederne også anvender disse strategier i forhold til hinanden, idet

kommunen for eksempel ligeledes skal agere inden for den etablerede ramme. Dette skyldes forvaltningsmyndighedernes forskellige fokus, hvor kommunen for eksempel har mere fokus på borgerne i Randers. Evnen til at rammesætte projektet kan i høj grad tilskrives begge myndigheders formelle autoritet og økonomiske ressourcer. Men også den diskursive legitimitet, som beror på myndighederne som politisk ledede organisationer og dermed også repræsentanter for borgerne.

Indenfor de rammer som forvaltningsmyndighederne har etableret, er det blevet konstateret, at der eksisterer et værdifællesskab og et udpræget interessesammenfald mellem regionen, forskerne og kommunen i forhold til at implementere og evaluere forebyggende helbredstjek. Det ses således, at koordineringen er båret af netværksstrategier. De praktiserende lægers rolle i projektet er anderledes, men deres involvering i projektet bliver også koordineret på baggrund af netværksstrategier, da de øvrige aktører vanskeligt kan inddrage lægerne igennem hierarkiske strategier, som ligger uden for det rammesættende i et forhandlingsudspil.

Netværksstrategier:

Koordineringen af TDH er i begge cases i høj grad bygget op omkring netværksstrategier, hvilket ikke mindst skyldes at samarbejdet mellem Region Midt, Randers kommune og Institut for Folkesundhed, på trods af, at der er tale om et mandateret partnerskab, kan siges at afspejle definitionen på et netværk, *hvor aktører med gensidig interesse indgår i uformelle, forhandlede samarbejdsstrukturer* (Jørgensen & Vrangbæk 2005: 13). Over en bred kam giver interviewpersonerne udtryk for, at der eksisterer et fællesskab om projektet, hvilket gør det lettere at koordinere projektet ved hjælp af netværksstrategier, der ofte har en uformel karakter.

Samarbejdet mellem kommunen, regionen og forskerne bliver af alle involverede aktører betegnet som værende velfungerende, ligesom det har udviklet sig i en positiv retning over tid, og dermed også på tværs af de to cases. I ovenstående analyse ses det ydermere, at der var visse værdi- og interesseoverlap både i case 1 og 2. Den fælles værdi vedrørende den evidensbaserede tilgang til projektet kan siges at have dannet grundlag for den indledende etablering af projektet i case 1. Efter at den indledende kontakt blev etableret og samarbejdet blev formaliseret i en styregruppe i case 2, fungerer værdi- og interesseoverlappende ligeledes som fundament for anvendelse af koordineringsstrategier.

I begge cases anvendes *forhandling* til at sikre koordineringen af projektet. I case 1 er strategien af central betydning for at sikre de alment praktiserende lægers deltagelse, og strategien bliver derfor anvendt af PLO-Midtjylland og Region Midt. I case 2 foregår forhandlingerne i styregruppen, hvorigennem aktørerne får afstemt deres bidrag til projektet. I begge cases ses det, at forhandlingsstrategien tages i anvendelse, når aktørerne har divergerende interesser, der skal afstemmes. Det kan være økonomiske interesser, for eksempel i forhold til aflønningen af de praktiserende læger eller interesser vedrørende drift eller forskning. Forhandlingsstrategierne er ligeledes baseret på den omstændighed, at samarbejdet er bygget op omkring

ligestillede aktører, der besidder forskellige ressourcer, som hver især er vigtige for samarbejdet. For forvaltningsmyndighedernes vedkommende er disse ressourcer i overvejende grad baseret på deres formelle autoritet og økonomiske ressourcer, hvorimod de professionelle aktører baserer deres indflydelse på viden og diskursiv legitimitet. Koordineringen er således præget af, at aktørerne har en gensidig interesse i at indgå i forhandlinger.

Inklusion fremstår ligeledes som en central strategi i begge cases. I case 1 anvendes det af regionen, kommunen og forskerne til både at etablere samarbejdet med hinanden, samt også for at sikre de praktiserende lægers deltagelse. Forskerne får en central rolle i denne strategi, da lægernes interesse i projektet i høj grad er baseret på den forskningsmæssige evaluering. I case 2 anvendes inklusion til at skabe et løbende fællesskab om projektet både i styregruppen og gennem forskellige temadage. Denne strategi afspejler en gensidig interesse i at sikre forståelse fra de øvrige parter for de respektive aktørers arbejdsopgaver; kommunen skal sikre sig de øvrige aktørers forståelse for de udfordringer, der måtte være i forhold til den daglige drift. Forskerne har derimod brug for at sikre, at de øvrige aktører har forståelse for de hensyn, der må tages for at sikre valid forskning. Inklusionsstrategien fremstår til dels uintenderet, idet den også virker som et produkt af den indledende velvilje parterne imellem. På trods af denne indledende velvilje er der stadig både værdi og interessemæssige forskelle og det er her, at inklusionsstrategierne tages i anvendelse for netop at sikre at forståelsen mellem aktørerne bliver større. Det er interessant, at inklusion som strategi bliver central i case 1. I denne case skal særligt forvaltningsmyndighederne sikre nogle grundlæggende interesser, og det ses da også, at rammesætning og forhandling er vigtige strategier. Ikke desto mindre viser analysen, at projektet i høj grad ikke ville kunne være blevet realiseret uden strategier baseret på inklusion. Dette må dels tilskrives det faktum, at der er tale om hierarkiskigestillede aktører, men samtidig siger det også noget om den betydning de professionelle aktører, her særligt forskerne, får i forhold til etableringen af projektet. Det er således ikke kun i case 2, hvor de centrale rammer er på plads, at forskerne får en bærende rolle i koordinering gennem inklusion, men ligeledes i case 1 i forhold til inkluderingen af lægerne.

Anvendelse af forhandlings- og inklusionsstrategier i case 2 mellem region, kommune og forskere, kan ses som selvforstærkende i deres virkning og anvendelse. Den tættere integrering og anvendelse af inklusionsstrategier medfører mulighed for vedvarende og tættere koordinering af de respektive aktørers arbejdsopgaver. Dette kommer ligeledes til udtryk ved at det tætte samarbejde har medført øget samarbejde blandt medlemmerne af styregruppen i andre sammenhænge end TDH.

Informationsdeling som strategi anvendes hovedsageligt i case 2 af forskerne. Dette er dels for at sikre, at kommunen har den viden den skal bruge for at kunne foretage de korrekte målinger af helbredstjekket, og dels til at sikre, at de praktiserende læger løbende bliver informeret om projektet. Herved vil man sikre deres fortsatte anvendelse af det korrekte ydelsesnummer, samt at de henviser til de opfølgende kommunale tilbud.

At forskerne kan anvende denne strategi, skyldes den specialiserede viden og information, de har til rådighed, ligesom det særlige forhold til de praktiserende læger spiller en rolle. Det er ikke overraskende, at strategien først og fremmest tages i anvendelse i case 2, da det netop må være i den løbende koordinering af implementeringen og driften, at deling af information bliver vigtigt. Det kan dog ikke afvises, at informationsdeling også er blevet anvendt i et vist omfang i case 1, men det har dog ikke fremstået som en vigtig strategi i denne fase.

Uformelle relationer fremstår i begge cases som en omstændighed, der er med til at lette koordineringen mellem hierarkisk ligestillede aktører. I case 1 i kontakten mellem forskerne og lægerne, og i case 2 i samarbejdet mellem aktørerne i styregruppen. De uformelle relationer danner grundlag for en tillid mellem aktørerne, der skaber større velvilje i forhold til at sikre samarbejdet.

Tillid fremstår som et centralt element, særligt i case 2, og dels som værende et produkt af informationsdelings- og inklusionsstrategier. Aktørerne deler ikke blot i udgangspunktet nogen forskellige værdier og interesser, men har opnået en større forståelse for hinandens perspektiver og et fællesskab, som skaber villighed til samarbejde.

8.1 Afrunding (JBC)

I begge cases er kommunens og regionens anvendelse af koordineringsstrategier baseret på deres ressourcer, som består i en formel autoritet, økonomiske ressourcer og den diskursive legitimitet i at repræsentere en demokratisk valgt organisation, der varetager borgernes interesser. I det omfang at forvaltningsmyndighederne har behov for at sikre nogle grundlæggende interesser anvendes hierarkiske strategier. Da både regionen og kommunen deler grundlæggende værdier vedrørende projektet med de professionelle aktører anvender forvaltningsmyndighederne dog ligeledes i vidt omfang netværksstrategier. Dette skyldes også i høj grad det faktum, at man fra forvaltningsmyndighedernes side er bevidste om de vigtige funktioner, de professionelle aktører har i samarbejdet. Forvaltningsmyndighederne er derfor også nødt til at sikre deres interesser gennem forhandling og inklusion således, at regionen og kommunens hensyn er koordineret med og accepteret af de professionelle aktører.

I både case 1 og 2 fremgår det af samtalerne med interviewpersonerne, at forskerne i høj grad er bærende for mange af netværksstrategierne. Forskerne besidder vigtig viden vedrørende valid forskning og en diskursiv legitimitet som repræsentanter for nogle professionelle idealer om god forskning, der gør dem i stand til at koordinere effektivt gennem netværksstrategier. Forskerne bruger disse strategier, fordi de skal sikre sig en fælles forståelse blandt de øvrige aktører om vigtigheden af den forskningsmæssige evaluering, således at de

øvrige aktører accepterer de begrænsninger som forskningsprojektet medfører. Dette ses særligt i samspillet med kommunen som til en vis grad udfordrer lægernes autonomi ved at forskningen skal tage hensyn til driftsmæssige prioriteter. Derfor bliver forskerne særligt centrale i koordineringen i case 2 vedrørende implementeringen og driften. Det interessante er dog også, at de kommer til at spille en central rolle i forhold til at "sælge" projektet til lægerne i case 1. Dette skyldes deres diskursive legitimitet, idet de praktiserende læger vægter det forskningsmæssige aspekt højt. Denne legitimitet styrkes dog samtidig af, at forskerne fra Almen Medicin deler et fagligt overlap med de praktiserende læger. På den måde kommer forskerne til at fremstå som et mellemlid mellem regionen, som formelt aflønner lægerne for deltagelsen i projektet, idet det er mere effektivt at basere en inklusionsstrategi på forskernes diskursive legitimitet.

På baggrund af begge cases ses det, hvordan forskerne får en central rolle i anvendelsen af netværkskoordinering. Deres diskursive legitimitet, som i høj grad beror på de øvrige aktørers interesse i at få projektet evalueret, giver dem en position, der på trods af manglende formel autoritet, tilsyneladende har mulighed for at styre dele af processen, særligt relateret til driften.

Gennemgående for begge cases er, at de praktiserende læger i et vist omfang er afkoblet fra den øvrige gruppe af aktører og samtidigt ikke proaktivt anvender koordinerende strategier. De praktiserende læger bakker dog også op om projektet. Det ses af, at stort set alle praktiserende læger i Randers kommune vil deltage i projektet, ligesom vedtagelsen af § 2-aftalen er et klart tegn herpå.

I begge cases fremgår det, at lægernes inddragelse og deltagelse bliver søgt gennem forhandling, inklusion og informationsdeling. Der er dog også væsentlige forskelle fra case til case, som bidrager til at forklare forskellene i koordineringsstrategier. I Case 1 bliver lægerne hovedsageligt involveret gennem PLO-Midtjylland, hvor deres interesser i projektet forsøges varetaget igennem forhandling. I case 1 ses det således, at de praktiserende læger aktivt søger at varetage deres professionelle projekt ved at opnå medindflydelse på udformningen af TDH, sådan at det stemmer overens med de praktiserendes læger prioriteter vedrørende autonomi i arbejdsvaretagelsen. Overordnet set indtager de praktiserende læger en relativt passiv rolle i case 2. Dette kan til dels tilskrives, at rammerne for deres rolle i projektet er blevet fastlagt i case 1, hvorfor lægerne ikke har nogen grundlæggende professionelle interesser, der skal varetages eller bliver udfordret. I Case 2 varetages koordineringen hovedsageligt af styregruppelægerne. Anvendelsen af koordineringsstrategier i forhold til lægerne skal således også ses i lyset af, at forskellige individer og organisationer repræsenterer lægerne i de to cases. Samtidigt varetages koordinationen med lægerne i flere forskellige fora i de to cases.

I case 1 sikres § 2-aftalen gennem et, i forvejen institutionaliseret samarbejdsforum, hvor aktørerne kender til arbejdsgangene i forhold til sådanne forhandlinger. Mens lægernes deltagelse i koordineringen i case 2 hovedsageligt foregår i styregrupperegime, hvor styregruppelægerne i højere grad opererer som konsulenter og

rådgivere, og dermed ikke har mulighed eller tilsyneladende interesse for at agere styrende overfor de resterende læger i kommunen. Dermed kan man konstatere at flere forhold forklarer lægernes anvendelse af koordineringsstrategier; de individuelle repræsentanter fra lægerne er ikke de samme i de to cases, ligesom de praktiserende læger ikke er organiseret hierarkisk, men som selvstændige erhvervsdrivende. Derfor kan hverken PLO-Midtjylland, styregruppelægerne, eller de øvrige aktører, sikre eller styre den enkelte læges deltagelse og koordinering.

På baggrund af analyserne af de to cases fremgår det, at koordineringen med de praktiserende læger i Randers er præget af det forhold, at de praktiserende læger fremstår som en løst organiseret kollektiv aktør. Dette ses eksempelvis i anvendelsen af informationsdelingsstrategier for at sikre fortsat deltagelse af lægerne. Her kommunikerer man til alle praktiserende læger enkeltvist. Det tyder således på, at anvendelsen af koordineringsstrategien informationsdeling i høj grad er funderet i lægernes organiseringsform, mens inklusionsstrategierne i forhold til at sikre lægernes deltagelse i højere grad forklares af deres professionelle værdier, i og med denne koordination varetages med forskerne som bindeled mellem forvaltningsmyndighederne og de professionelle.

På baggrund af analysen fremgår det, at anvendelsen af koordineringsstrategier i de to faser af policy-processen i høj grad er ens. Ved at have sammenlignet to forskellige cases, hvor der har været forskellige interesser på spil og forskellige mål med koordineringen, styrkes analysens fund vedrørende de strategier som hierarkiske ligestillede aktører tager i anvendelse i konteksten af et mandateret partnerskab.

Forvaltningsmyndighederne anvender rammesætning for at sikre sine grundlæggende interesser, men herudover anvender aktørerne netværksstrategier for at afklare uenigheder, inddrage hinanden og sikre de andres forståelse for egne prioriteter. Forskerne bruger netværksstrategier til at sikre, at der er opbakning til den forskningsmæssige evaluering, som pålægger de øvrige aktører nogle relative rigide rammer. Regionen, kommunen og forskerne anvender i fællesskab forskellige netværksstrategier til at sikre lægernes involvering. Da det er en løst organiseret kollektiv aktør, er der således både i case 1 og 2 behov for at inddrage de individuelle læger gennem inklusion og informationsdeling for at sikre lægernes opmærksomhed og interesse i projektet. Dette sikres i et vist omfang ved forskernes deltagelse i koordineringen.

Kapitel 9: Diskussion (CMN)

I de foregående kapitler er koordineringen af TDH blevet analyseret. Af denne analyse fremgår det, at forvaltningsmyndighederne i høj grad er afhængige af professionelle aktører for at sikre gennemførelsen af projektet. Som nævnt i indledningen skriver specialet sig ind i en længere debat i governance-litteraturen om, hvilken rolle staten spiller i styringen af et til stadighed mere komplekst samfund. I tråd med nyere bidrag (Røiseland & Vabo 2012; Keast, Mandell & Brown 2006) viser analysen af TDH, at koordineringen af projektet er baseret på en hybrid mellem hierarki og netværk, hvor staten, i herværende sammenhæng repræsenteret ved Region Midt og Randers kommune, fortsat har mulighed for at sætte rammerne for projektet. Samtidig ses det dog, at forvaltningsmyndighederne er nødt til samarbejde med aktører på tværs af sektorer for at kunne varetage velfærdsstatens opgaver.

Hermed fremhæves to centrale elementer ved TDH. For det første, at professionelle aktører spiller en central rolle i koordineringen og gennemførelsen af TDH. For det andet, at forvaltningsmyndighedernes evne til at styre projektet er baseret på en hybrid mellem forskellige koordineringsstrategier, der skal gennemføres i samspil med de professionelle aktører. I det følgende vil disse to elementer blive diskuteret. Første del vil tage udgangspunkt i de professionelle aktørers perspektiv og deres betydning for TDH med fokus på forskellen mellem forskerne og lægerne. Anden del vil tage udgangspunkt i forvaltningsmyndighedernes perspektiv og diskutere i hvilket omfang forvaltningsmyndighederne har mulighed for at styre etableringen, implementeringen og driften af TDH, samt hvilken betydning de professionelle aktører har for forvaltningsmyndighedernes styring. Implikationerne af disse to elementer vil afslutningsvist blive diskuteret i et demokratisk legitimitetsperspektiv.

9.1 De professionelle aktører i TDH (CMN)

Et markant aspekt, som fremgår af analysen, er den betydning ressourcerne *viden og information* samt *diskursiv legitimitet* får for koordineringen af TDH. Der er tale om to ressourcer, som i særlig grad kan tilskrives professionelle aktører, som dels besidder en specialiseret viden, som er afgørende for TDH og dels repræsenterer nogle overordnede værdier vedrørende sundhed og forskning, som også deles af forvaltningsmyndighederne. På den baggrund får de professionelle aktører en indflydelse på projektet som i vid udstrækning ikke er baseret på nogle formelle beføjelser, men derimod bygger på de øvrige aktørers accept af de professionelles rolle. Hvor de professionelles betydning for koordineringen og samarbejdet i TDH fremstår klar, er der dog nogle interessante forskelle imellem de professionelle aktører i forhold til, hvor aktivt deltagende de er i koordineringen af TDH. Mens forskerne fremstår som værende meget aktive, og i høj grad bærende for en del af koordineringen, ses de praktiserende læger i mindre grad som værende en aktiv aktør. Derfor vil der med udgangspunkt i disse forskelle blive diskuteret, hvilken rolle hver af de professionelle aktører har spillet for koordineringen af TDH.

Indledningsvist kan det konstateres, at udgangspunktet for at indgå i koordineringen har været forskelligt for de to aktører. Forskerne har været en af de tre aktører bag ansøgningen til Trygfonden og har således været særdeles aktive i planlægnings- og opstartsfasen i projektet. Lægerne har derimod ikke aktivt taget initiativ til at deltage i projektet, men er derimod blevet inddraget af de øvrige aktører; gennem Region Midts forhandlinger med PLO-Midtjylland og i form af læger til styregruppemøderne. Hvor forskerne agerer proaktivt og koordinerer ved hjælp af inklusion og informationsdeling, koordinerer lægerne i overvejende grad ved hjælp af forhandling, hvor man ved stillingtagen til et givent spørgsmål indgår eller undlader at indgå i givne dele af projektet.

Som det fremgår af analysen har forskerne og lægerne forskellige funktioner i projektet. Lægernes funktion i projektet er at foretage helbredssamtalen og henvise røde borgere til kommunens opfølgende tilbud. Forskernes rolle er overordnet at evaluere virkningerne af interventionen (tdh-praksis.dk c). Man kan således argumentere for, at lægerne har en meget central position i forhold til at gennemføre projektet; hvis ikke lægerne foretager helbredssamtalen og henviser røde borgere, vil projektet være et rent kommunalt foretagende, og man risikerer at miste legitimitet samt effekt.

Forskerne er ved første øjekast ikke så centrale i projektet eftersom de i princippet blot skal evaluere de sundhedsmæssige effekter ved helbredstjekket. Man kan således argumentere for, at forskernes rolle i implementeringen af projektet er mindre vigtig, fordi de ikke har en funktion i forhold til borgerne. I princippet kunne koordineringen finde sted mellem det kommunale sundhedscenter og de alment praktiserende læger. Som analysen ovenfor viser, er der dog meget, der taler for, at forskerne har en central rolle i forhold til at koordinere projektet. Dette kan tilskrives den omstændighed, at forskerne som repræsentanter for evidensbaseret forskning repræsenterer nogle værdier, som de øvrige aktører kan samles om. Forskerne får dermed en fremtrædende rolle som bindeled mellem de øvrige aktører og særligt mellem forvaltningsmyndighederne og de praktiserende læger. Samtidig besidder forskerne viden om, hvordan helbredstjekket i praksis skal implementeres for, at det kan bidrage med valide data. Dette relaterer sig blandt andet til de testmaskiner m.v., der skal bruges for at sikre kvaliteten af det datamateriale, som kommunen sender til den praktiserende læge. På baggrund af forskernes specialiserede viden og diskursive legitimitet, som repræsentanter for nogle videnskabelige idealer, kan man således argumentere for at forskernes tilstedeværelse er essentiel for at sikre koordineringen af TDH.

Sammenlignet med forskerne kan de alment praktiserende lægers koordinerende rolle fremstå relativt passiv. Man skal dog være varsom med at lave slutninger ud fra involveringen i dette projekt. Som nogle interviewpersoner nævner, spiller dette projekt en lille rolle i de praktiserende lægers hverdag, hvorfor man, alt andet lige, ikke vil forvente en stor involvering. Samtidigt kan det konstateres, at PLO-Midtjylland var aktive i processen omkring forhandlingen af § 2-aftalen, hvor lægernes faglige og økonomiske interesser hovedsageligt blev varetaget. Derudover betyder karakteren af de praktiserende lægers funktion, at de ikke

er i en position, hvor de er nødsagede til at koordinere for at udføre deres arbejde. Således er lægerne ikke afhængige af, at sundhedscenteret sender borgere til deres praksis, da de sandsynligvis alligevel vil modtage patienter. Sundhedscenteret derimod er nødt til at sikre, at de praktiserende læger er indstillede på at henvise de røde borgere til de opfølgende tilbud, før de kan tilbyde dem et opfølgende tilbud.

Dermed ses det, at lægerne, som en aktør, der er meget central for at yde en af kerneydelserne i TDH, nemlig helbredssamtalen, samtidigt er organisatorisk og koordinerende relativt passive i driftsfasen. Forskerne derimod, leverer, fra et borger/patient perspektiv, ikke en kerneydelse, men er alligevel relativt aktive i koordineringen og det organisatoriske arbejde.

I analysen ses det, at de professionelles forskellige roller også kan tilskrives visse interesseforskelle. På den ene side har lægerne og forskerne et værdifællesskab i den evidensbaserede tilgang. Samtidigt er der nogle overordnede interesseforskelle, der formes af karakteren af arbejdet hos de to professionelle aktører. Hvor lægerne har et patientfokus i deres daglige arbejdsvaretagelse, har forskerne et fokus på vidensgenerering og dataindsamling. Hvor forskerne således får ansvaret for evalueringen af TDH og dermed stor indflydelse på de forskningsmæssige aspekter af samarbejdet, så medfører TDH i højere grad et krav til lægerne om en standardiseret opgaveudførelse. Man kan argumentere for, at lægerne i samarbejdet i højere grad end forskerne er under pres fra regionen i forhold til selvbestemmelse i deres varetagelse af opgaver.

Forskernes primære interesser i at foretage valid forskning bliver i langt mindre grad sat under pres i projektet. De øvrige aktører er enige om præmissen om det værdifulde i en forskningsmæssig evaluering, ligesom lægerne og især kommunen, bidrager til at sikre forskernes muligheder for at indsamle data. Forskernes interesser kan dog blive udfordret når kommunen, af politiske og borgerhensyn, trækker TDH i en retning, som kan sænke kvaliteten af dataindsamlingen. Forskernes professionelle projekt består dog tilsyneladende relativt udfordret, mens lægerne til dels er under pres.

Man kunne dermed argumentere for, at forskellen ligger i det faktum, at forskerne agerer som en anden type af professionelle. Hvor de alment praktiserende læger hovedsageligt har patientekspertise og værner om muligheden for selvadministrering i forhold til disse, baserer forskerne deres legitimitet på et grundlag af vidensgenerering. Forskerne agerer således i højere grad som akademiske eksperter, mens de alment praktiserende læger agerer som kliniske eksperter (Scott 2008). I den institutionelle professionslitteratur kan eksperter ses som institutionelle agenter, der former organisationer og institutioner oppefra og ned, mens de kliniske professionelle definerer samme nedefra og op. Ifølge denne teoretiske tilgang vil man således hovedsageligt forvente, at de alment praktiserende læger ville varetage deres professionelle projekt i den daglige interaktion med patienter, mens eksperterne i højere grad vil varetage det gennem definerende og vidensgenererende arbejde. I herværende sammenhæng forsøger forskerne at definere en ny institution omhandlende "forebyggende helbredstjek og samtale". Dette gennemføres oppefra og ned, idet projektet

ikke opstår på initiativ fra de praktiserende læger. Lægerne påvirker derimod den konkrete udmøntning af projektet i deres daglige arbejde.

Argumenterne om at lægerne er udøvende patient-orienterede og dermed mindre engagerede i det koordinerende arbejde synes relevante men opfanges ligeledes i ovenstående analyseafsnit i kraft af fokuset på lægernes ressourcer og interesser i projektet, som netop er formede af det faktum, at de er selvstændige praktiserende professionelle. Scott (2008) kunne have bidraget med en konkret kategorisering i forhold til analyseenhederne, men indsigterne vurderes ikke som værende essentielle for specialets konklusion ligesom den analytiske stringens sikres.

9.2 Forvaltningsmyndighedernes styring af TDH (JBC)

I det foregående afsnit er de professionelle aktørers betydning for TDH blevet diskuteret. I forlængelse af dette af er det interessant at diskutere, i hvilket omfang forvaltningsmyndighederne har mulighed for at styre samarbejdet med disse aktører og hvilken form denne styring tager.

Som det fremgår af analysen beror koordineringen af TDH på en hybrid mellem hierarki og netværk. Meget af den løbende koordinering er baseret på netværksstrategier, hvor forvaltningsmyndighederne og de professionelle tilsyneladende interagerer på lige fod. Som det fremgår ovenfor besidder de professionelle nogle ressourcer, som er essentielle for implementeringen af TDH, hvorfor forvaltningsmyndighederne, på trods af deres formelle autoritet og økonomiske ressourcer, ikke fremstår markant stærkere i forhandlingerne og interaktionen med de professionelle. Der er således store dele af samarbejdet, som umiddelbart er karakteriseret ved et fravær af styring fra forvaltningsmyndighedernes side. I implementerings- og driftsfasen har forskerne fra Institut for Folkesundhed tilsyneladende store frihedsgrader i kraft af deres viden og diskursive legitimitet. De praktiserende læger agerer ligeledes i høj grad uafhængigt af de umiddelbare interesser forvaltningsmyndighederne måtte have. Der er tale om to stærke professionelle aktører med høje faglige normer og en meget specialiseret viden, hvorfor man kunne forvente særlige styringsvanskeligheder i forhold til disse (Christensen, Christiansen, Ibsen 2011:46-47).

At indikere at dette er et tegn på, at forvaltningsmyndighederne ikke styrer projektet, er dog en forhastet konklusion. Som det fremgår af analysen deler de professionelle aktører og forvaltningsmyndighederne netop nogle fælles værdier og interesser, og så længe at der er enighed om målet fremstår netværkskoordinering således som den mest effektive form for styring, idet den er baseret på frivillighed, hvilket alt andet lige må være mindre omkostningsfuld end hvis forvaltningsmyndighederne skulle forsøge at få uafhængige aktører til at samarbejde gennem direkte styring.

Det er derimod igennem rammesætningen, at forvaltningsmyndighederne først og fremmest sikrer styring med projektet, hvilket er i tråd med forventningerne fra det statscentrerede perspektiv (Bell & Hindmoor

2009). Om end forvaltningsmyndighederne ikke styrer de professionelle ved instruktioner, kan de derimod sikre sig, at samarbejdet holder sig inden for visse specificerede rammer.

Som Rodriguez et al. (2007) pointerer, så vil der i et mandateret partnerskab være en naturlig grænse for anvendelsen af hierarkiske strategier, da den aktør, som partnerskabet er oprettet på foranledning af, hurtigt kan miste sin legitimitet, hvilket kan få negative konsekvenser for de involverede aktørers villighed til at samarbejde. Samme situation kunne tænkes i forbindelse med TDH, hvis lægerne skulle føle sig trådt over tæerne, og forvaltningsmyndighederne er derfor i høj grad nødt til at basere styringen på frivillighed og gensidig interesse.

I rammesætningen af projektet trækker både kommune og region på den formelle autoritet og diskursive legitimitet, de har som repræsentanter for politikerne og i sidste instans borgerne. Repræsentanterne fra forskerne giver således flere gange i interviewene udtryk for en forståelse for, at regionen og kommunen har nogle politiske og forvaltningsmæssige hensyn, der skal tages. Effekten af denne form for rammesætning og styring fremstår betinget af, at de professionelle aktører accepterer det legitime i grundpræmissen. Der er således ikke tegn på, at rammesætning i dette projekt kolliderer med nogle fundamentale interesser hos de øvrige aktører. Havde det været tilfældet, kunne rammesætning tænkes i højere grad at være en kilde til spændinger. Forvaltningsmyndighedernes evne til at styre projektet må derfor ventes at være betinget af en afvejning mellem at sikre nogle specifikke interesser eller bibeholde legitimitet i forhold til øvrige aktører.

Udover den overordnede rammesætning er der en række aspekter relateret til de professionelle aktører, som ligger uden for forvaltningsmyndighedernes umiddelbare kontrol. Dette ses særligt i forhold til de praktiserende læger, som er en uhomogen gruppe af selvstændigt erhvervsdrivende, hvis adfærd ikke kan koordineres igennem forhandlinger og inklusion af enkelte repræsentanter. I forhold til de praktiserende læger har forvaltningsmyndighederne ikke mulighed for at anvende hierarkiske strategier, og som det fremgår af analysen, er de praktiserende læger skeptiske i forhold til at blive involveret i regionale og kommunale projekter uden et fagligt velfunderet grundlag. Forvaltningsmyndighedernes legitimitet er således begrænset, hvilket også må have betydning for effekten af netværksstrategier, der i høj grad bygger på evnen til at etablere fælles forståelse og tillid.

Bevidst om disse begrænsninger anvendes en strategi, som hverken kan ses som en hierarkisk strategi eller som en decideret netværksstrategi, men derimod en strategi, der relaterer sig specifikt til samarbejdet med professionelle aktører. Strategien består i, at forskerne, som en gruppe af professionelle, kommer til at fungere som mellemmand mellem forvaltningsmyndighederne og de praktiserende læger. Hvor planlagt strategien har været fra forvaltningsmyndighedernes side er svært at sige, men på baggrund af interviews med repræsentanter fra både forskerne, regionen og kommunen fremstår det mere som en strategi, der er opstået som følge af omstændighederne. Som det ses i både case 1 i forhold til at sikre de praktiserende

læger i Randers' opbakning til projektet og i case 2 i forbindelse med den løbende kontakt til lægerne, så varetages en betydelig del af koordineringen med de praktiserende læger gennem Institut for Folkesundhed. Dette er umiddelbart en interessant situation, idet forskerne først og fremmest er evaluatore på projektet. Denne koordinerende rolle kunne i høj grad skyldes den faglige legitimitet, som forskerne besidder, og som, at dømme ud fra interviewene med repræsentanterne fra projektet, gør de praktiserende læger mere lydige. Forskerne har dermed den legitimitet, der skal til for at kunne bære netværksstrategierne. Fra forvaltningsmyndighedernes perspektiv kan den aktive inddragelse af forskerne i kontakten til de praktiserende læger ses som en proxy-strategi, hvor man anvender det værdifællesskab og den anseelse, der kan være mellem de professionelle aktører til at sikre sig en opbakning som man ikke på egen hånd ville kunne opnå. Hvor Region Midt varetager den mere konfrontatoriske forhandlingsstrategi med PLO-Midtjylland får forskerne samtidig en rolle som består i at gyde vandene og derigennem øge sandsynligheden for et gunstigt udfald på forhandlingerne. På samme vis er det forskerne og ikke sundhedscentret, der får hovedansvaret for den løbende informationsdeling med lægerne, hvilket igen kan skyldes den viden, forskerne har om projektet. Man kunne således argumentere for at kommunen, regionen og forskerne i fællesskab styrer implementeringen og driften ved at arbejde tæt sammen om en koordineret indsats for at sikre lægernes deltagelse og fortsatte koordinering i projektet.

Samarbejdet mellem forskere, region og kommune er ikke nødvendigvis overraskende, idet alle tre aktører har en fælles interesse i at realisere forskningsprojektet, men i princippet er det interessant, at forvaltningsmyndighederne anvender en uafhængig aktør for at sikre realiseringen af et tværsektorielt projekt. Dette kan på den ene side ses som et eksempel på, hvordan forvaltningsmyndighederne tilpasser sig omstændighederne vedrørende samarbejdet med professionelle aktører og anvender en indirekte strategi til at sikre styringen af projektet. Omvendt kan det også ses som et udtryk for, at koordineringen og styringen af et samarbejde med professionelle aktører foregår på nogle helt andre præmisser, hvor de professionelle indtager en selvstændig og afgørende rolle og faktisk får mulighed for at metastyre koordineringen. Fra flere interviewpersoner er det blevet indikeret, at projektet næppe var blevet til noget, hvis det ikke havde involveret en forskningsmæssig evaluering. Dette illustrerer tydeligt, hvor vigtig en rolle forskerne spiller i projektet. Dermed er koordineringen af TDH ikke blot et eksempel på en hybrid mellem netværk og hierarki, men også at koordineringen er betinget af nogle helt specifikke omstændigheder vedrørende samarbejdet med professionelle aktører, der relaterer sig til disse aktørers faglige værdier og interesser. Dette sætter grundlæggende nogle begrænsninger for forvaltningsmyndighedernes evne til at styre disse aktører.

Af ovenstående diskussion præsenteres der argumenter, der i forskellig grad betoner forvaltningsmyndighedernes evne til at styre koordineringen af TDH. På den ene side er der flere eksempler på, at forvaltningsmyndighederne har mulighed for at opstille rammerne for projektet og derigennem styre de øvrige aktørers handlerum. På den anden side er der en række omstændigheder ved samarbejdet med

professionelle aktører, som gør, at forvaltningsmyndighederne i højere grad indgår som en samarbejdspartner på lige fod med de øvrige aktører. Forvaltningsmyndighederne er således i mindre grad i stand til at styre det løbende samarbejde, idet de professionelle besidder ressourcer, som er centrale for gennemførelsen af projektet.

I governance-litteraturen (Sørensen & Torfing 2007: 233) er der en fortløbende debat om, hvorvidt forvaltningens manglende evne til at styre andre aktører i en netværkskontekst medfører et demokratisk underskud. Dette er ligeledes relevant i lyset af ovenstående diskussion, hvor det fremhæves, at de professionelle aktører, som ikke direkte er underlagt demokratisk kontrol, får en vigtig rolle i udformningen af TDH. Spørgsmålet bliver således om et samarbejde som det i forbindelse med TDH er et eksempel på at forvaltningen, og dermed i sidste instans borgerne, må afgive indflydelse, og ydermere, hvorvidt dette i sig selv er et demokratisk problem. Dette kan ses fra forskellige vinkler.

På den ene side kan man argumentere for, at regionen og kommunen, via deres rammesættende roller, formår at sikre den demokratiske legitimitet i projektet i og med, at begge aktører sørger for at holde projektet indenfor de politisk godkendte rammer for projektet.

På den anden side ses det, at forskerne har haft en betydningsfuld rolle i forbindelse med implementeringen af projektet i den kommunale setting, og derfor kunne man umiddelbart se dette som problematisk i forhold til styringskæden fra byrådet til udførelsen i sundhedscenteret. Modsat må det dog konstateres, at de demokratiske mekanismer sikres ved, at implementeringen er sket som et led i en politisk aftale om et implementeringsprojekt, hvor den forskningsmæssige evaluering er et vigtigt aspekt, ligesom kommunalt ansatte forestår helbredstjekket. Man kan derfor sige, at det forhold, at forskningsdelen er en del af bevillingen for projektet, medfører, at den tætte koordinering mellem forskere og kommune er legitim i et demokratisk perspektiv.

Omvendt har analysen vist, at der er flere aspekter uden for forvaltningens kontrol, både i forhold til forskerne, der som nævnt ovenfor, får stor betydning for den konkrete implementering og drift af projektet, men særligt også i forhold til de praktiserende læger, hvis bidrag i projektet forvaltningen kun kan sikre indirekte gennem netværksstrategier. At forvaltningen ikke kan styre lægerne kan i princippet ses som et demokratisk problem, idet lægerne ikke nødvendigvis agerer helt som forvaltningen kunne ønske sig. Dette bliver problematisk idet regionen og kommunen som demokratiske valgte organisationer er afhængige af produktion fra en uafhængig aktør i et politisk vedtaget projekt. Anlægger man et outcome perspektiv på demokratisk legitimitet (Sørensen & Torfing 2007: 239) kan både forskerne og lægerne ses som *stakeholders* for nogle samfundsmæssige interesser, idet lægerne på den ene side repræsenterer varetagelsen af befolkningens sundhed, og forskerne er med til, at sikre at TDH rent faktisk har en effekt. I dette perspektiv styrker inddragelsen af lægerne og forskerne forvaltningens demokratiske legitimitet ved at sikre at outcome

af forvaltningens policy rent faktisk afspejler den virkelighed, som den implementeres i. Idet lægerne kender til virkeligheden i almen praksis, og ligeledes har nogle professionelle værdier og ekspertviden i forhold til patientbehandling, er det sandsynligt at de praktiserende lægers involvering medfører, at projektet, på den ene eller anden måde, tilpasses det, som efterspørges i samfundet. Hvorvidt TDH er et eksempel på demokratisk underskud skal således først og fremmest ses i lyset, hvem man anskuer som legitime repræsentanter for samfundets divergerende interesser.

Kapitel 10: Konklusion (CMN & JBC)

I dette speciale er koordineringen mellem hierarkisk ligestillede aktører i et mandateret partnerskab blevet undersøgt på baggrund af et tværsektoralt implementeringsprojekt placeret i Randers kommune. Dette er dels blevet gjort ved at undersøge, hvilke koordineringsstrategier, der tages i anvendelse. Da projektet kan anskues som et mandateret partnerskab, ventes aktørernes værdier, interesser og ressourcer at have betydning for koordineringen af projektet. Det er derfor også blevet undersøgt, *hvorfor* de identificerede koordineringsstrategier tages i anvendelse.

Problemstillingerne er blevet undersøgt på baggrund et multiple embedded casestudium med to faser i policy-processen vedrørende TDH. Case 1 omfatter den indledende etablering af projektet, og case 2 omfatter implementeringen og driften af projektet.

Analysen af koordineringsstrategier har taget udgangspunkt i operationaliseringen af en række strategier baseret på henholdsvis hierarkiske koordineringsmekanismer og netværksmekanismer. Analysen har vist, at der i koordineringen af TDH både tages hierarkiske strategier og netværksstrategier i anvendelse. I det følgende vil analysens resultater blive opsummeret i forhold til de enkelte strategier.

Hierarkiske strategier:

Hierarkiske strategier er operationaliseret i to kategorier; rammesætning og styringsinstrumenter. Indbygget i definitionen af hierarkiske strategier ligger en forventning om, at det vil være forvaltningsmyndighederne, der har mulighed for at anvende disse strategier. Det er således ikke i sig selv overraskende, at analysen af koordineringsstrategier i TDH viser, at det er forvaltningsmyndighederne, der anvender hierarkiske strategier. Det interessante er dog hvilke typer strategier, de anvender og hvorfor.

I koordineringen af TDH ses det, at Region Midt og Randers kommune hovedsageligt anvender *rammesætning* som hierarkisk strategi. Forvaltningsmyndighederne har kun begrænset mulighed for direkte at styre de øvrige aktører, men grundet forvaltningsmyndighedernes formelle autoritet, som ansvarlig for henholdsvis aflønningen af Almen Praksis og driften af projektet, samt de omfattende økonomiske ressourcer de har til rådighed, har forvaltningsmyndighederne ressourcerne til at sætte rammerne for projektet. Denne rammesætning beror også på en diskursiv legitimitet, som kommer af, at forvaltningsmyndighederne står som repræsentanter for politikerne og dermed borgerne. Rammesætningen ses blandt andet ved, at regionen opstiller nogle konkrete forventninger til projektets udformning, og ved at kommunen får ansvaret for dagsordenen i styregruppen. Dermed kan forvaltningsmyndighederne sikre, at koordineringen af projektet er styret af nogle specifikke rammer. I analysen fremgår det, at rammerne for projektet bliver etableret i case 1, og at både kommune og region i case 2 anvender den etablerede rammesætning, når det bliver aktuelt.

Derved sikrer både regionen og kommunen, at deres overordnede interesser i projektet bliver varetaget. For regionens vedkommende handler det om at sikre, at projektet kan danne grundlag for fremtidig implementering i resten af regionen; for kommunen handler det om at sikre, at projektet kan implementeres i en kommunal sammenhæng. Rammesætningen anvendes således til at sikre, at projektet er i overensstemmelse med de grundlæggende interesser som forvaltningsmyndighederne måtte have.

Anvendelsen af *styringsinstrumenter* ses i mindre grad. Eftersom udgangspunktet for TDH netop er, at det er et samarbejdet baseret på hierarkisk ligestillede aktører, stemmer dette overens med forventningen om, at forvaltningsmyndighederne i mindre grad vil have mulighed for at koordinere samarbejdet gennem direkte styring. Et eksempel er dog oprettelsen af en koordinerende instans, personificeret ved projektlederen for TDH i Randers Sundhedscenter. Dette kan være en måde for forvaltningsmyndighederne til at sikre mere kontrol med projektet. Her er det interessant, at regionen er med til at aflønne projektlederen, hvilket også kan ses som en måde, *hvorpå regionen potentielt kan sikre sig større indflydelse på driften, som regionen ellers ikke er direkte involveret i.*

I det løbende samarbejde i styregruppen ses det ligeledes, at kommunen gør brug af en uformel form for delegering og monitorering. Dette er dog ikke direkte baseret på formelle beføjelser, men må i højere grad være baseret på kommunens diskursive legitimitet som repræsentant for borgerne i Randers kommune. *Kommunen anvender denne uformelle styring til løbende at sikre, at projektet bliver implementeret og driftet i overensstemmelse med dennes interesser.*

Det kan således konkluderes, at forvaltningsmyndighedernes hierarkiske strategier hovedsageligt er baseret på rammesætningen af projektet, både helt overordnet i forhold til projektets udformning, men også i forhold til at placere sig i centrale positioner i projektet. Rammesætningen kan anvendes, fordi forvaltningsmyndighederne har nogle afgørende ressourcer til rådighed, der giver dem muligheden for at udøve indflydelse på projektet, selvom forvaltningsmyndighederne ikke har formel autoritet til at pålægge de andre aktører at agere inden for disse rammer. Dette giver kommunen mulighed for løbende at styre implementeringen og driften i case 2. Regionen henviser derimod til rammesætningen i tilfælde, hvor projektet er ved at bevæge sig uden for de oprindeligt etablerede rammer. *Rammesætningen anvendes således til at sikre forvaltningsmyndighedernes grundlæggende interesser.*

Netværksstrategier:

Netværksstrategierne er i operationaliseringen blevet opdelt i fire kategorier; forhandling, inklusion, informationsdeling og uformelle relationer. Da undersøgelsen af TDH dels er motiveret af det faktum, at der er tale om hierarkisk ligestillede aktører, var det på forhånd forventningen, at netværksstrategier ville blive taget i anvendelse, da samarbejdet bygger på en høj grad af frivillighed. Det interessante bliver dermed igen, hvilke typer netværksstrategier, der bliver taget i anvendelse og hvorfor.

Det ses i analysen, at alle fire strategier kommer i anvendelse i koordineringen af TDH, men i forskellig grad og i forskellige sammenhænge.

Forhandling fremstår som en central netværksstrategi som alle de involverede aktører tager i anvendelse. I case 1 anvendes strategien under formaliserede rammer i forhandlingen mellem PLO-Midtjylland og Region Midt. I case 2 foregår forhandlingen hovedsageligt i styregruppen mellem de involverede parter. Som det ses i forbindelse med § 2-forhandlingerne, anvender regionen forhandling som strategi, *når der er en potentiel interessekonflikt, som ikke kan løses gennem rammesætning*. PLO-Midtjylland indgår ligeledes aktivt i forhandlingerne for at sikre at TDH er i *overensstemmelse med de praktiserendes lægers professionelle projekt*. Både i case 1 og 2 fremstår forhandling som en strategi for at løse interessekonflikter; i case 2 relaterer det sig særligt til *kommunens interesser i at sikre en realistisk implementering af helbredsundersøgelsen overfor forskernes hensyn til forskning*.

Forhandlingsstrategien må i høj grad tillægges det faktum, at både forvaltningsmyndighederne og de professionelle aktører besidder ressourcer, som de øvrige aktører er afhængige af. Forvaltningsmyndighederne besidder den formelle autoritet til at igangsætte projekterne og har tilmed de økonomiske ressourcer til at finansiere blandt andet de praktiserende lægers deltagelse. De professionelle aktører besidder derimod specialiseret viden og en diskursiv legitimitet som repræsentanter for henholdsvis god forskning og lægestanden. Aktørerne er således på mange måder ligebyrdige i samarbejdet, hvilket betyder, at der ikke er en aktør, der kan gennemtrumfe sin agenda, *men at parterne er nødsaget til at forhandle og diskutere sig frem til beslutninger*. Det fremgår dog samtidig, at forhandlingsstrategien som oftest foregår inden for de overordnede rammer, som forvaltningsmyndighederne har etableret og dermed ikke udfordrer deres fundamentale interesser.

Inklusion som strategi anvendes både af forskere, kommune og regionen til at skabe forståelse for hinandens prioriteter. Dermed bliver inklusion en strategi, *der anvendes til at sikre egne interesser ved at skabe forståelse for disse interesser blandt de øvrige aktører*. Denne inklusion foregår særligt i styregruppen. Herudover fremstår inklusion som en strategi, der særligt tages i anvendelse af forskerne. Dette skyldes de ressourcer, der relaterer sig til forskerne som professionelle aktører: De har en højt specialiseret viden angående forskningsprojekter og opnår ligeledes en diskursiv legitimitet som fortalere for den forskningsmæssige evaluering, som vægtes højt af de øvrige aktører, heriblandt særligt de praktiserende læger. Dermed kan forskerne bruge deres ressourcer til at skabe forståelse for og opbakning til ikke blot forskningsprojektet, men projektet som helhed. Dette ses i begge cases. Selvom kommunen, region og forskerne er fælles om at sikre de praktiserende lægers opbakning til projektet, fremstår forskerne som den bærende aktør, *idet forskernes gennem deres præsentationer af de forskningsmæssige aspekter for de praktiserende læger, er med til at skabe forståelse for værdien i projektet*. I case 2 anvender forskerne strategier baseret på inklusion i koordineringen med kommunen, hvor det er vigtig at opnå kommunens

forståelse for de krav forskningsprojektets rammer sætter for implementeringen. Inklusion fremstår således som en *strategi, der anvendes af aktører, der besidder vigtig viden og som har en diskursiv legitimitet, der gør andre aktører lydhøre*. For forskerne bliver inklusion en måde at sikre deres interesser ved at skabe opbakning til egne værdier vedrørende vigtigheden af evidensbaseret forskning. Samtidig bliver det en måde til at sikre autonomi i relation til deres professionelle projekt ved, gennem etablering af fælles forståelse for vigtigheden af en korrekt forskningsmetode at mindske de øvrige aktørers indblanding i forskningsdesignet. Regionen, kommunen og forskerne forsøger også at koordinere de praktiserende *lægers deltagelse i projektet gennem inklusion for at bibeholde fokus og opbakning til projektet*. Dette fungerer blandt andet ved at repræsentanter fra de praktiserende læger er tilknyttet styregruppen. Eftersom de praktiserende læger er en kollektiv aktør har denne strategi dog begrænset effekt, da inddragelsen af styregruppelægerne ikke automatisk skaber en fælles forståelse for projektet blandt de øvrige praktiserende læger i kommunen. *Inddragelsen af styregruppelægerne kommer dermed i højere grad til at fremstå som en strategi, der skal sikre, at projektet ikke kommer på tværs af lægernes interesser*.

Informationsdeling som strategi anvendes af aktørerne i styregruppen til at holde hinanden opdateret på, hvad der foregår i deres respektive dele af projektet. Strategien kommer især i brug i koordineringen mellem Randers Sundhedscenter og koordinatorkontoret på Institut for Folkesundhed. Informationsdelingen går begge veje og anvendes for at *sikre at parterne er gensidigt informerede om*, hvad der løbende foregår i forhold til forskningsprojektet og i forhold til driften, hvilket letter koordineringen. Dette ses eksempelvis i informationsdelingen til de kommunale medarbejdere, som skal være klædt på til at foretage helbredstjekket, ligesom informationsdelingen fra kommunen sikrer, at den forskningsmæssige evaluering stemmer overens med løbende driftshensyn. *Informationsdelingen skal således ses som en strategi, der anvendes til at sikre fortsat og løbende koordinering mellem de involverede aktører*. Ligesom med inklusion bliver denne strategi vigtig for forskerne. Dette må igen tilskrives den specialiserede viden, som forskerne er nødt til at dele med de øvrige aktører for at de øvrige aktørers opgaveudførelse ikke kommer på tværs af forskningsdesignet. Forskerne bliver ligeledes bærende for informationsdelingen til de praktiserende læger. Dette må dels tilskrives forskernes konkrete viden om det forskningsmæssige aspekt, men samtidig bunder det også i den diskursive legitimitet forskerne har i forhold til de praktiserende læger, ikke mindst på grund af visse af forskernes kendskab til de praktiske forhold i Almen Praksis. Det ses hermed også, at det meste af koordineringen med de praktiserende læger i forbindelse med den løbende drift og implementering er baseret på informationsdeling. Dette må tilskrives det faktum, *at den letteste måde at sikre koordinering med de praktiserende læger, som både er begrænsede på tid og samtidig er en kollektiv aktør, givetvis vil være gennem løbende opdateringer via mail og andre kommunikative værktøjer*. I sammenligningen af de to cases ses det ligeledes, at informationsdeling i hovedreglen tages i anvendelse i case 2, *hvilket sandsynligvis hænger sammen med, at det i højere grad er i driften og implementeringen end i den indledende planlægning, at aktørerne løbende har behov for at holde hinanden opdaterede*.

Uformelle relationer ses at have en betydning i begge cases. Der er ikke så meget tale om en strategi, men nærmere en omstændighed, der på *mere eller mindre intenderet vis er med til at lette koordineringen mellem ligestillede aktører*. I case 1 spiller uformelle relationer en lille, men betydelig rolle, idet uformelle bekendtskaber mellem forskerne og lægerne er med til at lette indgangsvinklen til de praktiserende læger. I case 2 er både samarbejdet i styregruppen og koordineringen mellem sundhedscentret og koordinatorkontoret på Institut for Folkesundhed præget af en uformel omgangsform og interviewpersonerne giver alle udtryk for, at der eksisterer et godt forhold mellem repræsentanterne, hvilket medfører større lydhørhed og kompromisvillighed. *Interviewpersonerne indikerer, at det er noget, som er med til at styrke samarbejdet og koordineringen, og at det er en omstændighed som aktørerne drager fordel af i samarbejdet.*

Som det fremgår af ovenstående er en stor del af koordineringen af TDH baseret på netværksstrategier. Dette kan yderligere tilskrives det faktum, at de involverede aktører deler nogle grundlæggende fælles værdier og interesser, hvilket i højere grad muliggør anvendelsen af netværksstrategier, da aktørerne har et fælles udgangspunkt for at samarbejde. Samtidig har de respektive aktører nogle specifikke interesser som de søger at varetage i samarbejdet gennem forskellige netværksstrategier.

Det kan således konkluderes, at der i koordineringen af TDH anvendes flere forskellige netværksstrategier. Netværksstrategierne anvendes af både forvaltningsmyndighederne og de professionelle aktører for at sikre egne interesser gennem forhandling og etableringen af gensidig forståelse ved inklusion. Det ses at netværksstrategierne i et vist omfang anvendes af forskerne, idet gennemførelsen af valid forskning kræver forståelse blandt de øvrige aktører. Samtidig besidder forskerne specialiseret viden og en diskursiv legitimitet, som gør anvendelsen af netværksstrategier særligt relevant for forskerne, idet deres ressourcer gør anvendelsen af netværksstrategier særdeles effektiv. I case 1, hvor de praktiserende lægers interesser i projektet er på spil, anvender PLO-Midtjylland forhandling som netværksstrategi. I case 2 hvor de praktiserende lægers interesser er sikrede, anvender lægerne tilsyneladende ikke aktivt koordineringsstrategier. Dette kan til dels tilskrives lægernes begrænsede fokus på projektet og dels det forhold at lægerne, som kollektiv aktør, ikke er organiseret hierarkisk.

Hvorfor anvendes koordineringsstrategierne? Samlet set har analysen vist, hvordan aktørernes valg af koordineringsstrategier beror på de ressourcer, som aktørerne har til rådighed. Herigennem søger aktørerne at sikre deres interesser i samarbejdet. Samtidig viser analysen også, at det indledningsvise værdifællesskab vedrørende valid forskning skaber et udgangspunkt, der letter koordinering på baggrund af netværksstrategier. Dette er ikke ensbetydende med, at aktørerne er enige om alting, men der er en grundlæggende villighed til at samarbejde, hvilket fordrer strategier baseret på for eksempel forhandling og inklusion. Denne betragtning styrkes af den omstændighed, at forvaltningsmyndighederne først og fremmest anvender hierarkiske strategier i de tilfælde, hvor de skal sikre interesser, som der ikke nødvendigvis er enighed om.

Studiet af TDH styrker antagelsen i det statscentrerede governance-perspektiv om, at forvaltningen fortsat spiller en rolle i styringen af samfundet. Ydermere viser analysen, at styringen af projektet er baseret på en hybrid mellem netværk og hierarki. Specialets bidrag til denne debat er først og fremmest at vise, hvordan denne kombination af netværk og hierarki konkret finder anvendelse i konteksten af et lokalt implementeringsprojekt. Samtidig bidrager specialet med indsigter i forhold til den rolle professionelle aktører kommer til at spille i styringen og koordineringen af et sådant projekt. Det vises, hvordan de professionelle aktørers vigtige ressourcer bevirker, at forvaltningen i høj grad må indgå i ligeværdige samarbejder med dem for at sikre implementeringen af projektet. Samtidig ses det i analysen, at der opstår en situation, hvor forvaltningsmyndighederne søger at styre samarbejdet indirekte gennem og i samspil med de professionelle aktører. For eksempel ved at trække på forskernes legitimitet til at sikre de praktiserende lægers opbakning til projektet. Hermed kan de professionelle aktører indtage en relativt selvstændig og endog styrende rolle, som gør, at de kan få konkret indflydelse på udmøntningen af projektet. På den måde er de professionelle i stand til at influere samarbejdet med forvaltningen og dermed forme projektet i overensstemmelse med deres værdier og interesser.

Specialets anvendelighed:

Ovenstående analyse fokuserer på de konkrete forhold, der forklarer anvendelsen af koordineringsstrategier i policy-processen vedrørende et enkelt implementeringsprojekt. Det er derfor relevant at diskutere, hvorvidt disse resultater kan bidrage med viden, som ligger udover denne analyse. Indledningsvis bør det nævnes, at hovedformålet med specialet ikke har været at fremkomme med en konklusion, som er gyldig i alle sammenhænge på tværs af tid og sted. Pointen med den dybdegående, komparative case-tilgang har været at forklare anvendelsen af koordineringsstrategier i en meget specifik kontekst.

Ikke desto mindre vil det blive diskuteret, hvorvidt specialets resultater vil kunne finde anvendelse i andre kontekster. TDH kan ses som et tværsektorielt implementeringsprojekt tæt integreret med et forskningsprojekt. Man kan således argumentere for, at man vil kunne anvende resultaterne fra dette speciale til at kvalificere en hypotetisk deduktiv tilgang til en undersøgelse af lignende projekter. Eksempelvis vil man kunne opstille hypoteser vedrørende aktørernes ressourcer i forhold til anvendelse af koordineringsstrategier, ligesom man vil have mulighed for at opstille kvalificerede hypoteser for de enkelte aktørers anvendelse af strategier. Modsat vil man i mindre omfang være i stand til at slutte fra resultaterne i dette speciale til anvendelse af koordineringsstrategier i andre cases. Det ses eksempelvis af, at kontekstuelle forhold spiller en vigtig rolle for anvendelsen af givne netværksstrategier.

Man kan dog argumentere for, at specialets resultater kan anvendes til at sige noget mere generelt om koordineringsstrategier, der finder anvendelse i forhold til projektdrevne samarbejder i tværsektorielle projekter. Resultaterne viser således, at kommunen og regionen anvender rammesætningsstrategier for at

sikre deres interesser i projektet, mens de inden for de rammer anvender netværksstrategier. I lignende tværsektorielle projekter kunne man forvente at se en tilsvarende kombination af anvendte strategier. Samtidig ses det i dette speciale, at forskerne og lægerne, de professionelle og faglige eksperter, anvender netværksstrategier til at sikre deres faglige interesser i projektet. Disse indsigter kan anvendes bredt i både governance- og professionsorienterede studier, da anvendelsen af koordineringsstrategier kan ses som en konkretisering af de professionelles interessevaretagelse i interaktionen med forvaltningsmyndigheder, mens disse strategier ligeledes bidrager med indsigter, som er relevante for forståelsen af styringen af professionelle aktører. Det er således plausibelt, at man i lignende projekter med inddragelse af professionelle aktører ville se samme type strategier anvendt.

Analysen af anvendelsen af koordineringsstrategierne på aktørniveauet giver en dybdegående forståelse for, hvorfor disse bliver anvendt, men resultaterne i specialet peger ligeledes i retning af, hvorfor de enkelte strategier har en effekt i forhold til at sikre koordineringen mellem forvaltningsmyndighederne og de professionelle. I og med koordinering af eksempelvis patientforløb på tværs af sektorgrænser i den offentlige sektor er af stor betydning for borgernes oplevelse af den service, der bliver leveret, bidrager specialet potentielt med indsigter, som vil være anvendelige i disse kontekster.

Samtidigt er det interessant at implementeringen af et projekt, der i princippet er et tilbud til borgerne i Randers kommune, i høj grad er blevet en realitet på grund af involveringen af forskere, der ikke formelt er tilknyttet kommunen. Derfor kunne det være interessant i andre sammenhænge at undersøge hvilken betydning inddragelsen af forskere, som professionelle mediatorer, har for tilblivelsen af evidensbaserede implementeringsprojekter, hvor stærke professioner såsom de praktiserende læger, spiller en nøglerolle. Hermed bliver specialet også et oplæg til fremtidige undersøgelser af, hvordan eksperter mere direkte kan inddrages i partnerskaber i kommunale og regionale sammenhænge for dermed at styrke policy og output.

Abstract: Mastering Coordination: A qualitative study of the application of coordination strategies in a mandated partnership (CMN & JBC)

The complexities and demands of the welfare state necessitate greater cooperation across and beyond the public sector. A way to facilitate this is through mandated partnerships in which collaboration is partly imposed on separate actors. A mandated partnership can therefore neither be defined as a classic hierarchal structure, nor as a network cooperation based solely on voluntarism. Coordination is thus expected to involve both hierarchal and network based coordination strategies. The specific combination of strategies in a given partnership is dependent on the values, interests and resources of the involved actors. In this context, it is particularly interesting which strategies will be used and why.

Following the governance and coordination literature combined with theoretical insights from the study of professions, this master's thesis aims to explain which coordination strategies are being applied in the coordination of a Danish cross sector mandated partnership "Tjek dit helbred" (*Check your health (Literal translation)*) (TDH). TDH is a cooperation between 4 key actors; the Central Denmark Region, the municipality of Randers, the general practitioners (GP) of Randers Municipality and an evaluating science unit from Aarhus university. The project was chosen as the focus of the thesis due to the fact that it allowed for the analysis of coordination between the public administration and professional actors, which are often defined by their high degree of independence. The research design of the thesis is based upon a multiple embedded case study focusing on two key phases in the policy process surrounding TDH. The analysis was conducted using multiple sources of qualitative data including semi-structured interviews with representatives of the actors involved and a deductive research method. The theoretical insights regarding coordination strategies were subdivided into an operational set of concepts. Hierarchal coordination were subdivided into two main strategies; framing and management tools, whereas network coordination is subdivided into four strategies: Negotiation, inclusion, information sharing and informal relations. The purpose of the operationalization was to allow for the analysis of coordination strategies used by actors involved in a project of a rather limited scope. On this basis, the analysis presents thorough insights into the actual strategies being conducted by the actors as well as why these exact strategies were used.

The conclusions of the thesis are that TDH is coordinated by a hybrid of hierarchal and network coordination strategies. Framing is being used by both levels of local government to ensure critical interests within the project. Moreover nested within the frames being set up by the local governments there is widespread use of network strategies, which is partially based on the fact the actors share some initial values regarding preventive health care. The conclusion also points out that the science unit has a key role to play in securing coordination with the GP through network strategies. This is due to the understanding between the two professional actors and the shared value concerning evidence based knowledge.

Litteraturliste (CMN & JBC)

Abbott, Andrew (1988) "The system of professions: An essay on the division of expert labor". Chicago: University of Chicago Press.

Albæk, Erik (2005). "EKSPERTER KAN VÆRE GODE NOK, MEN ... Om fagkundskabens politiske vilkår i dansk demokrati" (Magtudredningen). Aarhus universitetsforlag.

Alexander, Ernest R. (1995) "How Organizations Act Together: International organizational Coordination in Theory and practice". Amsterdam: OSA.

Andersen, Lotte Bøgh; Binderkrantz, Anne Skorkjær & Hansen, Kasper Møller (2012). "Forskningsdesign" Kapitel 3 i "Metoder i statskundskab" 2. Udgave. HANS REITZELS FORLAG.

Biech, Anders (2011) "Systematiske helbredstjek hos egen læge bygger på en skandale i tre akter" Ugeskrift for læger. 13.06.2011 Side 72

Bell, Stephen & Hindmoor, Andrew (2009). "Rethinking Governance the centrality of the state in modern society". Cambridge University press

Bendix, Henrik W. ; Digmann, Annemette; Jørgensen, Per; Pedersen, Kjeld Møller (2012). "Hospitalsledelse – Organisatorisk fænomen og faglig disciplin". Gyldendal

Benson, J. K. (1975). The interorganizational network as a political economy. Administrative Science Quarterly, 20(2).

Bouckaert, Geert; Peters, Guy B. & Verhoest, Koen (2010). "The coordination of public sector organizations". Palgrave Macmillan

Brint, Steven (1994). "In an age of experts". Princeton university press.

Burrage, Michael; Jaraus, Konrad & Siegrist, Hannes (1990). "An Actor-based framework for the study of professions". I "PROFESSIONS IN THEORY AND HISTORY Rethinking the study of professions" Burrage, Michael & Thorstendahl, Rolf(red.). SAGE publications.

Byrkjeflot, Haldor & Gulbrandsøy, Kari (2013). "Både hierarkisk styring og nettverk. En studie av utviklingen i styringen af norske sykehus", Tidsskrift for samfunnsforskning, vol. 54, no. 4, pp. 463-491.

Börzel, Tanja A. & Panke, Diana (2007, 2008) "Network Governance: Effective and Legitimate?" i "Theories of Democratic Network Governance". Redigeret af Eva Sørensen og Jacob Torfing. PALGRAVE MACMILLAN.

Christensen, Jørgen Grønnegård; Christiansen, Peter Munk; Ibsen, Marius (2011). "Politik og forvaltning" 3. Udgave. Hans Reitzels Forlag.

Clavier, Carole & de Leeuw, Evelyn (2013) "Framing public policy in health promotion: ubiquitous, yet elusive" i "Health Promotion and the Policy process". Redigeret af Carole Clavier & Evelyn de Leeuw. Oxford University Press

Elklit, Jørgen & Jensen, Henrik (2012) "Kvalitative datakilder" Kapitel 5 i i "Metoder i statskundskab" 2. Udgave. HANS REITZELS FORLAG.

- Freidson, Elliot (2001): "Professionalism The third logic". Polity Press
- Halpert, B. P. (1982). "Antecedents" i "Interorganizational coordination: Theory, research and implementation. Redigeret af D. L. Rogers & D. A. Whetten. Ames: Iowa State University Press.
- Hansen, Steen Juul (2014). "Professioner, de professionelle og deres opgaver". Kapitel 3 i "Professionelle i velfærdsstaten" Redigeret af Hansen, Steen Juul(red.). Hans Reitzels Forlag. P 65-103.
- Hardy, C., & Phillips, N. (1998). Strategies of engagement: Lessons from the critical examination of collaboration and conflict in an interorganizational domain. *Organization Science*, 9(2), 217-230.
- Harrits, Gitte sommer; Pedersen, Carsten Strømbæk & Halkier, Bente (2012) "Indsamling af interviewdata" Kapitel 6 i "Metoder i statskundskab" 2. Udgave. HANS REITZELS FORLAG.
- Hunter, David J. & Perkins, Niel(2014). " Partnership working in public health" Policy press
- Hupe, Peter & van der Krogt, Theo (2013). Kap. 4 "Professionals dealing with pressures" i "Professionals under pressure." Redigeret af Noordegraaf & Steijn, Bram. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Jakobsen, Mads Leth (2012). Kap 7 "Kvalitativ analyse: Kodning og dybtgående tekstanalyse" i "Metoder i statskundskab" 2. Udgave. HANS REITZELS FORLAG.
- Jespersen, Peter Kragh (2005). "Mellem profession og management". Handelshøjskolens Forlag.
- Joensen, Anne Sofie Kjær; Kousgaard, Marius Brostrøm; Bureau, Viola (2014). "Pursuing professional interests at the local policy level: A comparative case study". *Professions & Professionalism* vol 4 No 3 (2014).
- Jørgensen, Torben Beck & Vrangbæk, Karsten (2005). "Det offentlige styringsunivers. Fra government til governance?". Magtudredningen. Århus.
- Keast, Robyn; Mandell, Myrna & Brown, Kerry (2006). " Mixing State, market and network
- Kjær, Anne mette (2004). "Governance". Polity
- Krogsbøll, Lasse T; Jørgensen, Karsten Juhl; Grønhøj, Larsen Christian; Gøtzsche Peter C. "General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease": *Cochrane systematic review and meta-analysis* 2012; 345 :e7191
- Kvale, Steinar & Brinkmann (2009). "InterView : Introduktion til et håndværk". Hans Reitzels forlag
- Larsen, Klaus (2010) "Almen praksis: Helbredstjek? - Tak, helst ikke!" *Ugeskrift for Læger* 16.08.2010.
- Larson, Margali Sarfatti(1977). "The rise of professionalism". Los Angeles: University of California press.
- Lauritzen, Torsten (2012). "Helbredsundersøgelser og –samtaler" *Ugeskrift for Læger* 05.11.2012. Side 79.
- Lauritzen, Torsten; Borch-Johnsen, Knut & Sandbæk, Anneli (2014). "Helbredstjek nedbringer altså dødeligheden" <http://politiken.dk/debat/kroniken/ECE2391908/helbredstjek-nedbringer-altsaa-doedeligheden/> . 11.09.2014. Tilgået 18.06.2015

Lauritzen, T; Jensen, MS; Thomsen, JL; Christensen, B; Engberg, M (2008): "Health tests and health consultations reduced cardiovascular risk without psychological strain, increased healthcare utilization or increased costs. An overview of the results from a 5-year randomized trial in primary care. The Ebeltoft Health Promotion Project (EHPP)". Scand J Public Health 2008 Aug;36(6):650-661.

Laeger.dk (a) "Kollegiale regler for læger"

http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/R%C3%A5dgivning%20og%20regler/ETIK/KOLLEGIALE_REGLER_FOR_LAEGER . Tilgået 01.07.2015

Laeger.dk (b) "Lægeforeningens etiske regler"

http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/R%C3%A5dgivning%20og%20regler/ETIK/LAEGEFORENINGENS_ETISKE_REGLER Tilgået 01.07.2015

Laeger.dk (c) "Kodeks for lægefaglig rådgivning "

http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=8420869.PDF Tilgået 01.07.2015

Laeger.dk (d) : "Hvad er lægeforeningen"

http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/MELD_DIG_IND/HVAD_ER_LF Tilgået 02.07.2015

Laeger.dk (e) : " § 2 aftaler og andre aftaler"

http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Overenskomster/2AFTALER_OG_ANDRE_AFTALER Tilgået 02.07.2015

Laeger.dk (f) : "PLOrientering [;Anvendelse af ydelse 0120]"

http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Om%20PLO/PLOrientering/PLOrientering%20-%20Arkiv/PLOrientering%202011/PLOrientering%20d.%2028.%20juni%202011 Tilgået 26.07.2015

Laeger.dk (g) : "Lægeforeningens medlemmer"

<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/Om%20L%C3%A6geforeningen/ORGANISATION/%C3%85rsm%C3%B8der/L%C3%A6gem%C3%B8de%202007/%C3%85rsberetning/L%C3%A6geforeningens%20medlemmer> Tilgået 27.07.2015

Lyngaard, Kennet (2015) "Dokumentanalyse" i "Kvalitative metoder: En grundbog" Redigeret af Brinkmann, Svend & Tangaard, Lene. Hans Reitzels Forlag.

Muzio, D. and I. Kirkpatrick (2011), Introduction: professions and organizations – a conceptual framework. Current Sociology, 59(4), pp. 389-405

Peters, B. Guy (2008) "Virtuous and Vicious Circles in Democratic Network Governance" I Theories of Democratic Network Governance". Redigeret af Eva Sørensen og Jacob Torfing. PALGRAVE MACMILLAN.

Pettigrew, A. M. (1973). The politics of organizational decision-making. London: Tavistock.

Rainey, Hal G. (2014). Essential Texts for Nonprofit and Public Leadership and Management : Understanding and Managing Public Organizations (5th Edition). John Wiley & sons, Incorporated.

Randers.dk (a). "Sund i Randers" <http://sundhed.randers.dk/FrontEnd.aspx?id=3294%20> Tilgået 20.07.2015

Randers.dk (b) "Politiske visioner ". <http://sundhed.randers.dk/FrontEnd.aspx?id=67829> Tilgået 20.07.2015

Randers.dk (c) " Sundhedspolitik " <http://sundhed.randers.dk/FrontEnd.aspx?id=192696> Tilgået 20.07.2015

Randers.dk (d) " Om Randers sundhedscenter" <https://sundhedscenter.randers.dk/FrontEnd.aspx?id=45891>
Tilgået 21.07.2015

Randers.dk (e) "Tjek dit helbred" <http://sundhed.randers.dk/FrontEnd.aspx?id=70194> Tilgået 23.07.2015

Randers.dk (f) "Budgetbemærkninger 2012-15: Bind 1: Drift"
<https://www.randers.dk/FrontEnd.aspx?id=53715> Tilgået 27.07.2015

Rasmussen, Susanne Reindhal; Fredslund, Eskild Klausen; Munksgaard, Pia Pinholt; Sandbæk, Anneli; Maindal, Helle Terkildsen(2014): KORA: "En omkostningsanalyse af den indledende fase af 'Tjek dit helbred' i Randers Kommune".

Region Midt (2012). "§2-aftale om implementering af forebyggende helbredssamtaler i Randers Kommune".
<http://tdh-praksis.dk/Materiale/Ny%20hjemmeside/L%C3%A6ger/C2%A72aftale%20-%20Forebyggende%20helbredssamtaler%2006-03-12.pdf> Tilgået 23.07.2015

Rhodes, R. A. W. (1997). "Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability". Open University Press. Buckingham.

Rodríguez, Charo; Langley, Ann; Béland, François; Jean-Louis, Denis (2007). "Governance, Power, and Mandated Collaboration in an Interorganizational Network" *Administration & Society*; Apr 2007; 39, 2 p 150-193.

RLTN & PLO (2014) "Vejledning i anvendelse af Overenskomstens ydelser". Regionernes Lønnings- og Takstnævn, Praktiserende Lægers Organisation.
http://www.laeger.dk/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=10623108.PDF Tilgået 02.07.2015

RM.dk (a). "Ledelses- og Styringsgrundlag" http://www.rm.dk/siteassets/om-os/organisation/koncern-hr/ledelses-og-styringsgrundlag/ledelses--og-styringsgrundlag_opdateret-marts2013.pdf Tilgået 20.07.2015

RM.dk (b) " Sundhedsaftalen 2015-2018" . http://www.rm.dk/siteassets/om-os/aktuelt/nyheder/sundhedsaftale_enkeltsider_korr15.pdf Tilgået 21.07.2015

Rutgers, Mark R. & Overeem, Patrick (2014) "Book review: Public values in Public administration". *Journal of public administration research and theory* 24 (2) : 267 – 535.

Røiseland, Asbjørn & Vabo, Signy Irene (2014). "Styring og samstyring – governance på norsk". Fagbokforlaget

Scharpf, Firtz W. (1994). "GAMES REAL ACTCTORS COULD PLAY – POSTIVE AND NEGATIVE COORDINATION IN EMBEDDED NEGOTOATIONS". *Journal of Theoretical politics* 6(1). pp 27-53.

Scott, W. Richard (2008). "Lords of the dance: professions as institutional agents". *Organization Studies*, 29, pp. 219-238.

Sørensen, Eva & Torfing (2007). "Studying local networks through observation and diaries" kapitel 7 i "Methods in democratic network governance". Redigeret af Bogason, Peter & Zølner, Mette. PALGRAVE MACMILLAN.

Sørensen, Eva & Torfing, Jacob (2008 a). "Theoretical Approaches to Governance Network Dynamics" i "Theories of Network Governance". Redigeret af Eva Sørensen og Jacob Torfing. PALGRAVE MACMILLAN.

Sørensen, Eva & Torfing, Jacob (2008 b). "Theoretical Approaches to Metagovernance" i "Theories of Democratic Network Governance". Redigeret af Eva Sørensen og Jacob Torfing. PALGRAVE MACMILLAN.

Sørensen, Eva & Torfing, Jacob (2008 c). "Theoretical Approaches to Democratic Network Governance" i "Theories of Democratic Network Governance". Redigeret af Eva Sørensen og Jacob Torfing. PALGRAVE MACMILLAN.

Van Dyke, Vernon (1962). "Values and interests", i American Political Science Review, vol. 56, issue 03.

Tdh-praksis.dk (a) "Gratis helbredsundersøgelse" <http://tdh-praksis.dk/Materiale/Ny%20hjemmeside/Borger/19-08-2014%20Invitationer%20Vers%207.pdf> Tilgået 03.07.2015

Tdh-praksis.dk (b) "Hvem skal til lægen efter helbredsundersøgelsen?" <http://tdh-praksis.dk/Materiale/Ny%20hjemmeside/L%C3%A6ger/Hvem%20skal%20til%20l%C3%A6gen.pdf> Tilgået 03.07.2015

Tdh-praksis.dk (c) "Tjek dit helbred er et forskningsprojekt" <http://tdh-praksis.dk/Materiale/Ny%20hjemmeside/L%C3%A6ger/Tjek%20dit%20helbred%20er%20et%20forskningsprojekt.pdf> Tilgået 21.07.2015

Tdh-praksis.dk (d) "Flowchart" <http://tdh-praksis.dk/Materiale/6.%20Tjek%20dit%20helbred%20-%20Hvad%20g%C3%A5r%20det%20ud%20p%C3%A5/Flow%20for%20borgeren%20-%2085r%20-%200-0%202013-06-05.pdf> Tilgået 23.07.2015

Tdh-praksis.dk (e) "Informationsbrev" <http://tdh-praksis.dk/Materiale/Ny%20hjemmeside/Borger/2014-10-01%20Infolder%20version%203%20konditest.pdf> Tilgået 23.07.2015

Torfing, Jacob (2007) "A comparative and Multi-level Analysis of Governance Networks: a Pilot Study of Employment Policy" kapitel 2 I "Methods in democratic network governance". Redigeret af Bogason, Peter og Zølner, Mette. PALGRAVE MACMILLAN

Triantafillou, Peter (2008). "Governing the Formation and Mobilization of Governance Networks" kapitel 10 i "Theories of Democratic Network Governance". Redigeret af Eva Sørensen og Jacob Torfing. PALGRAVE MACMILLAN.

Trygfonden.dk (a) "Helbredstjek i Randers" <http://www.trygfonden.dk/nyheder/2012/08/helbredsundersogelser-i-randers> Tilgået 26.07.2015

Winter, Søren C. & Nielsen, Vibeke Lehmann (2008). "Implementering af politik". Academica.

Yin, Robert K. (2014). "Case study research: Design and methods" Fifth edition. SAGE.

Zølner, Mette; Rasmussen, Iben Ørum; Hansen, Allan Dreyer (2007) "Qualitative Interviews: Studying Network Narratives" i " kapitel 6 i "Methods in democratic network governance". Redigeret af Bogason, Peter & Zølner, Mette. PALGRAVE MACMILLAN.

Bilag (CMN & JBC)

Bilag 1 Interviewguide

<p>Indledning:</p>	<p><i>Vi vil gerne sige tak for, at du har tid til at deltage.</i></p> <p><i>[1] vil føre ordet, mens [2] vil følge op løbende.</i></p> <p><i>Er det i orden med dig, hvis vi optager samtalen?</i></p> <p><i>Tjek dit helbred er jo et kendt projekt, så det vil fremgå af specialet, at dette er vores fokus. Du vil blive omtalt i kraft af din stilling, men ikke ved navns nævnelse.</i></p> <ul style="list-style-type: none"><i>• Sende transskriberede interview.</i> <p><i>Vi vil gerne interviewe dig vedrørende din deltagelse og involvering i [etableringen, §2 forhandlingen, driften og implementeringen af TDH].</i></p> <p><i>Vores speciale kommer til at handle om hvordan koordineringen af projektet foregår.</i></p>
<p>Proces</p>	
<p>Afdækker hvordan der blev/bliver interageret</p> <p><i>Afdække processerne omkring hans/hendes involvering i projektet</i></p>	<ul style="list-style-type: none">Indledningsvist vil vi gerne have dig til at give en introduktion til din stilling og hvordan du er involveret i Tjek dit helbred?<ul style="list-style-type: none">○ Hvordan blev du involveret i projektet?Kan du beskrive din arbejdsgang/opgaver i forhold til implementering og drift/forhandlingerne, etablering?Hvordan koordinerer du dit arbejde med de øvrige repræsentanter i Implementeringen og driften af Tjek dit helbred/forløbet om § 2-aftalen?

<p><i>Afdække uformelle fora for samarbejde (Der kan spørges ind til)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Hvem samarbejder du med? ○ I hvor høj grad holder I hinanden opdateret/deler information? Hvordan? Hvad vil du mene hensigten med dette er? ○ Hvornår mødes du med de personer, du har kontakt med? Har I kontakt på andre måder? Fx over telefon og mail? ○ Er der nogen, du har mere med at gøre?
<p>Hierarki og netværk</p>	
<p><i>Er relationerne mellem deltagerne i projektet præget af hierarki eller netværk, i givne fora.</i></p> <p>Hvordan fungere interaktionen i dagligdagen?</p> <p>Netværk/Hierarki?</p> <p>Løses konflikter via netværksstrategier?</p> <p>Er der særlige regler, procedurer og rammer for samarbejdet?</p> <p>Står de hierarkiske beslutninger til diskussion?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • For at kunne komme lidt i dybden med den måde i samarbejder/koordinerer på, vil vi gerne snakke lidt om de fora/samarbejdsrelationer (henvis til fora hun/han lige har været inde på, f.eks. styregruppen) du har nævnt: <p>Kan du beskrive et typisk møde/jeres samarbejde?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan besluttet dagsordenen? ○ Hvem tager initiativ til nye forslag? ○ Hvordan opnår i enighed om beslutninger? ○ I hvilken udstrækning er det dit indtryk, at der er enighed om projektet? ○ Når der opstår uenighed om en given beslutning, hvordan når I så frem til en løsning? – Giv gerne et konkret eksempel. <p>Nu vil vi gerne spørge lidt ind til rammerne for projektet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Spørgsmål relateret direkte til hierarki:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan fordeler i udgifterne i forbindelse med projektet? – Hvem giver midlerne? ○ Kan du give en beskrivelse af hvordan arbejdsfordelingen er blevet bestemt? Er det dit indtryk, at fx [Regionen, kommunen, Forskerne] har haft større indflydelse på indretningen af samarbejdet end andre? ○ Har du som repræsentant for [] haft mulighed for at påvirke disse rammer for samarbejdet?

Overgang:	Indtil videre har vi mest snakket om de formelle rammer for samarbejdet og hvordan I samarbejder der.
Er der uformelle kontakter og relationer mellem parterne (netværk)? Hensigten med disse: Hvorfor anvendes netop disse strategier?	<ul style="list-style-type: none"> • Men er der nogle dele af samarbejdet du vil karakterisere som mere uformelt? – I modsætning til fx planlagte møder. Det kunne være mailudveksling, opringninger, tilfældige møder(..) <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan blev denne (arbejds)relation etableret? ○ Kan du beskrive samarbejdet? ○ Hvorfor arbejder I løbende på denne måde? ○ Hvilke styrker ser du ved et mere uformelt samarbejde?
Overgang	Jeg synes, at vi har fået et rigtig godt indblik processerne i forhold til implementeringen/forhandlingerne og det er meget interessant at høre, hvordan I samarbejder, men for lige at summere på det så kunne det være interessant at høre,
Er der tillid mellem parterne? Kan indirekte afdække interessekonflikter Forsøger at afdække tillid mellem parterne ved indirekte spørgsmål	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan vil du beskrive dit forhold til de øvrige repræsentanter? Oplever du fx et sammenhold med de andre repræsentanter? <ul style="list-style-type: none"> ○ Når du tænker tilbage på starten, vil du sige at forholdet mellem jer som repræsentanter har udviklet sig over tid? ○ Føler du, at I har tillid til hinanden?
Ressourcer	I forlængelse af det, vi lige har snakket om, så vil vi gerne høre lidt om dine tanker om de forskellige repræsentanters betydning for samarbejdet.
Er der nogen aktører i samarbejdet/beslutningsprocessen, som har spillet en fremtrædende rolle? Enten hierarkisk koordinerende funktion eller pga. ressourcer.	<ul style="list-style-type: none"> • Er der nogen, som du vil mene har været særlig vigtig i forhold til projektet/forhandlingerne, og fx holde øje med at det forløber efter planen? Hvorfor? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan vil du beskrive din egen rolle i TDH/forhandlingerne? ○ <i>[Profession]: Har du anvendt din viden som [Læge, forsker,] til at påvirke processen eller specifikke aspekter i forløbet?</i>

<p>Hvilken rolle spiller informations og vidensressourcer? –</p> <p>Indirekte mål af hensigt:</p> <p>Diskursiv legitimitet.</p> <p>Økonomiske ressourcer. Diskursiv legitimitet</p> <p>Formel autoritet</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ I hvor høj grad oplever du, at [lægerne, forskerne, kommunen, regionen] trækker på deres viden og kompetencer i samarbejdet/forhandlinger? Spiller nogle aktører en større rolle end andre på grund af deres specifikke viden. Hvorfor tror du det forholder sig sådan? ○ Kunne det skyldes viden og kompetencer? ○ Er der nogle aktørers interesser i samarbejdet i tager særligt hensyn til?
<p>Værdier og interesser</p>	
<p>Introduktion til interesser og værdier</p>	<p>Nu vil vi gerne høre om din rolle som repræsentant for [], og hvilke tanker du i den forbindelse har gjort dig om projektet.</p>
<p>Hvordan karakteriserer interviewpersonen aktørens værdier.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan vil du beskrive jeres værdier som [kommune, region, forsker, læge]? <ul style="list-style-type: none"> ○ Videnskabelig, faglig, politisk, administrativ? ○ I konkrete konfliktsituationer, har du så oplevet at dit/jeres værdigrundlag adskilte sig fra nogle af de øvrige?
<p>Hvilke interesser har aktørerne?</p> <p>I hvor høj grad tager aktørerne hensyn til allerede eksisterende projekter i deres organisation, når de involverer sig i projektet.</p> <p>Er der overensstemmelse med andre interesser, og interesserne i TDH.</p> <p>Forsøger de professionelle at beskytte deres professionelle projekt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Du repræsenterer [organisation/faggruppe], Hvilke interesser har I, I projektet og hvordan forsøger du at varetage denne [organisations/faggruppes] interesser i samarbejdet? <ul style="list-style-type: none"> ○ ○ ○ Er projektet TDH, i overensstemmelse med de Sundhedsfaglige[Læger]/videnskabelige[Forskere]/ sundhedspolitiske[Region/kommune] målsætninger i har? ○ Hvilke overvejelser har i gjort jer, i forhold til de økonomiske aspekter ved dette projekt? – Kan du uddybe det? ○ Hvilke faglige ○ Hvilke administrative

<p>Søger kommunen og regionen, lægerne, forskerne, at varetage deres organisations mål?</p> <p>Indirekte afklaring af Interviewpersonens / aktørernes værdier og interesser.</p> <p>Autoritet til at få gennemført mål (interesse)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvis I som [læger, kommune, region, forskere] selv kunne bestemme udformningen af projektet, hvordan skulle det så se ud? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvorfor? ○ Hvad er dit eller din organisations mål med at deltage i Tjek dit helbred? ○ Føler du, at der er mulighed for at opnå dette mål?
<p>Opsummering</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Du har nu fortalt [] om samarbejdet. Her til sidst vil vi gerne høre, hvorfor du tror, samarbejdet fungerer som det gør?
<p>Afslutning</p>	<p>Vi har nu været gennem de spørgsmål, vi gerne ville stille og her til sidst vil vi bare gerne spørge, om du har noget du vil tilføje, eller noget, du vil spørge om?</p>

Bilag 2 Kodebog

Proces - deskriptiv

Arbejdsopgaver: Hvilke arbejdsopgaver har den enkelte. *Kategorien anvendtes til at skabe empirisk overblik, og danner ikke direkte udgangspunkt for analysen.*

Fora: I hvilke formelle og uformelle fora bliver der koordineret. *Kategorien anvendtes til at skabe empirisk overblik, og danner ikke direkte udgangspunkt for analysen.*

Konsensus: Enighed om proces og/eller mål. *Kategorien anvendtes til at skabe empirisk overblik, og danner ikke direkte udgangspunkt for analysen.*

Konflikt: Uenighed om proces og/eller mål. *Kategorien anvendtes til at skabe empirisk overblik, og danner ikke direkte udgangspunkt for analysen.*

Læger: Referencer til lægerne. *Kategorien anvendtes til at skabe empirisk overblik, og danner ikke direkte udgangspunkt for analysen.*

Om samarbejdet: Overvejelser om hvorfor det fungerer, som det gør. *Kategorien anvendtes til at skabe empirisk overblik, og danner ikke direkte udgangspunkt for analysen.*

Koordineringsstrategier

Netværksstrategier:

Forhandling: Fora for forhandling, diskussion, dialog.

Inklusion: Inddragelse af aktører, etablering af fælles forståelse, fælles vision. Uddannelsesfora.

Informationsdeling: Kommunikative værktøjer. Videregivelse af information.

Uformelle relationer: Diskussion af projektet i andre sammenhænge, snak om personlige relationer, snak om tillid mellem partnere.

Hierarkiske strategier:

Rammesætning: Dagsorden og referat, udformning af projektet, inddragelse af aktører, regler og procedurer, budgetkontrol

Styringsinstrumenter: Ordre, oprettelsen af koordinerende instanser, delegering, monitorering

Bevæggrunde

Ressourcer:

Formel autoritet: Benævnelse af forvaltningsmyndighedernes autoritet til at træffe beslutninger.

Viden og information: Nødvendig viden og information koncentreret hos en af aktørerne.

Økonomiske ressourcer: Omtale af økonomiske forhold i kraft af deres anvendelighed.

Diskursiv legitimitet: Henvisninger til bagland eller idealer som aktørerne repræsenterer.

Værdier:

Forvaltningsmyndighedernes værdier: Administrative og politiske værdier: Referencer til mere overordnede og abstrakte idealer og prioriteter, mission.

Professionelle værdier: Faglige værdier, patienthåndtering, forskning, autonomi

Interesser:

Interesser: Formålet med projektet, hensyn i projektet, hensyn til øvrige interesser.

Økonomiske interesser: Henvisninger til økonomiske hensyn

Bilag 3 Styregruppereferater og dato for deltagende observation

Nedenfor ses en liste over modtagne styregruppereferater, samt dato for deltagende observation ved styregruppemøder for Tjek dit helbred.

04.10 2011 Referat

14.02 2012 Referat

16.03 2012 Referat

10.04 2012 Referat

22.05 2012 Referat

13.06 2012 Referat

24.08 2012 Referat

10.12 2012 Referat

23.01 2013 Referat

03.05 2013 Referat

09.09 2013 Referat

17.01 2014 Referat

17.03 2014 Referat

19.06 2014 Referat

17.09 2014 Referat

25.11 2014 Referat

05.02 2015 Referat. Deltagende observation

21.05 2015 Deltagende observation