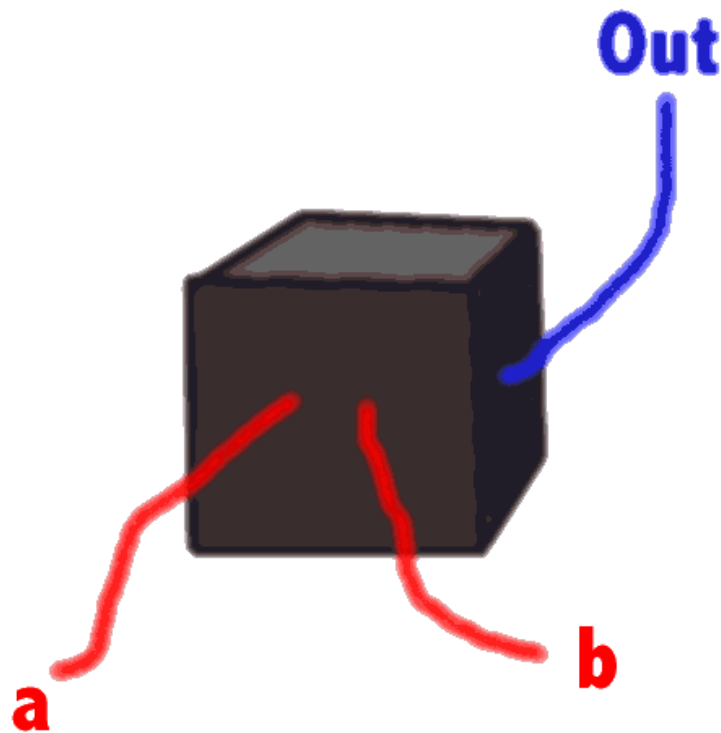


Organisations- og ledelsesdelen af telemedicinsk sårsvurdering er en black box



Poul Erik Ormstrup Jakobsen
Masterafhandling januar 2014
MPA, Aalborg Universitet
Vejleder Janne Seemann

Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Abstract.....	5
Kapitel 1. Udgangspunkter og problemfelter.....	6
1.1 Baggrund.....	6
- Telemedicin i Danmark.....	6
- Diabetiske fodsår.....	7
- Business case for national implementering af telemedicinsk sårvurdering.....	9
- Kort om egen organisering.....	10
- Problemstilling.....	11
- Telemedicin i interorganisatorisk perspektiv – indledende refleksioner.....	12
- Systemiske netværk.....	12
- Multidisciplinært team.....	13
- Ledelse af multidisciplinært team.....	14
1.2 Problemfelter.....	15
1.3 Problemformulering.....	16
1.4 Fokuspunkter og afgrænsning.....	16
- Fokus i mit 3. semesters Master projekt.....	16
- Fokus i min Masterafhandling.....	16
- Afgrænsning fra triade til dyade.....	17
Kapitel 2. Ændringsstrategisk tænkning og implementeringsperspektiver i den nationale business case.....	19
- Analyse af business casens ændringsstrategiske tænkning.....	19
- Implementeringsperspektiver i den nationale business case.....	24
Kapitel 3. Teori og metode.....	25
3.1 Om valgte teoretiske optikker.....	25
- Introduktion.....	25
- Alter & Hage: Om interorganisatoriske netværk.....	25
- Brown: Konflikt i interorganisatoriske netværk.....	26
- Haugland: Succesfaktorer og faldgruber.....	28
- Gustafsson: Netværksledelse i interorganisatoriske netværk.....	29
3.2 Valg af metode.....	30
- Design.....	31
- Tematisering.....	32
- Interviewmetode.....	32
Kapitel 4. Analyse.....	34
4.1 Karakteristik af de to undersøgte netværk.....	34
- Indledende overordnede betragtninger.....	34
- De to undersøgte netværk i Odense og Bispebjerg/København.....	36
4.2 Fokus på grænsefladen.....	38
- Interorganisatorisk konflikt.....	38

- Brændpunktsanalyse.....	40
- Brændpunktsanalyse af interviewdata.....	42
- Opsamling på brændpunktsanalyse.....	48
- Fokus på bagvedliggende årsager til konflikt.....	50
<i>4.3 Succesfaktorer og faldgruber.....</i>	<i>53</i>
- Succesfaktorer.....	54
- Faldgruber.....	57
- Delkonklusion på succesfaktorer og faldgruber.....	58
<i>4.4. Implikationer for interorganisatorisk ledelse.....</i>	<i>59</i>
- Omgivelserne og netværkets parter.....	60
- Netværksstrategien.....	61
- Netværksrelationer.....	62
- Netværkssystemer.....	64
- Netværkskompetencer.....	65
- Netværkskultur.....	66
- IO-lederes rolle.....	67
- Opsamlende bemærkninger om implikationer for interorganisatorisk ledelse	69
Kapitel 5. Konklusion og diskussion.....	71
<i>5.1 Hvilke organisatoriske og ledelsesmæssige erfaringer og udfordringer har der været i de to systemiske netværk i Odense og København/Bispebjerg?.....</i>	<i>71</i>
- Karakteristik af de to systemiske netværk.....	71
- Har der været kritiske samarbejdsrelationer mellem parterne?.....	72
- Hvilke succesfaktorer og faldgruber har der været?.....	73
- Diskussion af implikationerne for interorganisatorisk ledelse.....	74
<i>5.2 Diskussion af problemstillingerne fra 3. semesters undersøgelsen.....</i>	<i>79</i>
<i>5.3 Samlet konklusion.....</i>	<i>82</i>
<i>5.4 Perspektivering.....</i>	<i>82</i>

Forord

Denne afhandling markerer afslutningen på masteruddannelsen MPA på Aalborg Universitet. Den er mit beskedne bidrag til at kaste lys på organisations- og ledelsesdelen i et af de netværksbaserede telemedicinske projekter, der nu står på dagsordenen i det danske sundhedsvæsen. Organisations- og ledelsesdelen er generelt underbelyst i telemedicin.

Det har været et privilegium at få lov at vende tilbage til det akademiske læringsmiljø efter en lang pause ude i "det virkelige liv" i det danske sundhedsvæsen. MPA uddannelsen har strakt sig over fire semestre og vi har løbende haft fornøjelsen at blive undervist af en stjerneække af danske og internationale forskere og lærebogsforfattere. Der har i den forbindelse været rig mulighed for nogle gode og inspirerende faglige diskussioner. Samtidig har det dog både været nyt for mig og interessant at studere efter "problem based learning" modellen, som Aalborg Universitet er kendt for. Det har fungeret rigtig godt på mit hold, hvor vi lige fra starten har suppleret hinanden godt og kunnet bidrage med hver vores vinkel fra de faglige miljøer, vi har færdes i til daglig. Jeg er derfor også taknemmelig for muligheden for sparring og refleksion fra så mange inspirerende studiekammerater. En særlig tak til min læsegruppemakker Claus, som jeg har haft mange gode diskussioner med. Claus måtte desværre droppe ud under tredje semester på grund af andre arbejdsmæssige udfordringer, og jeg har herefter kørt solo i forbindelse med opgaveskrivningen men bestemt fortsat følt mig som en del af holdet.

I forbindelse med opgaveskrivningen på tredje og fjerde semester har jeg behov for at sende en meget stor tak til min vejleder Professor Janne Seemann. Hendes altid positive tilgang, smittende entusiasme og konstruktive kritik har været en stor støtte ikke mindst i forbindelse med selve masterafhandlingen.

Til sidst en særlig tak til min hustru Tina for hendes enestående støtte og tålmodighed under hele studieforløbet og i særdeleshed i de sidste hektiske måneder. En tidligere MPA studerende advarede mig ved studiestart om, at det nær havde kostet hendes ægteskab. Denne profeti blev heldigvis ikke aktuel i mit tilfælde!

Abstract

The organization and management part of telemedical ulcer treatment is a black box

Telemedicine has become popular in the Danish health care sector in recent years. The reason for this is that telemedicine is believed to provide the potential to raise the quality of care, to make the courses of treatment more efficient and to reduce the costs of the treatment. At the same time the technology makes it possible to offer the patients the same treatment, no matter whether they live in the periphery of the Danish map or just opposite the leading university hospital. However, there is still a lack of large scale projects and the evidence for the expected effects is sparse.

While focus has been on the technology, the economy, and partly the user part of telemedicine, the organization and management part in the telemedicine projects generally remains underexposed in the scientific literature. This is especially the truth for the Danish national implementation program for the telemedical treatment of diabetic foot ulcers, where the organization and management part is a black box.

The objective of this master thesis has been to examine the experiences and challenges of organization and management in two systemic networks in Denmark where telemedicine has been used in small scale for the treatment of diabetic foot ulcers for the last three years. To examine this I wanted to characterize the two networks and to identify whether there had been conflicts between the parts of the network and identify factors of success and traps in the collaboration. Finally I wanted to discuss the implications for interorganizational management and to compare the results with the results of my third semester project, where I had examined the strategic change thinking and the implementation perspective of the business case for national implementation of telemedical treatment of ulcers.

In conclusion I found that there had been only few conflicts between the parts and at the same time the presence of all of the essential factors of success in the relations of collaboration, so the gross experiences of organization and management in the two small scale projects had been positive. However, there are major differences in the size and basis of the two small scale projects and of the business case for national implementation. In addition the strategic change management and the implementation perspective is very different in the two settings. For the latter a bottom up approach in the small projects has turned to a top down approach in the national large scale implementation.

Serious considerations whether the national implementation initiative in fact is going to succeed should therefore be taken and further investigation, especially in large scale projects, is advised.

Kapitel 1. Udgangspunkter og problemfelter

1.1 Baggrund

Telemedicin i Danmark

Telemedicin er i de seneste år blevet populært i den danske sundhedssektor.

For eksempel mener man, at telemedicin rummer potentialet til at øge behandlingskvaliteten, effektivisere behandlingsforløb og mindske udgiftsniveauet for behandlingen. Samtidig gør teknologien det muligt at give patienter den samme behandling, uanset om de bor i udkanten af danmarkskortet eller skråt over for Rigshospitalet (1). Der er dog indtil videre ikke særligt mange large scale projekter og evidensen for de forventede effekter er sparsom.

Den ændrede befolkningsdemografi med et stigende antal ældre, syge og kronikere, en medicinsk/teknologisk udvikling med en stadigt bedre og bredere palet af behandlingstilbud, en stigende forventning i befolkningen til kvalitet i behandlingen uden ventetid og ikke mindst en vigende del af befolkningen i den arbejdsdygtige alder til at finansiere udgifterne til sundhedsvæsenet har skabt et voldsomt krydspres, som gør, at nødvendiggør et betydeligt antal effektivitets- og kvalitetsforbedrende projekter nu og i den nærmeste fremtid, herunder også flere telemedicinske projekter.

Men hvad forstås egentlig ved telemedicin? Begrebet er ved simple søgninger både dårligt og bredt defineret. Ifølge Dansk Selskab for Klinisk telemedicin defineres det som "Digitalt understøttet sundhedsfaglig ydelse over afstand". En velkendt og simpel telefonkonsultation mellem den praktiserende læge og patienten er således en telemedicinsk ydelse. Omvendt er moderne og højteknologiske løsninger som for eksempel robotkirurgi, hvor operationsrobotten betjenes af en specialist på fjernafstand, et eksempel på telemedicin i den anden ende af den teknologiske skala. Imellem disse to yderpoler ligger telemedicinsk sårbehandling, hvor kontrollen og behandlingen af borgere med for eksempel diabetiske fodsår delvist er flyttet ud fra hospitalsambulatorierne til borgernes eget hjem og kommunikationen og billeddokumentationen mellem hjem og hospital foregår via en fælles webbaseret e-journal.

De tekniske muligheder for at flytte patientbehandlingen ud fra hospitalerne til primærsektoren – og endda helt ud i borgerens eget hjem - er i hastig fremmarch og begrænses for øjeblikket først og fremmest af teleselskabernes tilbud om tilstrækkelig båndbredde og datasikkerhed. (2)

Men mens der har været fokus på teknologien, økonomien og til dels brugerdelen af telemedicinen, har organisations- og ledelsesdelen i de telemedicinske projekter generelt været underbelyst i videnskabelige artikler og andet litteratur om telemedicin (3) Det gælder i særdeleshed i telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår, hvor organisations- og ledelsesdelen er en "black box".

Lad mig derfor i næste afsnit kort beskrive, hvad der er udgangspunkt for implementering af telemedicin til diabetiske fodsår i Danmark.

Diabetiske fodsår

Diabetes er et af de største sundhedsproblemer i Danmark idet ca. 306.000 danskere har diabetes, som er en kronisk sygdom. Diabetes kan medføre forandringer i kar og nerver, der medfører, at en person med diabetes har særlig risiko for udvikling af fodsår. Det skønnes, at ca. 22.000 danskere har diabetiske fodsår, og dertil kommer omkring 3.000 nye patienter med diabetiske fodsår hvert år. (4)

Sårene er kendetegnet ved, at de for en stor dels vedkommende tilses af en kommunal hjemmesygeplejerske i borgerens eget hjem, og at borgeren henvises til kontrol på en specialafdeling ved tvivl eller mistanke om forværring. Sårbehandlingen er derfor i høj grad et tværsektorielt samarbejde mellem kommune og hospital.

Der er en række udfordringer i behandlingsforløbet i dag. For eksempel at kommune og hospital ikke i tilstrækkelig grad kommunikerer om behandlingsplanen. Hjemmesygeplejen skal derfor ofte behandle og pleje de vanskelige sår uden en ekspert at rådføre sig med. Informationen fra hospitalet er ofte sparsom. Den praktiserende læge kan være svær at komme i kontakt med, og hjemmesygeplejerskerne må vente i de samme morgen-telefon-køer som andre patienter, når hun skal tale med en praktiserende læge. Desuden vil den praktiserede læge ikke kunne rådgive om sårbehandlingen på ekspertniveau.

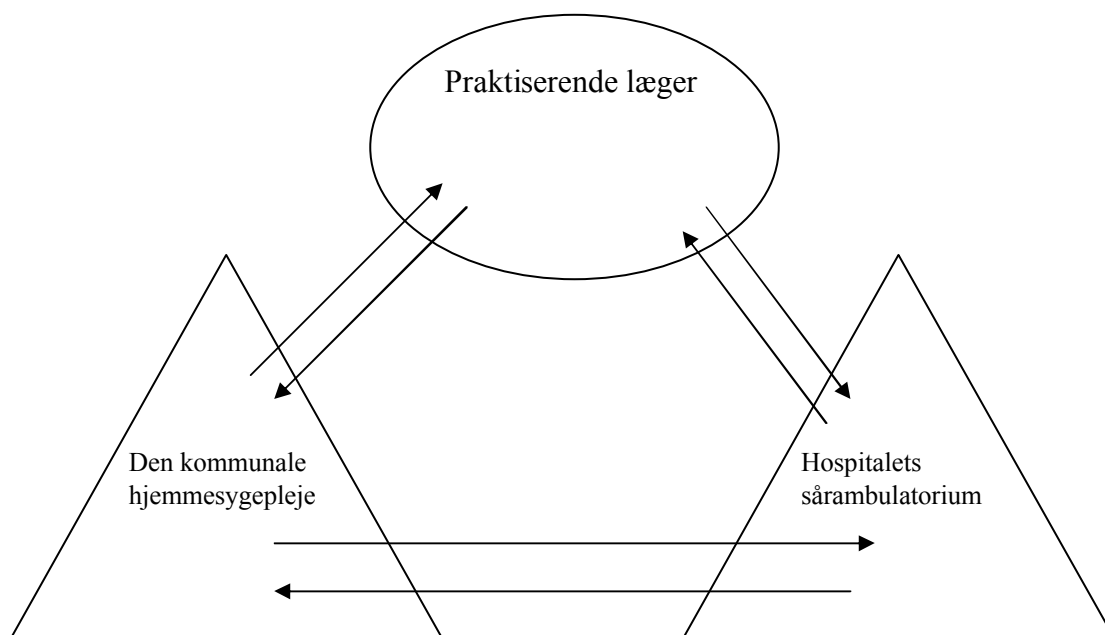
Det er kun få steder i Danmark, som har klare visitationsregler på området, og der er stor variation i henvisningsproceduren. De praktiserende læger og hjemmesygeplejen er ofte i tvivl om hvilken hospitalsafdeling, sårpatienterne skal henvises til. Sårbehandling udgør ikke

et selvstændigt speciale, og som følge heraf varetages behandlingen af mange forskellige specialer: Ortopædkirurger, plastikkirurger, medicinere og dermatologer. Som konsekvens af den mangelfulde kommunikation mellem sundhedsvæsnets sektorer bliver mange patienter med fodsår behandlet for sent eller tilfældigt afhængigt af den enkelte hjemmesygeplejerskes arbejdsmønster og viden om sårbehandling.

Når kommunikationen mellem hjemmesygepleje og hospital er mangelfuld eller helt fraværende, vil det ofte være patienten, der bliver bærer af information. Det kan opleves som meget belastende for patienten. Hjemmesygeplejersken kan have mange spørgsmål til, hvad eksperterne på hospitalet har sagt, og eksperterne spørger ind til, hvordan hjemmesygeplejersken behandler såret. Patienten kan ofte ikke svare fyldestgørende på spørgsmålene, og forventningen herom kan virke stressende på patienten. Når patienterne er i ambulatoriet, påvirkes de af den travle atmosfære og får ikke altid stillet de nødvendige spørgsmål særligt til lægerne. (5)

Set organisatorisk har vi altså tre parter i de nuværende sårbehandlingsforløb, som organisationslitteraturen kalder et systemisk netværk: Den praktiserende læge, den kommunale hjemmesygepleje og hospitalets sårambulatorium. Dette netværk danner således udgangspunkt for business casen for national implementering af telemedicinsk sårvurdering(5), som jeg vil introducere i næste afsnit.

Fig. 1.1 Det nuværende systemiske netværk i diabetes fodsårsbehandlingen



Forklaring til fig. 1.1.:

Som det ses, er der tre parter i det nuværende netværk og tre former for behandlingsforløb:

1) Forløb mellem den kommunale hjemmesygepleje og de praktiserende læger. Det er disse forløb som kritiseres i business casen blandt andet på grund af mangelfuld kommunikation og manglende ekspertviden.

2) Forløb mellem de praktiserende læger og hospitalets sårambulatorium. En del patienter følges i sårambulatoriet og kontrolleres mellem disse besøg ved egen læge, hvor en praksissygeplejerske også varetager den daglige sårbehandling.

3) Forløb mellem hospitalets sårambulatorium og den kommunale hjemmesygepleje, der varetager den daglige sårbehandling mellem de ambulante kontroller på hospitalet. Det er alene denne type forløb, som business casen fremover lægger op til.

Business Case for national implementering af telemedicinsk sårvurdering

Fonden for Velfærdsteknologi (tidligere ABT-fonden) har finansieret to telemedicinske sårprojekter i 2011, herunder et projekt i Region Sjælland og Region Syddanmark, ABT projekt 287 (6), hvor telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår er afprøvet. Løsningen i projektet går ud på, at en kommunal sygeplejerske tilser patientens sår i eget hjem og tager et billede af såret, som sendes til sygehuset i en webbaseret sårjournal, som både læge og sygeplejerske (og patient) har adgang til. Lægen kan dermed foretage en konsultation uden, at patienten er fysisk til stede.

Konklusionen på projektet var, at telemedicinsk sårbehandling var med god effekt. Der var dog flere begrænsninger, herunder det sparsomme antal patienter (N=23), som man opnåede i projektet. Der var imidlertid entydig begejstring for den telemedicinske konsultation hos projektdeltagerne, hvilket kom til udtryk gennem såvel de formelle fokusgruppeinterviews som de mere uformelle workshops, besøg mm, som blev gennemført i slutning af projektet.

Business Case for national implementering af telemedicinsk sårvurdering (5) blev efterfølgende udarbejdet af Digitaliseringsstyrelsen, National Sundheds-it (NSI) og Medcom i juni 2012. Formålet med initiativet var at udbrede telemedicinsk sårbehandling i alle kommuner og regioner, der ikke allerede anvendte det, med henblik på at frigøre tid i både kommuner og regioner, effektivisere behandlingen og forbedre kvaliteten af behandlingen. Som et led i udarbejdelsen af business casen havde en række klinikere fra hele landet med erfaring i telemedicinsk sårbehandling og en række kommunale sårsygeplejersker deltaget i

en workshop, hvor de havde medvirket til at kvalificere en række forudsætninger, som er lagt til grund i business casen.

Det har været vigtigt at inddrage ekspertviden om telemedicinsk sårbehandling, da de er blevet bedt om at vurdere situationen før og efter. Eksperterne i denne workshop var for manges vedkommende tidligere projektdeltagere i ABT-sårprojekterne.

Business casen og initiativet vedr. national udbredelse af telemedicinsk sårvurdering har som anført til formål at udbrede løsningen til alle kommuner og regioner i Danmark.

Gevinsterne i initiativet forventes at være:

- Kortere helingstid
- Mindre transport af skrøbelige patienter, herunder også besparelser på patienttransport
- Mindre tidsforbrug hos lægen på hospitalerne, der foretager korte telemedicinske konsultationer og i udgangspunktet kun ser patienter med de mest komplicerede sår i ambulatoriet
- Øget patienttilfredshed
- Øgede kompetencer hos den kommunale sygeplejerske gennem det mere direkte samarbejde med regionale sårsygeplejersker og læger.

Hermed er scenen sat for den nationale implementering af telemedicinsk sårvurdering af diabetiske fodsår. Som det imidlertid også er påpeget i business casen, er der store regionale forskelle i den nuværende organisering af behandlingen af de diabetiske fodsår. Jeg vil i første omgang se nærmere på den nuværende organisering i Region Nordjylland, som jeg selv har et særdeles godt kendskab til i min egenskab af daglig leder af Diabetesfodcenter Nordjylland.

Kort om egen organisering

I Region Nordjylland har behandlingen af diabetiske fodsår været baseret på et tværfagligt teamsamarbejde siden 2003 i form af Diabetesfodcenter Nordjylland, som fysisk er lokaliseret på Aalborg Universitetshospital. I det hospitalsbaserede team indgår speciallæger og specialistsygeplejersker fra endokrinologisk afdeling (Klinik Medicin), speciallæger og specialistsygeplejersker fra ortopædkirurgisk afdeling (Klinik Hoved-Orto) samt statsautoriserede fodterapeuter og ortopædisk skomager på kontraktbasis fra den private sektor.

Diabetesfodcenter Nordjylland modtager patienter til vurdering fra hele Region Nordjylland. Patienterne henvises fortrinsvis fra de praktiserende læger, men kan også henvises fra andre sygehuse eller andre afdelinger på Aalborg Universitetshospital. Endelig kan patienterne også i akutte tilfælde henvises direkte til vurdering fra den kommunale hjemmesygepleje.

Kommunikationen med primærsektoren foregår skriftligt dels via journalnotater, som skrives samme dag og sendes elektronisk til de praktiserende læger, dels via håndskrevne sygeplejenotater, som patienterne selv medbringer i form af en "vandrejournal". Desuden er der telefonisk kontakt mellem specialistsygeplejerskerne i Diabetesfodcenteret og de behandlende sygeplejersker i primærsektoren, enten praksissygeplejersker eller kommunale hjemmesygeplejersker. Der er således også mulighed for telefonkonsultation fra primærsygeplejerskerne til Diabetesfodcenteret alle hverdage mellem 8-15.

Udover den udbredte anvendelse af telefonkontakter benyttes i dag ikke telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår i Diabetesfodcenteret.

Det tværfaglige teamsamarbejde har således eksisteret i over 10 år og der er udviklet en høj grad af tillid mellem parterne, ligesom brugerne generelt oplever behandlingsforløbene som tilfredsstillende(7).

Andre steder i Danmark har man imidlertid organiseret sig i andre former for systemiske netværk. Det gælder således også den telemedicinske diabetesfodsårsbehandling baseret på henholdsvis samarbejdet mellem Odense Universitetshospital og Odense Kommunes hjemmesygepleje som det ene netværk, og samarbejdet mellem Bispebjerg Hospital og Københavns Kommunes hjemmesygepleje som det andet netværk. Det medfører derfor følgende problemstilling.

Problemstilling

Min problemstilling er drevet af nysgerrighed på organisations- og ledelsesområdet samt en vis skepsis og indignation over, at business casen ikke i sit udgangspunkt forholder sig til allerede eksisterende lokal organisering. Man forsøger at ensrette og homogenisere et meget differentieret system uden hensyntagen til lokale, regionale forhold, hvor mønstre, sædvaner og uskrevne regler for, hvordan man agerer, gradvist er vokset frem. Praksis hviler på gensidig accept af denne opgavefordeling. De lokale aktører, som udgøres af læger og andre sundhedsprofessionelle, skal finde mening og handle fornuftigt i forhold til organisationen og dens omgivelser. Man risikerer, at forandringsforsøgene støder ind i den lokalt etablerede

orden og logik. Desuden kan ideologiske og kulturelle forskelle mellem parterne i netværket udgøre barrierer for det top styrede samarbejdsprojekt.

For at se nærmere på denne problemstilling vil jeg nu betragte den telemedicinske sårbehandling i et interorganisatorisk perspektiv.

Telemedicin i interorganisatorisk perspektiv – indledende refleksioner

1) Systemiske netværk

De steder i Danmark, hvor man allerede har erfaring med telemedicinsk sårbehandling, samarbejder man i interorganisatoriske netværk.

Interorganisatoriske netværk defineres af Alter og Hage som sociale former af interorganisatorisk aktivitet omkring udveksling af information, koordineret handling og fælles opgaveløsning mellem enheder fra legalt separate organisationer, som udgør ikke-hierarkiske sociale systemer.(8)

I forbindelse med interorganisatorisk aktivitet er der tale om forskellige former for samarbejde med stigende forpligtelse og kompleksitet for de involverede parter:

I sin enkleste form indebærer det regelmæssige møder mellem de samvirkende organisationer, hvor man udveksler kontakter, information og fælles planlægning af grænseoverskridende aktiviteter.

En mere ambitiøs form for integreret samarbejde er, at de involverede organisationer indgår overenskomster om kliniske og andre retningslinjer, behandlingsprogrammer eller værdikæder af aktiviteter, som strækker sig over de organisatoriske grænser.

Det integrerede samarbejde mellem organisationer kan forstærkes yderligere gennem samlokalisering af personale fra de involverede parter, en budgetmæssig sammenlægning og ved en sammenkobling af informations- og andre it-systemer.

Alle disse former indeholder dog indslag af både vertikal og horisontal integrering af de deltagende organisationer. De enkelte organisationer udgør således "pyramider" af topstyrede, vertikale organisationsformer, der samtidigt samarbejder på tværs, horisontalt om specifikke projekter. Dermed er der tale om en meget kompliceret organisationsform, hvor de deltagende individer styres både horisontalt af deres teams og vertikalt af deres respektive moderorganisationer. Det kan indebære modstridende krav og forventninger, som

skaber bilaterale loyalitetskrav og sætter de deltagende individer i meget svære situationer.⁽⁹⁾ Det gælder således også i mine cases.

Interorganisatoriske netværk kan inddeles på basis af deres strukturelle egenskaber. Alter og Hage (8) anvender fem variable:

1) Centralitet: I hvilken grad, der er en central kerne i netværket.

2) Størrelsen: Antallet af deltagende organisationer.

3) Komplexiteten: Antallet af forskellige produkter eller serviceydelser, som produceres af medlemsorganisationerne.

4) Differentieringen: Graden af specialisering af de deltagende organisationer.

5) Forbundenhed: Det totale antal forbindelser eller bånd mellem organisationerne i netværket.

Disse fem variable åbner således mulighed for et stort antal forskellige netværk på basis af netværkets strukturelle egenskaber. Blandt andet med udgangspunkt heri skitserer Gustafsson (9) syv forskellige netværksarkitekturer eller konfigurationer med fokus på handlingsorganisationer og værdiskabende processer. En af disse syv konfigurationer er systemiske netværk, hvor en række parter med forskellige evner og kapaciteter samarbejder om en værdikæde eller totalopgave, der går på tværs af et interorganisatorisk felt. Han underinddeler yderligere systemiske netværk i 1) netværk af mindre organisationer, hvor netværket er parternes primære basis for overlevelse og 2) netværk på tværs af store organisationer, hvor hierarkiet i de deltagende organisationer er det basale. Det er netop denne sidste netværksform man finder i de analyserede telemedicinske netværk. Integreret samarbejde i systemiske netværk organiseres ofte i form af grænseoverskridende multidisciplinære teams. Det er således også tilfældet med de telemedicinske sårbehandlingsprojekter.

2) Multidisciplinært team

Ved et multidisciplinært team forstås i denne sammenhæng en lille gruppe af personer, sædvanligvis fra forskellige professioner, som samarbejder på tværs af formelle organisationsmæssige grænser for at producere ydelser til en specifik gruppe af patienter eller borgere. ⁽¹⁰⁾ Der er i telemedicinsk sårbehandling tale om et samarbejde mellem forskellige fagpersoner ikke blot inden for egen organisation men på tværs af sektorer (primærsektor og sekundærsektor).

Tværasektorielt samarbejde er den mest komplekse form for interaktion, eftersom den samtidig omfatter både et interorganisatorisk og interprofessionelt samarbejde. Man kan i den sammenhæng tale om netværk, hvor integrationen sker gennem et frivilligt samarbejde mellem forskellige aktører, i det konkrete tilfælde mellem aktører i kommunerne (den kommunale hjemmesygepleje) og på hospitalerne (sårambulatorierne). At arbejde sammen med andre er aldrig enkelt, men når samarbejdet skal foregå over professionelle og organisatoriske grænser, bliver udfordringerne endnu større.⁽¹¹⁾

3) Ledelse af multidisciplinært team

For at et multidisciplinært team skal kunne udvikles på en succesfuld måde stilles store krav til lederskab. Som leder af et multidisciplinært team kan man vælge en *formand*, som vælges for en bestemt tidsbegrænset periode blandt medlemmerne, en *koordinator* eller "forbindelsesofficer", som udpeges af de involverede organisationer eller en *teamleder*. Teamlederen udpeges ofte af de involverede organisationer, men kan også udpeges eller vælges af teamets medlemmer.

Teamlederens opgaver kan beskrives i relation til de forskellige faser i teamudviklingsprocessen, som stiller hver sine krav til ledelse (9):

I den første fase, kaldet *Forming*, som indebærer at medlemmerne, som rekrutteres eller udpeges til teamet, begynder at orientere sig og teste hinanden, er lederens vigtigste opgave at understøtte kontakter og kommunikation mellem de nyrekrutterede medlemmer.

I den anden fase, kaldet *Storming*, fordi der opstår uenighed og konflikter om interesser og målsætninger beroende på medlemmernes forskellige professions- og organisationskulturer, må lederen håndtere konflikter i teamet ved at hjælpe medlemmerne til at finde fælles interesser og målsætninger.

I den tredje fase kaldet *Norming*, når medlemmerne begynder at have kendskab og tillid til hinanden, er lederens vigtigste opgave at opbygge og understøtte et tillidsfuldt samarbejde mellem medlemmerne i teamet, så man kan formulere fælles mål og udvikle en fælles teamkultur.

I den fjerde og sidste fase kaldet *Performing*, når medlemmerne i teamet har udviklet sine funktionelle roller og kan koncentrere sig om at præstere og opnå sine mål, kan lederen indrette sig på at understøtte og facilitere teamets arbejde for at opnå sine mål.

Som det således fremgår kræver det store investeringer i tid og energi, både for at etablere et tværsektorielt og multidisciplinært teamsamarbejde og for at holde samarbejdet i live.

Der findes mange barrierer for en sådan integreret samarbejdsform. Blandt disse er frem for alt forskellige regelsystemer i de involverede organisationer og sektorer. Andre barrierer er udformningen af forskellige finansieringssystemer med forskellige budgetter og ansvarsområder, der ikke altid understøtter projektsamarbejdet. Desuden er forskelle i it og informationssystemer mellem parterne en væsentlig strukturel hindring.

Herudover er der også kulturelle hindringer mellem organisationerne og deres professioner. En stor barriere er således territorialitet: Professionelle territorier er etablerede og forsvares af professionelle grupper. Organisationsmæssige territorier er etablerede og forsvares af de deltagende organisationers formelle ledere. Der er både professionelle og organisatoriske territorier i professionelle bureaukratier⁽¹²⁾

Endelig er der en fare for, at samarbejdet og samarbejdsformen er så tidskrævende, at det kan gå ud over selve produktionen og i dette tilfælde arbejdet med patienterne. Samarbejdet kan på denne måde blive et mål i sig selv. Evalueringer viser, at samarbejde ofte har haft positive effekter på det involverede personales engagement og kompetenceudvikling, men det har været sværere at se nogle forbedringer for patienterne (9)

1.2 Problemfelter

Der er i business casen redegjort for de tekniske løsninger, brugerdelen og økonomien i projektet. For økonomiens del indgår dog en række forudsætninger og usikkerheder i beregningerne. Der er derfor planlagt en efterfølgende kvalificering, stikprøveundersøgelse og validering i forhold til usikkerhedsparametre. Der er endvidere redegjort for projektorganiseringen i det nationale initiativ. Derimod er organisations- og ledelsesdelen lokalt i regioner og kommuner en "black box".

Telemedicin implicerer nye samarbejdsformer og ny opgavefordeling mellem ledere, sundhedsprofessionelle, sundhedsvæsenets institutioner og sektorer. Det er en udfordring for parternes samarbejdsevne og -vilje og kan ikke undgå at true veletablerede positioner. Både danske og internationale studier dokumenterer, at selv hvor der hersker enighed om behovet

for integration, obstruerer ideologiske og kulturelle forskelle samarbejde og kommunikation⁽¹³⁾.

Der er meget store regionale forskelle på den nuværende organisering af sårbehandlingen, hvilket også problematiseres i business casen, da det formodes, at der dermed også er store forskelle i kvaliteten og effektiviteten af behandlingen. Her er dog tale om et postulat, som ikke er dokumenteret i business casen. Den nuværende organisering er i høj grad netværksbaseret og bygger på samarbejde mellem forskellige organisationer med hver sin ledelse i regioner og kommuner på tværs af sektorer.

Det er derfor relevant at undersøge de organisatoriske og ledelsesmæssige erfaringer man har gjort i de to systemiske netværk i Danmark, hvor man har erfaring med telemedicinsk diabetes fodsårsbehandling.

1.3 Problemformulering

Hvilke organisatoriske og ledelsesmæssige erfaringer og udfordringer har der været i de to systemiske netværk i Odense og København/Bispebjerg?

- a) Har der været kritiske samarbejdsrelationer mellem parterne?
- b) Hvilke succeser og faldgruber har der været?
- c) På baggrund heraf diskuteres implikationerne for interorganisatorisk (IO) ledelse.

1.4 Fokuspunkter og afgrænsning

Fokus i mit 3. semesters Master projekt

Med udgangspunkt i Finn Borums Strategier for organisationsændring fra 2013⁽¹⁶⁾ og Vibeke Lehmann Nielsens Implementeringsteori fra 2011⁽¹⁴⁾ har jeg efter analyse af den forandringsstrategiske tænkning i min 3. semesters opgave konkluderet, at Business Case for National implementering af telemedicinsk sårsvurdering fra 2012 falder inden for rammerne af den teknisk-rationelle ændringsstrategi med elementer fra den politiske ændringsstrategi. Implementeringsperspektivet er top-down. Jeg har påvist adskillige problemer i business

casen i forbindelse med disse to ændringsperspektiver og efterfølgende demonstreret implementeringsproblemer set i top-down perspektivet (15).

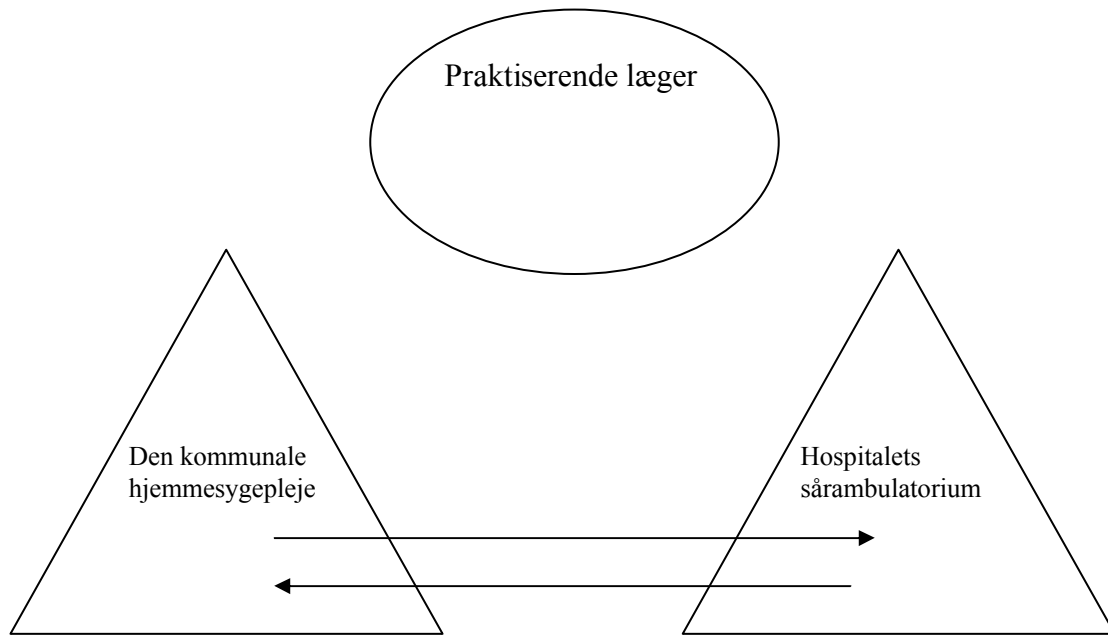
Fokus i min Master afhandling

Jeg har med afsæt i min analyse og konklusion i 3. semesters projektet fundet det interessant at opsamle erfaringer af organisatorisk og ledelsesmæssig karakter i de to netværk i landet, hvor man har erfaring med etablering af telemedicinsk diabetes fodsårsbehandling. Det drejer sig om de interorganisatoriske netværk baseret på henholdsvis Bispebjerg Hospital og Københavns Kommune, hvor man har anvendt telemedicin siden primo 2011 samt Odense Universitetshospital og Odense Kommune, hvor man har anvendt telemedicinsk sårbehandling siden 2010. Repræsentanter fra disse to netværk har således også indgået i specialistpanelet i workshopen, hvor de på basis af deres hidtidige erfaringer har medvirket til at kvalificere en række forudsætninger, som er lagt til grund i business casen.

Afgrænsning. Fra triade til dyade

Jeg har ønsket at indkredse styrker og svagheder i det telemedicinske samarbejde i de to systemiske netværk i henholdsvis Bispebjerg/København og Odense og sætte det i relation til den forestående nationale implementering. De praktiserende læger, som indgår som en væsentlig part i de nuværende regionale interorganisatoriske netværk omkring diabetes fodsårsbehandlingen, med Region Nordjylland som eksempel, er ikke skrevet ind i business casen. De spiller heller ikke nogen aktiv rolle i de to undersøgte telemedicinske netværk. Det er i sig selv bemærkelsesværdigt, at de praktiserende læger er skrevet ud af behandlingsforløbene i business casen, uden at der umiddelbart kan findes nogen begrundelse herfor, men det har ikke været fokus for denne afhandling at afdække denne problematik. Det oprindelige systemiske netværk, som var en triade med de praktiserende læger, den kommunale hjemmesygepleje og hospitalets sårambulatorium som de tre parter er med andre ord blevet til en dyade med to parter: Den kommunale hjemmesygepleje og hospitalets sårambulatorium.

Fig. 1.2 Det telemedicinske systemiske netværk



For at sætte fokus på afsættet i denne afhandling med de problemer, jeg tidligere har påvist i Business case for National implementering af telemedicinsk sårvurdering set i et forandringsstrategisk og implementeringsteoretisk perspektiv, vil jeg i kapitel 2 kort opresumere min analyse og konklusionerne fra min 3. semesters opgave.

Kapitel 2. Ændringsstrategisk tænkning og implementeringsperspektiver i Den Nationale Business Case.

Analyse af business casens ændringsstrategiske tænkning

I min 3. semester opgave⁽¹⁵⁾ har jeg analyseret de ændringsstrategiske perspektiver i Business case for national implementering af telemedicinsk sårvurdering med deduktivt teoretisk udgangspunkt i Borums Strategier for organisationsændring fra 2013.⁽¹⁶⁾ Business case for national implementering af telemedicinsk sårvurdering fra 2012 falder inden for rammerne af den teknisk-rationelle ændringsstrategi analyseret gennem alle Borums ændringsstrategiske hovedelementer. Der er imidlertid også mange elementer af den politiske strategi.

Kort opsummeret er positionerne i Borums teknisk-rationelle ændringsstrategi som følger: Organisationens effektivitet, produktivitet og efficiens er i fokus. Organisationen betragtes som en maskine, der effektivt skal omsætte input til output. Nøglen til organisationsændringen er rationel analyse af en mere effektiv og produktiv organisering og planlægning af den proces, der kan flytte organisationen til den mere optimale tilstand. Hovedfaserne i denne proces er 1. problemanalysen, 2. redesign af organisationen og 3. dekret af de nødvendige ændringer. Ændringsagenterne er ledere, som med teknisk bistand af eksperter har objektiv viden om en bedre organisering. Succeskriterierne for en vellykket ændring er forbedringer i output eller forbedring af input/output ratio målt på kvalitet og/eller kvantitet.

Strategiens hovedproblem er implementeringen, som kan forhindres eller forsinkes af modstand og konservatisme blandt implementeringsaktørerne og man må håndtere disse risici ved korrigerende handlinger, f.eks. straf og incitamenter.

Det ligger uden for rammerne af denne afhandling at lave en detaljeret analyse af Den nationale Business Case' abonnement på planlagt forandring og den interesserede læser henvises til min 3. semesters opgave. Men jeg finder det relevant at fremhæve casens elementer fra den teknisk-rationelle strategi og den politiske strategi, fordi de udgør en væsentlig forudsætning for forståelsen af denne afhandlings problemformulering og analyse. Kort opsummeret er casens elementer fra den teknisk-rationelle strategi:

Problemer og mål, der behandles, er primært effektivitet og efficiens.

Eksempler herpå fra business casen:

”Formålet med initiativet er at udbrede telemedicinsk sårbehandling i alle kommuner og regioner, der ikke allerede anvender det, med henblik på at frigøre tid i både kommuner og regioner, effektivisere behandlingen og forbedre kvaliteten af behandlingen.”

Problemerne, der adresseres i business casen, er utilstrækkelig kommunikation om behandlingsplanen mellem kommune og hospital, manglende adgang for hjemmesygeplejen til ekspertbistand og sparsom information fra hospitalet. De praktiserende læger er for hjemmesygeplejen svære at komme i kontakt med og de kan ikke rådgive om sårbehandling på ekspertniveau. Her er altså først og fremmest tale om ineffektiv kommunikation.

Desuden er der kun få steder i Danmark klare visitationsregler på området og i casen hævdes, at det medfører, at mange patienter bliver behandlet for sent (ineffektivt) eller tilfældigt (inefficient).

Det organisatoriske perspektiv er produktionssystemet, der via klart defineret struktur transformerer input til output.

Eksempler herpå fra business casen:

Der nedsættes en national styregruppe for initiativet, hvor de relevante parter sidder: Kommunernes Landsorganisation (KL), Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, National Sundheds-it (NSI), Finansministeriet (Digitaliseringsstyrelsen) samt repræsentanter fra regioner og kommuner.

Styregruppen sekretariatsbetjenes af MedCom, der desuden er projektleder på den nationale implementering og forestår et fællesregionalt udbud af systemunderstøttelse/platform.

Der nedsættes desuden en faglig følgegruppe til at følge initiativet.

Der er i business casen redegjort for ansvarsfordelingen for initiativets delelementer hos henholdsvis MedCom, regionerne og kommunerne.

I hver af landets fem regioner er der desuden nedsat en lokal tværsektoriel organisering omfattende en styringsgruppe, en koordineringsgruppe, en implementeringsgruppe og nederst i hierarkiet en lokal organisering i de enkelte kommuner og hospitaler.

Den principielle løsningsmetode er rationalisering af sårbehandlingen gennem redesign og tuning.

Eksempler herpå fra business casen:

Løsningen i projekterne går ud på, at en kommunal sygeplejerske tilser patientens sår i eget hjem og tager et billede af såret, som sendes til sygehuset i en webbaseret sårjournal, som både læge og sygeplejerske (og patient) har adgang til. Lægen kan dermed foretage en konsultation uden, at patienten er fysisk til stede. Her er altså tale om en rationalisering via redesign, idet man forventer en kvalitetetsforbedring i hjemmesygeplejen, når eksperterne på hospitalet har mulighed for at kigge med og justere behandlingen løbende. Desuden behøver patienten ikke længere så ofte at være fysisk til stede i hospitalets ambulatorium, hvorved man dels sparer kostbar patienttransport til og fra hospitalet, dels frigør ressourcer på hospitalet, når en del af de ambulante kontroller kan overflødiggøres. Man udskifter med andre ord en del af de ambulante hospitalskontroller med telemedicinske kontroller i patientens eget hjem.

Ændringsagenterne er klart ledelsesmæssigt baseret og bistås af tekniske eksperter.

Eksempler herpå fra business casen:

Der nedsættes en national styregruppe for sårinitiativet, hvor de relevante parter sidder (KL, Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, NSI, Finansministeriet (Digitaliseringsstyrelsen) samt repræsentanter fra regioner og kommuner.

Til at bistå initiativet nedsættes en faglig følgegruppe. Den faglige følgegruppe er sammensat af klinikere, primært speciallæger og specialistsygeplejersker fra regioner og kommuner. Den faglige følgegruppe har alene rådgivende funktion.

Der etableres desuden i hver enkel region og kommune en lokal projektorganisation og der skal i kommunernes og regionernes fælles sundhedsaftaler indgå elementer, der understøtter telemedicinsk sårbehandling.

Ændringsteknologisk er den organisatoriske komponent produktionsenheder i form af kommunale hjemmesygeplejersker og hospitalslæger.

Eksempler herpå fra business casen:

De organisatoriske komponenter, som business casen arbejder med, er den kommunale hjemmesygepleje, der tilser patientens sår i eget hjem, og lægen på hospitalet, som kan foretage en konsultation uden, at patienten fysisk er til stede. De praktiserende læger, som indgår som en væsentlig del af de nuværende organisatoriske komponenter er ikke skrevet ind i business casen – uden at der kan dokumenteres aktiv stillingtagen til, om almen praksis slet ikke skal indgå som komponent i den telemedicinske organisation.

Den kognitive mekanisme er kalkulation af gevinster ved ændringen.

I business casen er beskrevet en række problemer i de nuværende behandlingsforløb. I forhold til de nuværende forløb forventes gevinsterne ved telemedicin at være kortere helingstid for sårene, besparelser på patienttransport, mindre tidsforbrug hos lægerne på hospitalerne, som i udgangspunkt kun ser patienterne med de mest komplicerede sår i ambulatoriet, øget patienttilfredshed og øgede kompetencer hos de kommunale sygeplejersker gennem det mere direkte samarbejde med specialisterne på hospitalerne. Der er tale om en tilsyneladende rationel kalkulation og konsekvensberegning. Problemet her er forudsætningen for kalkulationen. Der er ingen evidens for effekten af de dekretede tiltag.⁽¹⁷⁾

Forandringsprocessen er en problemanalyse efterfulgt af et redesign af organisationen og dekret af de nødvendige ændringer.

I business casen indledes med en problemanalyse med udpegning af de u hensigtsmæssige eller dysfunktionelle produktionsprocesser, efterfulgt af et redesign med udpegning af løsninger og optimeringer af produktionsprocessen og sluttende med et dekret med angivelse af de besluttede organisationsændringer og hvordan og hvornår disse skal implementeres.

Forandringsindikatorerne, der anvendes i casen, er forbedringer i output i form af gevinstrealisering.

Konkret er det den kommunale hjemmesygepleje, der tilser patientens sår i eget hjem, og lægen på hospitalet, som kan foretage en konsultation uden, at patienten fysisk er til stede.

I forhold til de nuværende forløb forventes gevinsterne ved telemedicin at være kortere helingstid for sårene, besparelser på patienttransport, mindre tidsforbrug hos lægerne på hospitalerne, som i udgangspunkt kun ser patienterne med de mest komplicerede sår i ambulatoriet, øget patienttilfredshed og øgede kompetencer hos de kommunale sygeplejersker gennem det mere direkte samarbejde med specialisterne på hospitalerne.

I business casen indgår en tids- og implementeringsplan, hvoraf det fremgår, hvilke aktiviteter der skal foregå hvornår og hvem der har ansvar for de forskellige aktiviteter. Der er formuleret milepæle i form af nedsættelse af lokale og overordnede styregrupper, udpegelse af national følgegruppe, kvalitetssikring af business case, kvalificering af business casens udgiftsside, implementering med nødvendig kompetenceudvikling samt lokale integrationer, indgåelse af forpligtende samarbejdsaftaler og afholdelse af kick-off seminar. Der er ligeledes formuleret succeskriterier.

Endelig er strategiens hovedproblem klart implementeringsprocessen.

Man har således også på forhånd udpeget væsentlige risici ved implementeringen i business casen med anvisninger til korrigerende handlinger. Implementeringsproblemerne vil blive belyst yderligere i efterfølgende afsnit.

Der kan dog også demonstreres mange delelementer fra Borums politiske strategi i casen: Problemer og mål, der behandles, er interessevaretagelse og indflydelse via en top-down styret, central projektorganisation med embedsværket som drivende part.

Det organisatoriske perspektiv kan ses som magt og positioner i en centralt styret organisation. De fagprofessionelles rolle i initiativet er alene rådgivende og som implementeringsaktører.

Den principielle løsningsmetode er modifikation af kontrolstrukturer. Som eksempel står de praktiserende læger til at miste deres gate keeper funktion og kontrol af behandlingen.

Ændringsagenter er grupper i og omkring organisationen. I casen er der tale om en udpræget topledelsesinitieret og styret proces. Men der er tale om nye ledere uden for den nuværende organisation. I den nationale styregruppe sidder bl.a. repræsentanter fra NSI, Fonden for velfærdsteknologi og MedCom.

Der kan i casen påvises ændringsteknologiske elementer fra den politiske strategi. For eksempel kan man se forandringsprocessen som interessevaretagelse gennem manipulation af magtbaser og koalitionsdannelse. De praktiserende lægers rolle som visitor og gatekeeper bliver klart nedtonet i initiativet. De øvrige klinikers rolle i projektorganisationen er alene rådgivende og som implementeringsaktører. Den regionale projektorganisation er underlagt og refererer til den nationale styregruppe og projektledelse.

Et af business casens hovedproblemer er dens legitimitet og regulering af konflikter. Der mangler evidens for effekten af organisationsændringen. Der er betydelige usikkerheder i de økonomiske beregninger. Der er heller ikke taget stilling til de store regionale forskelle i den nuværende organisering, herunder om man risikerer at ødelægge en lokal velfungerende organisationsform. Der må forventes udfordringer i regulering af konflikter, når man i den top styrede implementeringsproces folder initiativet, som primært er baseret på erfaringer fra små pilotprojekter, ud i national large scale.

Implementeringsperspektiver i Den Nationale Business Case

Jeg har analyseret implementeringsperspektiver i Business casen med teoretisk afsæt i Vibeke Lehmann-Nielsens implementeringsteori(14). Hun beskriver tre perspektiver til analyse af implementeringsprocessen, idet hun opererer med top-down perspektivet og bottom-up perspektivet, som hun yderligere opdeler i klassisk bottom-up og moderne bottom-up. Efter analyse på basis af denne inddeling har jeg påvist, at der i business casen er tale om et rent top-down perspektiv.(15)

Men er det overhovedet muligt at opnå de tilsigtede effekter gennem en centralt styret top-down baseret implementering? Udover de implementeringsudfordringer, som business casen på forhånd har udpeget og adresserer, må man forudse mange andre problemer givet de store regionale forskelle i den eksisterende organisering, den udbredte organisering i netværk med forskellig ledelsesmæssig forankring, de tværfaglige patientforløb med stort behov for koordination og samarbejde på tværs af sektorer og ikke mindst den høje forekomst af fagprofessionelle blandt implementeringsaktørerne med faglige og kulturelle barrierer for en succesfuld implementering.

Ny praksis og et nyt snit i opgavefordelingen kan ikke gennemføres administrativt. Flere undersøgelser viser, at administrativ intervention "hen over hovedet" på praktikere og rolleindehavere er dømt til fiasko. (13)

Derfor er det vigtigt at opsamle og analysere organisatoriske og ledelsesmæssige erfaringer og udfordringer fra de to steder i landet, hvor man allerede er i gang med telemedicinsk baseret behandling af diabetiske fodsår og har opsamlet erfaringer i small scale siden 2010/2011. Det drejer sig, som tidligere nævnt, om det systemiske netværk mellem Odense Universitetshospitals sårambulatorium og Odense Kommunes Hjemmesygepleje og det tilsvarende netværk mellem Bispebjerg Hospitals sårambulatorium og Københavns Kommunes Hjemmesygepleje.

Kapitel 3. Teori og metode

3.1 Om valgte teoretiske optikker

Introduktion

Min Master afhandling er en opsamling af organisatoriske og ledelsesmæssige erfaringer i forbindelse med etablering af telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår i de to netværk i landet, hvor man er længst i etableringen og på nuværende tidspunkt har gjort sig erfaringer i small scale. Til at analysere disse erfaringer og besvare min problemformulering har jeg valgt en overvejende teoretisk deduktiv tilgang, idet jeg tager udgangspunkt i eksisterende teori, men jeg vil i min interviewguide også åbne mulighed for at undersøge eventuelle uerkendte sammenhænge, hvorved der også vil være induktive elementer i undersøgelsen. Det vil derfor være relevant kort indledningsvist at begrunde og redegøre for mit valg af teoretiske optikker. De enkelte teorier vil efterfølgende blive foldet ud, hvor det er relevant i forbindelse med analysen og konklusionen.

Alter & Hage: Om interorganisatoriske netværk

I analysen af de organisatoriske erfaringer i det telemedicinske sår Samarbejde i København og Odense har jeg taget afsæt i Alter & Hages hovedværk fra 1993 "Organizations Working Together". (8) Alter & Hage definerer organisatoriske netværk som "unbounded or bounded clusters of organizations that, by definition, are nonhierarchical collectives of legally separate units".

Interorganisatoriske netværk defineres som:

- 1. Interorganisatoriske netværk er kognitive strukturer** med en erkendelse af gensidig afhængighed. Men der er ikke nødvendigvis en fælles erkendelse af mål, metoder og strategier. Konflikter om midler er almindelige
- 2. De er non-hierarkiske**, det vil sige at organisationerne knyttes sammen ved laterale, horisontale forbindelser. Netværk er defineret ved fælles beslutningstagen og problemløsning.

3. Arbejdsdeling: Alle parter i netværket skal bidrage med tekniske kompetencer til samarbejdet.

4. Interorganisatoriske netværk er selv-regulerende. For at et lateralt forbundet mønster af autonome organisationer kan producere og arbejde sammen, skal der være en grad af solidaritet opnået gennem demokratiske principper. Orden i netværk opnås gennem forhandlede processer.

Alter og Hage definerer interorganisatorisk konflikt som uenighed, disharmoni og strid om mål, midler, metoder og strategier mellem individer og organisationer i et interorganisatorisk netværk. Som det fremgår under punkt et er der i interorganisatoriske netværk ikke nødvendigvis en fælles erkendelse af mål, midler, metoder og strategier. Konflikter er almindelige. De deltagende parter i netværket styres både horisontalt af deres teams og vertikalt af deres respektive moderorganisationer. Det kan indebære modstridende krav og forventninger, som skaber bilaterale loyalitetskrav og sætter de deltagende individer i meget svære situationer. (9) Jeg vil undersøge, om det også gælder i mine cases.

Konflikt som interorganisatorisk adfærd forekommer og genopstår på forskellige tidspunkter i et netværks livscyklus. Løsningen af interorganisatorisk konflikt giver resultater, som spænder fra tilbagetrækning til tilpasning og styrkede bånd (8)

Brown: Konflikt i interorganisatoriske grænseflader

Konflikt i de interorganisatoriske grænseflader i et systemisk netværk er således almindelige. Brown (18) definerer interorganisatoriske grænseflader som mødesteder for organisationer, som "depend on each other for critical resources, sometimes asymmetrically, in contexts of varying organization but pervasive impact".

Kontakten mellem organisationerne i disse grænseflader varetages ofte af repræsentanter eller underafdelinger. Brown kalder dem "boundary spanners". De er fanget i krydspresset mellem to verdener. For at kunne påvirke de andre deltagende parter i netværket kræves gode forhandlingsevner, politisk tæft og uformelle indflydelsesstrategier. Vertikalt påvirkes repræsentanterne af deres ledere i egen organisation, som har formel autoritet over dem og nogle gange forventer større lydighed og efterlevelse af dem, end de kan rumme og samtidig forblive effektive i det horisontale samarbejde over grænsefladen.

Jeg har derfor ønsket at indkredse de kritiske samarbejdsrelationer i de interorganisatoriske grænseflader. Til dette formål vil jeg anvende en brændpunktsanalyse. idet jeg har ladet mig

inspirere af "Shared Care – samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus"⁽¹⁹⁾ Ved brændpunkter i organisatoriske grænseflader forstås kritiske samarbejdsrelationer, hvor der er tilbagevendende problemer, selvom man ofte har prøvet at løse dem. Det kan også være problemer ved nye ordninger, hvor det ser ud til, at det er svært at finde rimeligt holdbare løsninger.

Brændpunkter vil typisk forekomme, hvor der er:

- Uenighed om, hvem der skal gøre hvad (domænekonflikt)
- Uenighed om behandlingsteknologi, arbejdsmetoder og principper (teknologikonflikt)
- Uenighed om mål og vurderingskriterier
- Forskelle i parternes interne strukturer, kulturer og processer
- Forskelle i parternes ønske til samarbejdsform/reasonsudformning

Problemerne i brændpunkter kommer i henhold til Brown (18) til udtryk i form af enten **for meget konflikt** eller **for lidt konflikt**. Ved **produktiv konflikt** er der konstruktivt samspil mellem parterne. Se fig. 3.1.

For meget konflikt er forbundet med parter, som er mobiliseret til kamp og med en underorganiseret grænseflade. Repræsentanternes handlinger producerer eskalerende konflikt, som yderligere mobiliserer de deltagende organisationer og yderligere disintegrerer grænsefladen. En ond cirkel, som Brown betegner interorganisatorisk krigsførelse.

For lidt konflikt kan være i form af aftalt spil mellem parterne, hvor overorganiserede grænseflader begrænser tilkendegivelsen og udforskningen af forskelle mellem parterne til et punkt, der eroderer autonomien af en eller begge organisationer. For lidt konflikt kan også være i form af interorganisatorisk isolation. Isolation er forbundet med en underorganiseret grænseflade, som tillader repræsentanterne at trække sig tilbage fra forskellene mellem parterne til en falsk følelse af organisatorisk uafhængighed.

Ved produktiv konflikt er grænsefladerne forbundet med enten interorganisatorisk forhandling eller interorganisatorisk problemløsning. I begge tilfælde er organisationerne i konstruktivt samspil.

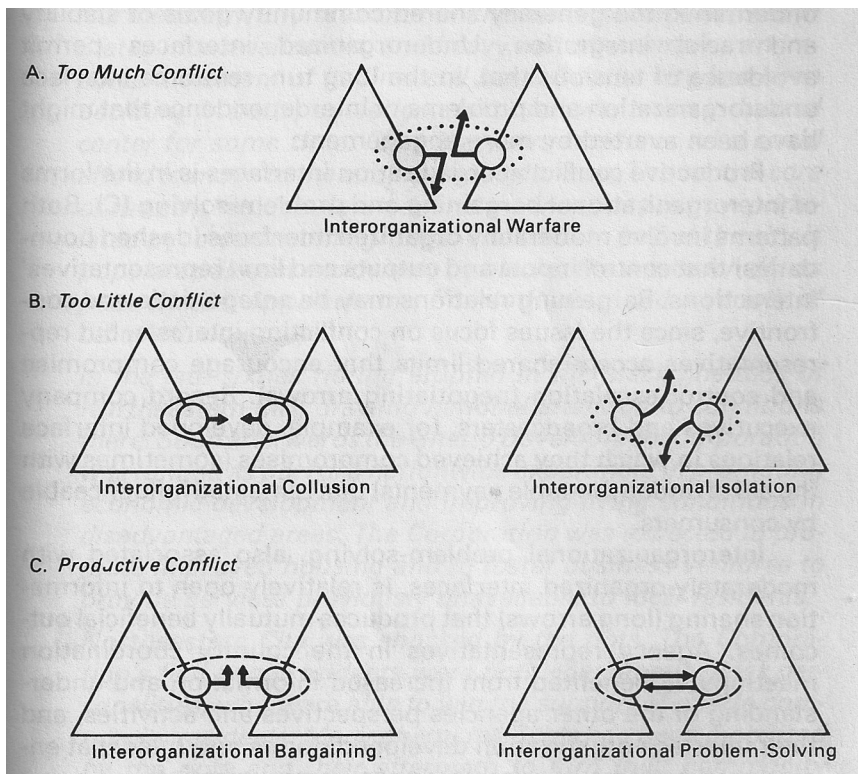


Fig. 3.1 Illustration af A) For meget konflikt, B) For lidt konflikt og C) Produktiv konflikt. Fra Brown (18)

Haugland: Succesfaktorer og faldgruber

Jeg vil forsøge at indkredse succeser og faldgruber i forbindelse med etableringen af de to telemedicinske netværk i henholdsvis Odense og København. Her vil jeg tage teoretisk afsæt i Haugland⁽²⁰⁾. Haugland har påvist systematiske forskelle mellem dårlige og gode alliancer. For at samarbejde skal lykkes, bør man tilstræbe at skabe en positiv gensidig afhængighed mellem parterne. Positiv gensidig afhængighed har at gøre med, hvordan man udformer samarbejdet og hvilke investeringer og tilpasninger parterne gennemfører. Lige så vigtigt er det at skabe tillid mellem parterne og udvikle gode personlige relationer. Har parterne tillid til hinanden, er det lettere at afgive kontrol og gøre sig afhængig af samarbejdsbedriften.

I forhold til udvikling af gode samarbejdsrelationer fremhæves nogle centrale **succesfaktorer** på basis af empiriske observationer:

- Samarbejd på strategisk vigtige områder.
- Invester i samarbejdet og afsæt de nødvendige ressourcer.
- Alle parter skal have værdifulde bidrag til samarbejdet.
- Begynd i det små og lad samarbejdet udvikle sig gradvist.

- Åben kommunikation mellem parterne.
- Tillid og personlige relationer.

Desuden udpeges nogle almindelige **faldgruber** for, hvorfor samarbejde mislykkes:

- Samarbejdet bliver for komplekst.
- Mangel på gensidig tilpasningsevne.
- Ubalanceret samarbejde: Der kan være ulige interesse blandt parterne i at drive samarbejdet frem og parterne bidrager ikke ligeligt med ressourcer og kompetence.
- Én af parterne føler sig udnyttet.
- Mangel på dynamik og udvikling.

Jeg vil således inddrage disse centrale succeskriterier og faldgruber i min analyse af de to netværk.

Gustafsson: Netværksledelse i interorganisatoriske netværk

I diskussionen af det sidste led i min problemformulering, nemlig implikationerne for interorganisatorisk (IO) ledelse i de to telemedicinprojekter, vil jeg trække på Gustafsson (2007): Lederskap i interorganisatoriske nätverk for folkhälsa och välfärd. I Axelsson og Bihari Axelsson: Folkhälsa i Samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer (9).

Interorganisatorisk ledelse omfatter både ledelse i egen enhed og i netværket. Udfordringen ligger således i, at der ikke er én overordnet ledelse i et interorganisatorisk netværk, sådan som man typisk finder det i en traditionel, hierarkisk pyramideorganisation. Et interorganisatorisk netværk omfatter flere enheder, der refererer til separate, uafhængige magtcentre, som typisk har uklare og flertydige ambitioner. Det stiller store krav og krydspres til interorganisatoriske ledere (IO-ledere). IO-ledere definerer Gustafsson som aktører, der aktivt søger at lede interorganisatoriske processer, uanset om de formelt har beføjelse som ledere i netværket. I den forbindelse sondres der mellem netværksparter og netværksaktører, hvor netværksparter er de involverede organisatoriske enheder og netværksaktørerne er de konkrete aktører i enhederne, som deltager i netværksprocesserne.

De interorganisatoriske processer har ofte meget begrænset bevågenhed fra parternes ledelser, set i forhold til deres interne processer. Det er derfor i sig selv af stor betydning, at IO-lederen synliggør, italesætter og legitimerer netværksprocessen (9)

Det er klart, at interorganisatoriske netværk stiller nye krav til ledere. Ingen parter i et netværk kontrollerer hele opgaveløsningen og alle nødvendige evner. IO-ledelse må baseres på stadig interaktion, dialog og forhandling.

Det har ikke indgået som et egentligt spørgsmål i min problemformulering, men jeg vil afslutningsvis diskutere implikationer for IO-ledelse.

3.2 Valg af metode

Min problemformulering er:

Hvilke organisatoriske og ledelsesmæssige erfaringer og udfordringer har der været i de to systemiske netværk i Odense og København/Bispebjerg?

a) Har der været kritiske samarbejdsrelationer mellem parterne?

b) Hvilke succeser og faldgruber har der været?

c) På baggrund heraf diskuteres implikationerne for interorganisatorisk (IO) ledelse.

Problemformuleringen medfører spørgsmålet om, hvorledes dette kan undersøges? Jeg har valgt at bruge kvalitative forskningsinterviews med en overvejende teoretisk deduktiv tilgang i mit design, men jeg vil også åbne mulighed for at undersøge eventuelle uerkendte sammenhænge, hvorved der også vil være induktive elementer i undersøgelsen. Jeg har i det foregående afsnit redegjort for det teoretiske afsæt i min analyse. Jeg har brug for informationer fra mennesker, der besidder en unik information om disse netværk, som vil kunne besvare min problemformulering og jeg interesserer mig for den mening og betydning, mine informanter tillægger det systemiske netværkssamarbejde. Hertil er det kvalitative forskningsinterview egnet ⁽²¹⁾

Jeg vil i det følgende redegøre nærmere for datagenereringen gennem forskningsinterviews.

Design

Jeg har valgt at gennemføre mine interviews som tomandsinterviews af specialistsygeplejerske og speciallæge i hospitalsambulatorierne, som repræsentanter for netværksaktørerne fra den ene part i netværket og som enkeltmandsinterviews af sårsygeplejersker i den kommunale hjemmesygepleje, som repræsentanter for netværksaktørerne for den anden part. Begrundelsen herfor er, at jeg mener, at jeg herved lettere har mulighed for at stille uddybende spørgsmål, som den enkelte informant skal forholde sig til. Samtidig vil jeg gerne afdække samarbejdet og dynamikken mellem de to sundhedsprofessionelle hovedgrupper i sekundærsektoren repræsenteret ved henholdsvis lægen og sygeplejersken. I primærsektoren har de praktiserende læger imidlertid ikke nogen aktiv rolle i de telemedicinske sårforløb, hvorfor jeg alene har valgt at interviewe sårsygeplejersken, som den væsentligste – og eneste – sundhedsprofessionelle netværksaktør i det telemedicinske systemiske netværk.

Derudover vil jeg have bedre mulighed for at styre processen. Havde jeg valgt et fokusgruppeinterview, ville det være deltagerne, der skulle diskutere emnet, og jeg ville ifølge Kvale ikke have den samme mulighed for at stille spørgsmål, da min rolle i et sådan interview mere vil bære præg af at være ordstyrer. Fordelen ved at anvende en fokusgruppe ville være, at diskussionen i gruppen kunne føre til en mere nuanceret besvarelse af spørgsmålene⁽²²⁾.

Udvælgelsen af informanter er foregået på baggrund af mit kendskab til nøgleaktørerne i den telemedicinske sårbehandling. Bispebjerg Hospital/Københavns Kommune og Odense Universitetshospital/Odense Kommune har begge været involveret allerede tidligt i telemedicinprocessen, herunder i et af de to projekter (ABT-projekt 287), som har dannet udgangspunkt og empiri for Business Case for National implementering af telemedicinsk sårvurdering fra 2012. Samtidig er begge centre allerede nu i gang med implementeringen af telemedicinsk sårbehandling og har gjort sig de første erfaringer. Med fokus på det tværgående samspil mellem parterne på udførende niveauer har jeg ønsket at tale med centrale aktører, hvor de 6 interviewede personer alle har været aktivt involveret fra starten af processen. For Odenses vedkommende drejer det sig om erfaringer opsamlet siden 2010 og for Københavns vedkommende siden starten af 2011.

Antallet af interviewpersoner har jeg sat til seks, henholdsvis tre fra København og tre fra Odense. Det er svært at bedømme det rigtige antal informanter, jeg har brug for. Det ideelle er at interviewe, indtil interviewene ikke bidrager med flere nye oplysninger. Dette beskriver Kvale som interviewenes mætningspunkt, hvor flere interview ikke tilføjer mere ny viden. Jeg kunne således have valgt at interviewe flere informanter fra de to systemiske netværk. Det har imidlertid ikke været relevant at gå bredere ud end de to centre i henholdsvis Bispebjerg/København og Odense, da de som de eneste i landet både har været involveret i den indledende erfaringsopsamling og nu begge er i gang med den nationale implementering. Efter hvert interview vil jeg afsætte tid til at reflektere over interviewet. Dette kan ifølge Kvale blive af stor værdi i den senere analyse, da jeg her allerede vil have de første umiddelbare fortolkninger og erindringer om informanternes interaktion og mimik.

Tematisering

Målet med interviewene er at få indsamlet viden om de organisatoriske grænseflader i et interorganisatorisk netværksperspektiv. Jeg er specielt interesseret i at undersøge grænsefladen mellem primærsektoren og sekundærsektoren, her repræsenteret ved henholdsvis den kommunale hjemmesygepleje og hospitalernes sårambulatorier. Dette med henblik på at analysere organisatoriske og ledelsesmæssige erfaringer og udfordringer, succeser og faldgruber ved det telemedicinske sår samarbejde, samt identificere kritiske samarbejdsrelationer i de to telemedicinske netværk.

Interviewmetode

Interviewmodellen er opbygget som et semistruktureret interview. Det vil sige, at jeg på forhånd har udarbejdet specifikke interviewspørgsmål, idet jeg arbejder ud fra en primært deduktiv tilgang, hvor jeg undersøger mine forskningsspørgsmål med udgangspunkt i de anvendte teorier. Det er et semistruktureret interview og ikke et struktureret interview, da jeg vil holde mulighederne åbne for, at nye vinkler kan udforskes, hvis de fremkommer under interviewet. Ved disorganiserede mønstre eller brændpunkter findes ofte forsvarsmekanismer fra den ene eller begge parter (19). Det er vigtigt at have dette med i analysen og jeg vil derfor også søge at klarlægge bagvedliggende problemer, hvis der i interviewene fremkommer beklagelser fra nogen af parterne. En årsag til, at det ikke er et eksplorativt interview, skal findes i, at jeg ikke selv har stor erfaring med at interviewe, og jeg

mener derfor, at det vil være til hjælp, at jeg har en interviewguide at gå frem efter og støtte mig til. Jeg håber her igennem at kunne styre interviewet mere målrettet hen i mod det jeg ønsker svar på.

Til det formål har jeg udarbejdet en interviewguide. Se bilag 1.

Udvalgte udsagn fra de seks informanter, som belyser mine forskningsspørgsmål vil blive citeret i anonymiseret form i analyseafsnittet i kapitel 4. Der vil blive anvendt følgende forkortelser:

Læge OUH = Overlæge, sårambulatoriet, Odense Universitetshospital

Spl OUH = Specialistsygeplejerske, sårambulatoriet, Odense Universitetshospital

Spl OK = Sår-sygeplejerske, Odense Kommunes hjemmesygepleje

Læge BBH = Overlæge, sårambulatoriet, Bispebjerg Hospital

Spl BBH = Specialistsygeplejerske, sårambulatoriet, Bispebjerg Hospital

Spl KK = Sår-sygeplejerske, Hjemmesygeplejen Østerbro, Københavns Kommune.

Kapitel 4. Analyse

4.1 Karakteristik af de to undersøgte netværk

Indledende overordnede betragtninger

Interorganisatoriske netværk er sociale former af interorganisatorisk aktivitet omkring udveksling af information, koordineret handling og fælles opgaveløsning – mellem enheder fra legalt separate organisationer, som udgør ikke-hierarkiske sociale systemer (8).

Netværksarkitekturen er netværkets organisatoriske rammer, som omfatter netværkets form og indhold – det juridiske grundlag og organisatoriske strukturer, herunder arbejdsdelingen mellem parterne, beslutningsstruktur samt spilleregler for bidrag og belønning i netværket. Der er ikke udviklet en konsensus i beskrivelsen af netværksformer(9).

Alter & Hage(8) anvender en typologi for interorganisatoriske netværksformer, som baserer sig på tre dimensioner:

- 1) Kompetitivt versus symbiotisk samarbejde
- 2) Antallet af involverede organisationer: to organisationer (dyade), tre organisationer (triade) eller multiple (>3) organisationer.
- 3) Graden af samarbejde: Begrænset samarbejde, moderat samarbejde eller bredt samarbejde.

Et systemisk interorganisatorisk netværk er et multilateralt arrangement mellem forskellige organisationer, som knyttes sammen for at producere et enkelt produkt (8).

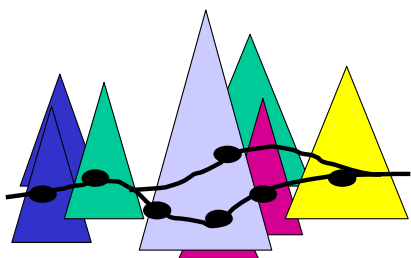
Gustafsson (9) skitserer med fokus på handlingsorganisationer og værdiskabende processer en inddeling med otte forskellige netværksarkitekturer eller konfigurationer. De otte netværkskonfigurationer er:

- 1) Systemiske netværk
- 2) Isomorft netværk
- 3) Joint venture netværk
- 4) Interorganisatoriske projektnetværk
- 5) Paraplynetværk
- 6) Praksisfællesskaber
- 7) Mass Collaboration

8) Sociale netværk

Af pladshensyn har jeg valgt ikke at gennemgå de forskellige konfigurationer i detaljer, men alene redegøre for den netværksform, som Gustafsson benævner systemisk netværk, fordi det er den konfiguration, som mine undersøgte telemedicinske netværk falder ind under, hvilket jeg i det følgende vil demonstrere.

I et systemisk netværk samarbejder en række parter (2 eller flere) med forskellige evner om en værdikæde eller totalopgave, der går på tværs af et interorganisatorisk felt. Der er to yderpunkter af systemiske netværk. Det ene er netværk af mindre organisationer, hvor netværket er parternes primære basis for overlevelse. Det andet er netværk på tværs af store organisationer, hvor hierarkiet er det basale. Her er parterne bundet af mandater og deres tilknytning til deres respektive moderorganisationer. Det tilfører spændingsforholdet mellem hierarkiet og netværket en særlig dynamik (9). Det sidste synes at være tilfældet i de to undersøgte systemiske netværk. Lad mig derfor karakterisere de to netværk i ovennævnte organisatoriske perspektiv.



Figur 4.1 Gustafssons model af systemisk netværk.

Pyramiderne er de enkelte hierarkiske organisationer, der indgår i netværket.

De to undersøgte netværk i Odense og Bispebjerg/København

Organisatorisk er der meget stor lighed mellem de to undersøgte netværk. De praktiserende læger spiller hverken i Odense eller København nogen aktiv rolle i den fælles producerede ydelse i form af telemedicinske sårbehandlingsforløb, og de indgår dermed heller ikke i den interorganisatoriske grænseflade mellem primærsektoren, som så udelukkende udgøres af den kommunale hjemmesygepleje og sekundærsektoren, som her udgøres af hospitalets sårambulatorium.

Af interviewsvar fra samtlige informanter fremgår, at man heller ikke savner de praktiserende lægers aktive deltagelse:

Spørgsmål: *Savner du de praktiserende læger i de telemedicinske sårforløb?*

Læge OUH: *Det er et svært spørgsmål. For deres input kan være meget variable. Ofte er det et spørgsmål, om de laver en henvisning på baggrund af det, en hjemmesygeplejerske har set. Men jeg er ked af at shunte helt uden om dem.*

Spl OUH: *Jeg kan godt forstå, hvis man som praktiserende læger (PL) ikke har overskud til at gå aktivt ind i det her.*

Spl OK: *Selvfølgelig skal de PL ikke hægtes af, men jeg synes tit, de hægter sig selv af.*

Nej, jeg har ikke savnet dem, for jeg har fået så god en sparring fra sårambulatoriet.

Læge BBH: *Interessen har ikke været særligt stor og vi har faktisk haft et møde for ca. et år siden med de PL her fra vores område, som på trods af, at de havde fået 2 informationsbreve om, hvad der foregik i telemedicin, så var der generel undren i forsamlingen over, at det eksisterede. De havde ikke bemærket, at det eksisterede.*

Spl BBH: *Vi er ikke vant til, at de er så involverede i sårforløbene i forvejen, så det er ikke sådan, at vi decideret savner dem, men vi så meget gerne, at de deltog mere i patientens forløb.*

Spl KK: *Jeg savner lidt interesse fra deres side. De er overhovedet ikke aktive. Det er de ikke. Jeg synes generelt ikke, at det er det, de er bedst til i praksis – det er ikke sårpleje.*

Jeg vil her lige gentage modellen for det systemiske netværk, som er fælles for de to undersøgte telemedicinske sårbehandlingsnetværk i henholdsvis Odense og København:

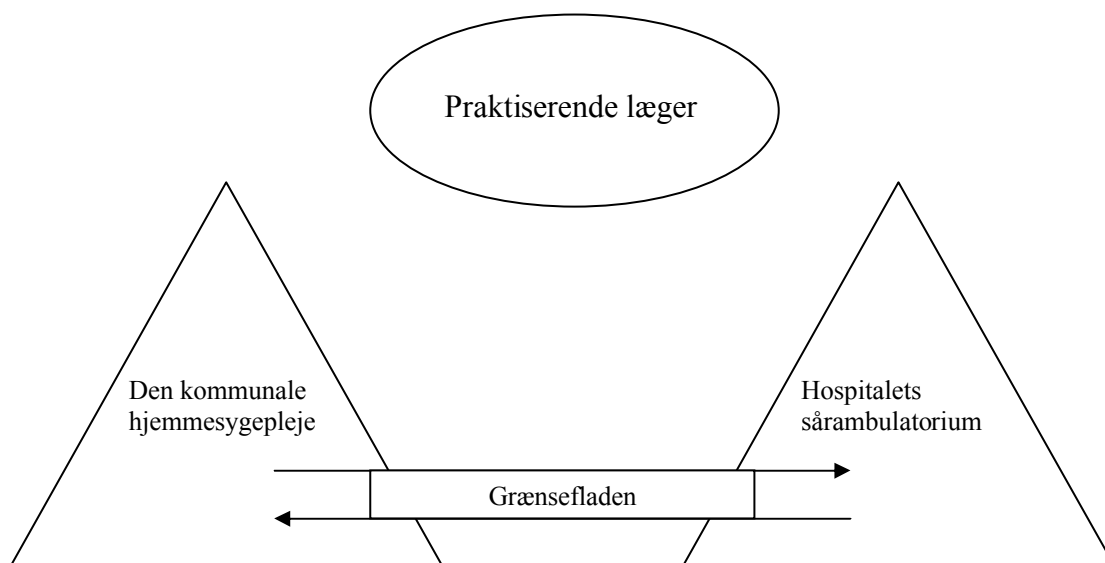


Fig. 4.2 Model af de undersøgte systemiske netværk

På basis af Alter & Hages tredimensionelle typologi er der tale om et symbiotisk samarbejde. Der er ingen konkurrence mellem parterne om serviceydelsen.

Der er kun tale om to parter i samarbejdet i form af den kommunale hjemmesygepleje og hospitalets sårambulatorium. Der er altså med andre ord tale om en dyade med én grænseflade mellem parterne. Endelig er der tale om et bredt samarbejde, idet man er fælles om at producere et produkt eller serviceydelse, i det konkrete tilfælde telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår. Samlet udgør de undersøgte netværk således et bilateralt arrangement mellem to forskellige organisationer, som knyttes sammen for at producere et enkelt produkt.(8) Grænsefladen mellem de to organisationer udgøres af den fælles producerede ydelse, her i form af den telemedicinske diabetes fodsårsbehandling, og de fælles mål og gensidige afhængigheder, som driver parterne til at interagere (18).

Følger man i stedet Gustafssons inddeling, må de undersøgte netværk også kategoriseres som systemiske netværk. Ser man bort fra de praktiserende læger, der som tidligere anført ikke spiller nogen aktiv rolle i de telemedicinske sårbehandlingsforløb, står man med to parter med forskellige capabiliteter, som samarbejder om en totalopgave, der går på tværs af et interorganisatorisk felt. Der er yderligere tale om den underkategori af systemiske netværk, som Gustafsson kalder brudfladenetværk for at understrege, at parterne er bundet af mandater og deres tilknytning til deres respektive moderorganisation. (9) På den måde tilføres netværksaktørerne et særligt spændingsforhold og krydspres mellem hierarkiet i

moderorganisationerne og det horisontale samarbejde med aktørerne i de andre organisationer. Det er netop denne grænseflade, som jeg ønsker at analysere i det følgende afsnit.

Forinden vil jeg kort opsummere, at de to undersøgte netværk organisatorisk set er ens konfigureret. Der er tale om den simpleste form for systemiske netværk med kun to aktivt involverede organisationer – en dyade. Der er ligeledes tale om small scale projekter, idet der kun indgår ét hospitalsambulatorium og en kommune i begge undersøgelser – også selvom der er tale om henholdsvis landets største kommune (København) og 4. største kommune (Odense).

Antallet af telemedicinske sårbehandlingsforløb har i projektperioden også været begrænset:

Spl OK: Nu har vi jo ikke haft ret mange borgere på telemedicin for at sige det lige ud. Lige nu har vi kun to i hele Odense Kommune, der er med i projektet. Så det er jo sparsomt, hvad vi har af faktiske erfaringer med det.

Som jeg har demonstreret i fig. 4.2 er der i de undersøgte netværk kun én interorganisatorisk grænseflade. Den vil jeg nu sætte fokus på og analysere.

4.2 Fokus på grænsefladen

Interorganisatorisk konflikt

De telemedicinske sårbehandlingsforløb analyseres i et interorganisatorisk perspektiv. I henhold til Alter & Hage er interorganisatoriske netværk kognitive strukturer med en erkendelse af gensidig afhængighed. Men der er ikke nødvendigvis en fælles erkendelse af mål, metoder og strategier. Konflikter er almindelige. De definerer konflikt som: Uenighed, disharmoni og strid om mål, metoder og policies (=strategier) mellem individer og organisationer i et interorganisatorisk netværk.

Men konflikt er vanskelig at måle. Problemet ved ethvert forsøg på at måle konflikt er, at ledere og netværksaktører kan være tilbageholdende med at afsløre graden af konflikt i deres netværk, fordi det er et emne ladet med politisk bibetydning og mulige negative konsekvenser, hvis fortroligheden brydes (8). Man mener derfor, det er bedre at undersøge

uenigheder om specifikke aspekter ved det systemiske netværk, som for eksempel mål, metoder og midler.

Brown (18) definerer konflikt som inkompatibel adfærd mellem parter, hvis interesser er forskellige. Der indgår således to elementer i hans konfliktdefinition: Adfærd og interesser. Videre defineres interesser som "recognized and unrecognized stakes that are affected by the interaction of parties". Der kan både være tale om fælles interesser, hvor begge parter står til at vinde ved samarbejdet og modstridende interesser, hvor kun den ene part står til at vinde på bekostning af den anden. Ofte er der dog tale om et miks af fælles og modstridende interesser. Imidlertid erkender parterne ikke altid deres egne interesser præcist. Inkompatibel adfærd defineres som "actions by one party intended to oppose or frustrate the other party." Hvad angår adfærd pointerer Brown, at der er tale om bevidst adfærd. Tilfældig adfærd eller frustration hos den ene part er ikke inkluderet.

Brown anbefaler desuden, at organisatoriske grænseflader og konflikter heri analyseres på basis af fire elementer:

- 1) Definitionen og organiseringen af selve grænsefladen.
- 2) De involverede parters/organisationers interesser og karakteristika
- 3) Påvirkningen fra både de umiddelbare og de større omgivelser (kontekst)
- 4) Roller og personlige karakteristika for de aktører, som repræsenterer de involverede parter i grænserelationen.

De observerbare begivenheder i en grænseflade er således resultatet af et samspil mellem de fire elementer.

Jeg vil her sætte fokus på det tværgående samspil i grænsefladen mellem aktørerne fra de to parter, som indgår i den opgavefunktionelle sammenhæng i forbindelse med den telemedicinske sårbehandling. Jeg ønsker imidlertid at inddrage alle fire elementer fra Browns konfliktanalyse, hvor jeg finder tegn på konflikter. Jeg vil dog lige vende tilbage til mit teoretiske udgangspunkt:

Problemerne i grænseflader kommer i henhold til Brown til udtryk i form af enten **for meget konflikt** eller **for lidt konflikt**. Ved **produktiv konflikt** er der konstruktivt samspil mellem parterne. Her vil jeg henvise til kapitel 3 p. 27, hvor de tre konfliktformer er uddybet.

Brændpunktsanalyse

Til undersøgelsen af det tværgående samspil i grænsefladen mellem organisationerne med fokus på konflikt vil jeg anvende en brændpunktsanalyse. Analysemetoden har tidligere været anvendt af Gustafsson og Seemann og er blandt andet beskrevet i "Shared Care" (19).

Man sætter fokus på relationer mellem parterne i et socialt system – i dette tilfælde et systemisk netværk. Via parternes beskrivelser af og vurderinger af disse relationer kortlægges gensidige beklagelser. Der kan herved danne sig en række typiske eller gentagne beklagelser omkring de forskellige relationer.

Man analyserer beklagelserne for at afdække, hvad det er, der truer parterne og hvilke forstyrrede forventninger, der ligger bag beklagelserne.

Man koncentrerer sig om de områder/relationer, hvor der er fortætninger af forstyrrede forventninger. Der er ofte forsvarsmekanismer fra den ene eller flere parter. Det er vigtigt at have dette med i analysen. Man kan herefter forsøge at klarlægge bagvedliggende problemer. Ved brændpunkter i organisatoriske grænseflader forstås kritiske samarbejdsrelationer, hvor der er tilbagevendende problemer, selvom man ofte har prøvet at løse dem. Det kan også være problemer ved nye ordninger, hvor det ser ud til, at det er svært at finde rimeligt holdbare løsninger.

Netværksaktører er fanget i krydspresset mellem to verdener. For at kunne påvirke de andre deltagende parter i netværket kræves gode forhandlingsevner, politisk tæft og uformelle indflydelsesstrategier. Vertikalt påvirkes repræsentanterne af deres ledere i egen organisation, som har formel autoritet over dem og nogle gange forventer større lydighed og efterlevelse af dem, end de kan rumme og samtidig forblive effektive i det horisontale samarbejde over grænsefladen. (18)

Brændpunkter vil typisk forekomme, hvor der er:

- Uenighed om, hvem der skal gøre hvad (domænekonflikt)
- Uenighed om behandlingsteknologi, arbejdsmetoder og principper (teknologikonflikt)
- Uenighed om mål og vurderingskriterier
- Forskelle i parternes interne strukturer, kulturer og processer
- Forskelle i parternes ønske til samarbejdsform/reasonsudformning

Brændpunktsanalyse af interviewdata

Jeg har i mine forskningsinterviews haft fokus på at afdække de fem ovennævnte typiske brændpunkter. Efter en delanalyse af hver af de fem brændpunktskategorier vil jeg i det efterfølgende afsnit om opsamling af brændpunktsanalysen samle op på de fem delanalyser og ved tegn til konflikt gå et lag dybere og sætte fokus på de bagvedliggende årsager til konflikterne under anvendelse af Browns fire elementer eller niveauer for konflikt.

1) Er der tegn på domænekonflikter?

Læge BBH: *Vi havde jo opfølgingsmøde i sidste uge med den sidste gruppe, der havde været på uddannelse her hos os... Og der var mange af dem, der ikke vidste, hvor de stod i dag. De vidste ikke om de kunne klare at opfylde vores ønsker om at lægge information ind hver 14. dag på deres patienter.*

Spl BBH: *Nogle gange kan den sygeplejerske, der skriver til os, nærmest være forudindtaget af, at denne patient skal ses på sårcenteret og så nærmest have skrevet, at patienten skal møde her allerede i det første notat. Det er jo ikke som udgangspunkt målet for os med telemedicin. Det er ikke, at alle patienter absolut skal herind.*

Spl KK: *jeg synes faktisk, at der er helt klare retningslinjer.*

Læge OUH: *Der hvor jeg måske synes, at der har været en ændring er, at der kommer et lidt større pres på os, ved at sygeplejerskerne i primærsektoren bruger os frem for at bruge de praktiserende læger. Der har vi lidt en disput i øjeblikket.*

Spl OUH: *Men der er skriftlige aftaler på samarbejdet med primærsektoren.*

Spl OK: *Jeg savner, at vi kan gå tilbage til der synkrone, hvor jeg er ude ved borgerne og har en konsultation derude, som bliver afsluttet. For jeg synes, der bliver mange hængepartier.*

Borgerne klager også over, at de havde fået opfattelsen af, at de også skulle have en dialog evt. i telefonen med en læge. Det savner jeg meget. Jeg har mange hængepartier, når jeg kommer hjem fra et besøg. Jeg skal nogle gange ringe til borgeren og ringe tilbage til sårambulatoriet i stedet for, at det var planlagt derude fra starten af.

Der er således ikke helt enighed om, hvem der skal gøre hvad i de to netværk. I København er det, der generer på hospitalet, dels manglende efterlevelse i hjemmesygeplejen til at lægge

information ind i sårjournalen med den aftalte frekvens, dels en tendens i hjemmesygeplejen til at være forudindtaget til, om en patient skal følges i sårambulatoriet.

Imidlertid angiver sårsygeplejersken fra kommunen, at der er klare retningslinjer og hun har ikke erkendt de ovennævnte problemstillinger.

I Odense har man en tilsvarende problemstilling i form af et større pres fra sygeplejerskerne i primærsektoren til at bruge hospitalsambulatoriet frem for de praktiserende læger.

Imidlertid angiver informanten fra hjemmesygeplejen også en anden problemstilling, nemlig et ønske om at gå tilbage til den synkrone telemedicin (dvs. direkte on-line kommunikation via internettet med specialisterne på hospitalet, mens hjemmesygeplejersken står ude hos borgeren) Den anvendte asynkrone kommunikationsform medfører mange hængepartier for hende, der kræver opfølgning og dermed mere tid.

Der tegner sig dermed en parallel domænekonflikt i de to netværk, nemlig tendensen til, at en større del af sårbehandlingsforløbene set fra hospitalsambulatoriets side søges presset over i hospitalsregi. Denne problemstilling erkendes dog ikke af informanterne fra de kommunale hjemmesygeplejer. Der er altså ikke overensstemmende erkendelse af denne mulige konflikt imellem primærsektoren og sekundærsektoren.

2) Er der enighed om behandlingsteknologi, arbejdsmetoder og principper (eller tegn til teknologikonflikt)?

Læge BBH: *Sygeplejerskerne ved godt, at vi gerne vil have, at de skal måle areal, men for nogen er det en teknisk udfordring og for andre er det et tidsspørgsmål.*

Spl BBH: *Der kunne det godt være, at vi faktisk skulle lave en beskrivelse, endnu mere detaljeret end det, der er, med hvad er det for nogen ting, der skal dokumenteres.*

Det er de punkter vi bliver ved med at bringe op og derfor kan man sige, at det kan være vi skal lave en guide og sige: "Vær så god. Her er den."

Spl KK: *Ja, stort set (enighed)*

Læge OUH: *Vi har en helt fast holdning til, at de her patienter skal ind og stratificeres.*

Spl OUH: *Nej. Allerede inden det her, havde vi jo et rigtigt godt samarbejde med kommunerne og de sårsygeplejersker der er derude, de er jo meget interesseret i at følge de behandlingsprincipper og anbefalinger, der kommer her indefra. Vi har gjort et stort forarbejde i forhold til at få det samarbejde op at køre allerede inden der blev tænkt på telemedicin.*

Spl OK: *Ja det tror jeg nok. Jeg har ikke hørt andet.*

Her er ikke parallelitet mellem de to netværk. I København er man ikke helt enige om behandlingsteknologi og arbejdsmetoder mellem parterne. Problemet begrænser sig dog til hospitalspartens irritation over manglende såropmåling og dokumentation i hjemmesygeplejen, hvor informanten fra den kommunale hjemmesygepleje ikke er klar over dette problem.

I Odense derimod har jeg ikke fundet holdepunkter for teknologikonflikter.

Er der enighed om mål og vurderingskriterier?

Spl BBH: *Der er ikke klart beskrevet, at de skal være i telemedicin i hele forløbet, for det har vi ikke nogen aftale om.*

Spl KK: *Altså der er nogle, hvor de så skriver: Vi kan godt afslutte i telemedicin nu og der er også nogle, hvor de skriver: Hvis du gerne vil have, de bliver stående, er det ok, men ellers kan vi afslutte.*

Spl OUH: *Ja det synes jeg egentligt. Vi er ikke i tvivl, når de ringer ind og beder om hjælp.*

Læge OUH: *Vi har kunnet fornemme, at de kriterier, vi har udstukket, den undervisning vi har gennemført, har medført, at det er sjældent vi får falske alarmer. Det går meget godt.*

Spl OK: *Nej ikke altid. Vi oplever, at sårambulatoriet skifter hyppigere end vi vil herude i hjemmeplejen. Vi oplever, at hvis et sår næsten er ophelet og vi kan gå ned til behandling 2 gange om ugen, så vil de gerne 3 gange om ugen. Og der er ikke nogen begrundelse for hvorfor. Så vi er ikke altid enige, nej det er vi ikke.*

Her er det interessant at bemærke, at der er parallelitet mellem besvarelsene fra hospitalsambulatorierne i de to netværk. Ingen af stederne har man erkendt væsentlige uenigheder med den kommunale hjemmesygepleje om mål og vurderingskriterier. Til gengæld beretter informanten fra den kommunale hjemmesygepleje i både Odense og København, at der er uenigheder. I København er man ifølge hjemmesygeplejersken ikke altid enige om, hvornår patienten kan afsluttes i det telemedicinske behandlingsforløb. I Odense er man ikke altid enige om, hvor hyppigt et sår skal skiftes – ifølge hjemmesygeplejersken. Det

betyder, at der heller ikke her findes en overensstemmende erkendelse af den mulige konflikt mellem primærsektoren og sekundærsektoren.

4) Er der forskelle i parternes interne strukturer, kulturer og processer?

Læge BBH: *Næh, det startede jo med, at vi mødtes og prøvede at konstruere det her som samarbejde, prøvede at skrive, hvad det skulle indeholde... Så på den måde er det vores fælles – så siger man så som politiker vores fælles barn. Det har måske også noget at gøre med, at økonomien har været sådan, at vi har ikke betalt hinanden. Københavns Kommune var finansieret og vi var finansieret af Regionen, så på den måde har det kunnet lade sig gøre, uden at vi har skullet skændes om, hvem der skulle have hvilke ressourcer.*

Spl BBH: *En enkelt ting, som jeg også tror, er årsagen til, at det er så godt. Det er, at vi også er meget anerkendende overfor det, som man nu går og laver, altså den dokumentation, som foregår. At vi forsøger at anerkende, tale meget positivt om det, der nu foregår til den enkelte sygeplejerske. Vi er meget opmærksomme på, hvordan vi kommunikerer.*

Spl KK: *Jeg kan jo ikke svare for alle, som er i primærsektoren. Jeg kan jo kun svare for mig selv. Jeg synes...altså jeg har selv arbejdet så mange år på hospital, så det synes jeg jo ikke. Altså jeg kan godt sætte mig ind i begge dele, synes jeg.....Så jeg synes ikke, det er noget problem.*

Spl OUH: *Det kan være en udfordring at finde den sårsygeplejerske, der kører med telefonen den dag. Det håber vi på bliver bedre.*

Læge OUH: *Der er en lang række telefoner derude i sving. Så du kan godt komme til at lave nogle telefonopkald. Så skulle man løse noget, så skulle det være én telefonlinje igennem. Vi har en lang række personer involveret i det her, så det kan være svært at finde den, man skal ringe til. Men generelt kan vi gå ind og se i sårdata-basen, hvem der sidst har haft konsultation, og så er det dem, vi prøver at få fat på. Så det er et teknisk problem.*

Der hvor vi har oplevet problemer er nok, at der bliver brugt så meget tid på det ude i primærsektoren, at nogle ledere har sagt: Nu må I gøre et eller andet. I bruger for meget tid der. I kan ikke nå det I skal.

Spl OK: *Nej. Det oplever jeg ikke så meget herude hos os.*

På dette punkt har man forskellige erfaringer i de to netværk. I København ser ingen af parterne faktisk forskelle i interne strukturer, kulturer og processer, som gør det svært at nå

hinanden. Begge parter er meget positive. I Odense derimod opleves det som et problem i hospitalsambulatoriet, at det nogle gange kan være svært at finde og komme igennem til den rette sårsygeplejerske i hjemmesygeplejen. Det anses dog mest for et teknisk problem. Informanten i den kommunale hjemmesygepleje har imidlertid ikke oplevet problemer i denne kategori. Der er således ikke overensstemmelse mellem de to parter i netværket.

5) Er der forskelle i parternes ønsker til samarbejdsform/reasonsudformning?

Læge BBH: *Der er meget vigtigt for os, at vi ikke er arbejdsgivere for dem og vi skal ikke i telemedicin sår Samarbejdet genere deres daglige arbejdsgang... På alle møder forsøger vi ikke at være arbejdsgivere for de hjemmesygeplejersker. Det er et samarbejde vi har og ikke os, der beordrer dem til noget.*

Spl BBH: *Man må sige, at de beslutninger der måtte ligge her, så sidder både A og jeg i styregruppen med Københavns Kommune. Det samarbejde vi har der på tværs, der kan det godt være, at Københavns Kommune er kommet og sagt, at de stiller krav om det og det. Så må vi jo finde en løsning på et eller andet. Det er et samarbejde. Det er ikke sådan, at den ene part bestemmer.*

Læge BBH: *der har været nogle ledere i nogen af lokalområderne, som ikke gav den samme opmærksomhed til det her eller prøvede at indpasse det. Det er det jo vigtigt, at man har aftalt med hele organisationens øverste ledelse, at det er sådan her vi gør det. Så du ikke skal stå inde på dit hospital og så ringe til den her områdeleder og sige: Hør lige her, sygeplejersker skal altså have tid til at udfylde de her sedler.*

Spl KK: *I forhold til Bispebjerg synes jeg, at samarbejdet er rigtig, rigtig fint. Bare det, at man også lærer dem godt at kende derude.*

Spl OUH: *Kommunerne vil gerne have mange flere patienter i telemedicin. De, der er i gang og hvor sårsygeplejersken fungerer allerbedst, vil rigtig gerne have flere. Så de har en sparringspartner.*

...Vi vil have uddannede, velkvalificerede samarbejdspartnere. Hvis det skal være vores forlængede arm ude i samfundet, så vil vi også vide, at dem der sidder ude for den anden ende af armen, det er nogen vi kan regne med. Hvor vi ved, at hvis vi siger: Gør sådan og sådan! Så er det sådan og sådan, der bliver gjort... Det er noget, vi står meget stejlt på.

Læge OUH: *Vi oplever, at nogle af de bandageskift, der foregår ude i primærsektoren, de varetages måske også af en SOSU-assistent. Uden at forklejne det, synes vi ikke, det giver en sikkerhed. Så vi sætter meget ind på at lave undervisning for de folk, som vi tror, vi kan stole på og som vi så lytter til. Hvis de råber vagt i gevær, så tager vi det højtideligt.*

Spl OK: *Jeg vil gerne have det synkront. Ellers tror jeg ikke, der er noget specielt. Men jeg vil gerne tilbage til den synkrone, for det her telemedicin handler jo også om, at borgerne ikke skal ud på sygehuset. Men i princippet går de jo så glip af en lægekonsultation – og det går borgerne meget op i. Da vi havde den synkrone oplevede de, at de var med. Nu er det også mig, der snakker med en læge, uden at borgeren er i nærheden. Det synes jeg også er lidt mærkeligt. For det er jo en konsultation. Borgeren er en meget vigtig part i den trekant. Jeg synes, borgeren bliver skubbet lidt ud på et sidespor.*

Heller ikke under dette sidste punkt er der samstemmende erfaringer i de to netværk. I København synes samarbejdet generelt at være velfungerende og indfrier parternes ønsker til samarbejdsform/relationsudformning.

I Odense er der imidlertid problemer og der er ikke overensstemmelse mellem parterne. På hospitalsambulatoriet føler man sig presset fra kommunal side til at inkludere flere patienter i telemedicinske behandlingsforløb. Man er heller ikke tilfreds med, at sårbehandlingen ikke altid varetages af, hvad man fra hospitalsside opfatter som kvalificeret personale. Man ønsker samarbejdspartnere, som man kender og har tillid til.

Informanten i den kommunale hjemmesygepleje er derimod utilfreds med, at den telemedicinske kommunikation ikke foregår synkront, mens hun befinder sig i borgerens hjem. Hun er bekymret for, at borgeren bliver skubbet ud på et sidespor. Ellers synes hun ikke, der er noget specielt.

Her er der altså klart tale om en uoverensstemmelse mellem parternes ønsker til samarbejdsform/relationsudformning.

Som nævnt i indledningen af afsnittet vil jeg nu samle op på de fem delanalyser og ved tegn til konflikt gå et lag dybere og sætte fokus på de bagvedliggende årsager til konflikterne under anvendelse af Browns fire elementer.

Opsamling på brændpunktsanalysen

Ved brændpunkter i organisatoriske grænseflader forstås kritiske samarbejdsrelationer, hvor der er tilbagevendende problemer, selvom man ofte har prøvet at løse dem. Det kan også være problemer ved nye ordninger, hvor det ser ud til, at det er svært at finde rimeligt holdbare løsninger. (19) I analysen af mine interviewdata – også de interviewdata, som ikke er direkte refereret i det foregående afsnit – har jeg imidlertid ikke fundet mange tilbagevendende problemer, som efter denne definition kan betegnes brændpunkter. Generelt har alle seks informanter fra begge de undersøgte systemiske netværk været meget positive i deres udsagn om samarbejdet og deres modparter i den interorganisatoriske grænseflade. Imidlertid har jeg i min analyse afdækket nogle mere eller mindre åbenlyse konflikter, hvor jeg derfor nu vil søge at klassificere konflikterne som *for meget konflikt*, *for lidt konflikt* eller *konstruktiv konflikt*. Efterfølgende vil jeg sætte fokus på de bagvedliggende årsager under anvendelse af Browns fire elementer. (18).

Med hensyn til mit første analysespørgsmål, om der er en **domænekonflikt**, må svaret være JA.

Både i København og Odense oplever man i sårambulatorierne et større pres fra den kommunale hjemmesygepleje for at få sårene over i hospitalsregi. Af svarene fra informanter i sårambulatoriet fremgår imidlertid, at man ikke har konfronteret den kommunale hjemmesygepleje med denne problemstilling og i den kommunale hjemmesygepleje har man ingen erkendelse af dette problem. Her er altså tale om en konflikt af typen *for lidt konflikt* og jævnfør kapitel 3 fig. 3.1 er der tale om en særudgave af *for lidt konflikt* i form af "aftalt spil" (interorganizational collusion) mellem parterne, idet de undertrykker deres forskelligheder og går på kompromis med deres autonomi fra hospitalsparten, men ikke har erkendt problemerne hos den anden part i den kommunale hjemmepleje. En undertrykkelse af væsentlige konflikter reducerer informationsstrømmene og kan medføre fordomme og myter eller stereotype opfattelser af den anden part. (19)

Mit andet analysespørgsmål handlede om tilstedeværelsen af en eventuel **teknologikonflikt**. Her er det korte svar NEJ, når det handler om netværket i Odense. Derimod er der i København tilsyneladende tale om en mindre konflikt. Problemet begrænser sig dog til

hospitalspartens irritation over manglende såropmåling og dokumentation i hjemmesygeplejen, hvor informanten i hjemmesygeplejen ikke er klar over dette problem. Altså også her tale om en speciel udgave af *for lidt konflikt* af typen "aftalt spil", idet problemet kun kommer til udtryk hos hospitalsparten.

Mit tredje analysespørgsmål gik på, om der er **uenighed om mål og vurderingskriterier**. Hertil er svaret JA, men det drejer sig om forskellige problemstillinger i de to undersøgte netværk.

I København er der ikke helt enighed om, hvornår en patient skal afsluttes i et telemedicinsk behandlingsforløb og her giver begge organisationsparter udtryk for problemet. Her kan altså være tale om *konstruktiv konflikt*, idet begge parter er opmærksomme på problemet og er åbne for indgåelse af en aftale ved forhandling.

I Odense derimod ser informanterne på sårambulatoriet ingen uenigheder om mål og vurderingskriterier. Derimod er informanten fra hjemmesygeplejen ikke enig i sårambulatoriets mål for hyppigheden af sårskift. Her er således også tale om et tilfælde af *for lidt konflikt*, men mere i form af *interorganisatorisk isolation*, idet man på sårambulatoriet anbefaler sårskift tre gange ugentligt, mens man i hjemmeplejen rent faktisk kun skifter to gange ugentligt, uden at denne uoverensstemmelse er afklaret mellem parterne.

Det fjerde analysespørgsmål handler om **forskelle i interne strukturer, kulturer og processer**.

Her har mine interviews ikke afdækket brændpunkter i København, hvor parterne tværtimod udtaler sig meget positivt.

I Odense derimod opleves det som et problem i hospitalsambulatoriet, at det nogle gange kan være svært at finde og komme igennem til den rette sårsygeplejerske i hjemmesygeplejen. Det anses dog mest for et teknisk problem. Informanten i den kommunale hjemmesygepleje har imidlertid ikke oplevet problemer i denne kategori.

Her er således også tale om et tilfælde af *for lidt konflikt*, men det skal retfærdigvis nævnes, at problemet af sårambulatoriet betragtes som mindre væsentlig og mest af teknisk karakter.

Mit femte og sidste analysespørgsmål går på **parternes ønsker til samarbejdsform eller relationsudformning**.

I København synes samarbejdet generelt at være velfungerende og indfrier parternes ønsker til samarbejdsform/relationsudformning. Her finder jeg altså i mine interviews ingen åbenlyse konflikter.

I Odense er der imidlertid tegn til konflikt mellem parterne. På sårambulatoriet føler man sig dels presset fra kommunal side til at inkludere flere patienter i telemedicinske sårforløb, dels er der en vis utilfredshed med, hvad man fra ambulatoriets side betragter som mindre kvalificerede samarbejdspartnere i form af SOSU-assistenten. Man ønsker samarbejdspartnere, som man kender og har tillid til.

Sårsygeplejersken i den kommunale hjemmesygepleje er derimod utilfreds med, at den telemedicinske kommunikation ikke foregår synkront, mens hun befinder sig i borgerens hjem. Hun er bekymret for, at borgeren bliver skubbet ud på et sidespor. Ellers synes hun ikke, der er noget specielt.

Her har man altså et tilfælde af en manglende fælles erkendelse af konflikt mellem parterne, som må betegnes som *for lidt konflikt*. På begge sider har man nogle uindfrie ønsker til samarbejdsform/relationsudformning, men de fælles problemer bliver ikke erkendt og derfor heller ikke løst.

Fokus på bagvedliggende årsager til konflikt

Brown foreslår, at konflikter i grænsefladen analyseres på basis af fire niveauer:

- 1) Definitionen og organiseringen af selve grænsefladen.
- 2) De involverede parters/organisationers interesser og karakteristika
- 3) Påvirkningen fra både de umiddelbare og de større omgivelser (kontekst)
- 4) Roller og personlige karakteristika for de aktører, som repræsenterer de involverede parter i grænserelationen.

De forskellige niveauer i analysen vidner om, at årsager og virkning af konflikt i sig selv optræder på flere niveauer. (18)

1) Definitionen og organiseringen af selve grænsefladen.

Den interorganisatoriske grænseflade mellem de to organisationer udgøres af netværksaktørerne, som består af henholdsvis læger og sygeplejersker i hospitalets sårambulatorium fra den ene part og kommunale sårsygeplejersker fra den anden part.

Jeg har i mine interviews ikke fundet andre aktive aktører i grænsefladen. På samme måde er grænsefladerne også veldefinerede og udgøres af de telemedicinske sårbehandlingsforløb mellem henholdsvis hospitalets sårambulatorium og den kommunale hjemmesygepleje (se fig. 4.2), idet jeg tidligere har påvist, at der kun er disse to aktive parter i de systemiske netværk både i Odense og København. I de telemedicinske sårbehandlingsforløb er man afhængige af begge parter aktive deltagelse og jeg finder i min analyse heller ikke holdepunkter for væsentlige konflikter på dette punkt, tværtimod er begge parter meget positive i omtalen af samarbejdet og den anden samarbejdspart. Man har et fælles mål i form af ophelingen af diabetiske fodsår, men man er dog ikke helt enige om, hvornår den enkelte patient kan afsluttes i et telemedicinsk forløb.

På samme måde er grænsefladen organiseret på basis af gensidige aftaler mellem parterne og "lukket" for deltagelse af andre netværksaktører end de ovenfor definerede. I Odense har man dog i hospitalets sårambulatorium oplevet problemer i form af deltagelse af "uautoriseret" personale (SOSU-assistent) i den kommunale hjemmesygepleje.

Spl. OUH: *Der er skriftlige aftaler på samarbejdet med primærsektoren.*

Læge OUH: *Vi oplever, at nogle af de bandageskift, der foregår ude i primærsektoren, de varetages måske også af en SOSU-assistent. Uden at forklejn det, synes vi ikke, det giver en sikkerhed. Så vi sætter meget ind på at lave undervisning for de folk, som vi tror, vi kan stole på og som vi så lytter til.*

Konklusivt på basis af mine interviewdata vurderes grænsefladen i begge de undersøgte netværk passende organiseret men også ret impermeabel for deltagelse af andre aktører end dem, som er specificeret i samarbejdsaftalerne.

2) De involverede parter/organisationers interesser og karakteristika

Alle parter i begge de undersøgte netværk giver udtryk for stor interesse og opbakning fra moderorganisationen og der er lige stor interesse for samarbejdet både fra hospitalsside og fra kommunal side. Parterne udtrykker ejerskab til processen. Der er fælles interesse om det overordnede mål i form af bedre kvalitet og effektivitet i behandlingen af diabetiske fodsår, men jeg har også fundet eksempler på konfligerende interesser mellem parterne. Både i Odense og København giver man i hospitalets sårambulatorium udtryk for, at den kommunale hjemmesygepleje presser på for at få flere patienter ind i telemedicinske forløb, der

inkluderer besøg i sårambulatoriet, selv om man fra hospitalsside ikke altid finder det relevant.

Spl BBH: *Nogle gange kan den sygeplejerske, der skriver til os, nærmest være forudindtaget af, at denne patient skal ses på sårcenteret og så nærmest have skrevet, at patienten skal møde her allerede i det første notat. Det er jo ikke som udgangspunkt målet for os med telemedicin. Det er ikke, at alle patienter absolut skal herind.*

Spl OUH: *Kommunerne vil gerne have mange flere patienter i telemedicin. De, der er i gang og hvor sårsygeplejersken fungerer allerbedst, vil rigtig gerne have flere. Så de har en sparringspartner. Det har de ikke nu og det mangler de.*

3) Påvirkningen fra både de umiddelbare og de større omgivelser (kontekst)

I København er samarbejdet tilsyneladende startet og vokset gennem en ægte fælles interesse mellem parterne. Der har desuden været politisk og økonomisk medvind til samarbejdet. Den tredje part i sårbehandlingen, nemlig de praktiserende læger er reelt skrevet ud af samarbejdsaftalen og spiller ikke nogen aktiv rolle i det telemedicinske sår samarbejde, hvilket mine interviewdata har dokumenteret.

Læge BBH: *Der var heller ikke nogen, der kom fra den ene side – enten fra primærsektoren eller fra os – og sagde, at nu skal vi gøre det på den her måde. Næh, det startede jo med, at vi mødtes og prøvede at konstruere det her som samarbejde, prøvede at skrive, hvad det skulle indeholde. Københavns Kommune har jo hele vejen igennem skrevet referater af de møder, vi har haft og den handlingsplan, vi har arbejdet efter, er jo hele tiden blevet modificeret undervejs. Så på den måde er det vores fælles – så siger man så som politiker vores fælles barn eller noget i den retning. Det er det jo, det er jo noget vi har lavet i fællesskab. Der er jo ikke nogen...vi føler os jo ikke trådt på og jeg går da også ud fra, at hjemmesygeplejen i Københavns Kommune heller ikke føler sig trådt på. Fordi det har været et fælles projekt. Det har måske også noget at gøre med, at økonomien har været sådan, at vi har ikke betalt hinanden. Københavns Kommune var finansieret og vi var finansieret af Regionen, så på den måde har det kunnet lade sig gøre, uden at vi har skullet skændes om, hvem der skulle have hvilke ressourcer.*

I Odense har der ikke været samme ubetingede medvind fra omgivelserne til samarbejdet.

Læge OUH: *Det kører jo på projektplan og der har vi så fået en DRG-afregning for telemedicin. konsultationer. Det er jo ikke noget, der ligger fast endnu. Jeg har indtryk af, at det en af de*

tunge ting på bundlinjen, der tæller for de forskellige involverede afdelinger. Og der skal en ordentlig afregning til, hvis man vil tage den til sig. Det synes jeg, vi har mærket meget til.

Spl OUH: Jeg tror da også, at det har noget at gøre med, at det er en ny ting i vores organisation, en ny måde at samarbejde på, som ikke alle har fået ejerskab til endnu. Vi har jo været nødt til at være en lille gruppe, der har startet det her op for at få erfaring med det og finde en form, som vi synes, at vi kan implementere i vores hverdag. Det er vi efterhånden nået til og nu skal vi så til at have det solgt til vores samarbejdspartnere. Der står vi jo kun lige i opstartsfasen. Så jeg tror, at mange sidder med korslagte arme og siger: "Kan de ikke sige andet end telemedicin?" Og det kan vi jo ikke lige nu, fordi vi er så fyldt op og skal have fundet faconen på det og så skal vi have det solgt til de andre.

Til gengæld klager informanten fra Odense Kommune ikke over manglende interesse og opbakning fra moderorganisationen. Informanten har ikke givet oplysninger om påvirkningen fra større omgivelser.

Spl OK: Der er opbakning. Når der har været lidt travlt her pga. ferie og andre årsager, så tror jeg bare det har været almindelig frustration. For alle de penge, som der har været snakket så meget om, de er jo ikke rigtigt fulgt med. Så det har været det økonomiske, der har været kigget meget på. Og det har jeg så også måttet høre lidt på....Det vil være unfair at sige, at det kun handler om økonomi. For ledelsen er faktisk meget interesseret i det

4) Roller og personlige karakteristika for de aktører, som repræsenterer de involverede parter i grænserelationen.

I hospitalsorganisationen både i Odense og København optræder mine fire informanter både som netværksaktører på det udførende niveau, men de er også begge steder repræsenteret i ledelsessammenhæng i egen organisation:

Læge OUH: De, der er repræsenteret ved de her kvartalsmøder, er jo også folk, der sidder i ledelsen i hjemmeplejen og udover det så er der også sårsygeplejersker. Jeg ved ikke, om vi har et formelt mandat. Men der er jo en styregruppe for det hele og der bliver det også vendt, hvis der er nogle ting, som man skal have besluttet på et lidt højere niveau. Så uddrager vi konsekvensen af de møder og sender det videre. Jeg sidder så i begge fora og kan tage det med fra det ene til det andet.

Læge BBH: Min rolle i opbygningen af det har så været, at jeg i en lang periode har været sammen med Københavns Kommune om at opbygge det samarbejde, vi havde sammen. Min

nuværende rolle er, at jeg sammen med afdelingssygeplejersken står for den overordnede, daglige stillingtagen til, hvad der skal ændres på, hvad der skal fortsætte og hvordan det går med det og det undervisning, der er forbundet med det, og kontakter i det hele taget til vores samarbejde om den nationale udrulning og den regionale udrulning og i det hele taget.

I den kommunale hjemmesygepleje både i Odense og København har de to interviewede sårplejersker alene været netværksaktører på det udførende niveau og har ikke haft noget formelt ledelsesmæssigt mandat.

Det gælder imidlertid for alle seks interviewede netværksaktører, at de har været nøglepersoner og alle aktivt involverede i samarbejdet fra starten. Det var jo netop et af kriterierne for udvælgelsen af de seks til informanter. Både informanterne fra hospitalssektoren og informanterne fra den kommunale hjemmesygepleje har i flere sammenhænge under interviewene givet udtryk for krydspres, dels fra ledelse og andre parter i moderorganisationen, dels fra samarbejdspartneren i den interorganisatoriske grænseflade. Et krydspres som de dog alle ud fra mine interviewdata har været i stand til at håndtere.

Alle seks informanter er helt overvejende positive i deres omtale af det telemedicinske interorganisatoriske samarbejde. Det viser sig også i besvarelsen af det generelle spørgsmål: *Hvordan vil du beskrive det nuværende samarbejde på tværs af sektorerne på en fem-punkts skala, hvor 5.fantastisk – 4.godt – 3. neutralt – 2.mindre godt – 1.elendig?*

Her svarer tre 5 (fantastisk), en svarer mellem 4 og 5, og to svarer 4 (godt).

4.3 Succesfaktorer og faldgruber

Haugland har tidligere påvist systematiske forskelle mellem gode og dårlige alliancer. Han har på basis heraf udpeget en række succesfaktorer og faldgruber. (se i denne afhandling kapitel 3 p. 28-29) De praktiske implikationer af hans forskning er for det første, at samarbejde på strategisk vigtige områder giver større gevinster end samarbejde på mere perifere områder. Desuden at samarbejde med komplementære bidrag fra parterne giver bedre resultater end samarbejde med ens bidrag. Dernæst bør man ikke lægge op til for komplekse samarbejdsopgaver. For det fjerde er det vigtigt at investere i selve samarbejdsrelationen. Når det gælder ledelse, organisering og styring, er det vigtigt at bruge tillidsbaserede mekanismer.

Dette tyder på, at gode samarbejdsrelationer er kendetegnet af en positiv gensidig afhængighed mellem parterne og vægtning af tillid som styringsmekanisme. (20)

Jeg vil nu analysere de to systemiske netværk på basis af disse teoretiske perspektiver.

Da der er store organisatoriske lighedstræk mellem de to netværk i Odense og København og tilsvarende en næsten identisk erfaringsperiode på cirka tre år, vil jeg tillade mig, at anskue succesfaktorer og faldgruber i de to systemiske netværk under et. Mine data har ikke vist væsentlige forskelle på de to netværk under de enkelte punkter.

1) Succesfaktorer

Den første succesfaktor **Samarbejde på strategisk vigtige områder** synes klart at være opfyldt for begge de systemiske netværks vedkommende. Jeg vil igen henvise til sundhedsstyrelsens data fra den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår (4) og til Den nationale business case (5). Diabetiske fodsår udgør et stort problem både i primærsektoren og i sekundærsektoren og det er både på grund af det relativt store antal kroniske forløb og på grund af kompleksiteten i behandlingen. Der er således tale om et strategisk vigtigt område for begge parter, repræsenteret ved den kommunale hjemmesygepleje i primærsektoren og sårambulatorierne i sekundærsektoren.

Den anden succesfaktor **Investering i samarbejdet** må også siges at være opfyldt i begge de to undersøgte netværk. Alle informanter giver udtryk for, at der investeres tid, ressourcer og opmærksomhed i det tværsektorielle samarbejde fra de respektive moderorganisationer, selvom der ikke er fuld overensstemmelse mellem netværksaktørernes ønsker og de ressourcer man får tilbudt.

Spl BBH: *Det er ikke kun lokal opbakning. Vi har også opbakning fra Direktionen. De har meget stor nysgerrighed på, hvad der sker i telemedicin.*

Den tredje succesfaktor **Alle parter skal have værdifulde bidrag** er ligeledes opfyldt. Her tænkes blandt andet på de specifikke faglige kompetencer, som parterne i begge sektorer kan bidrage med i de telemedicinske tværsektorielle sårbehandlingsforløb. I mine interviews udtrykker både informanterne i sårambulatorierne og informanterne i hjemmesygeplejen stor tilfredshed og nytte af den gensidige sparring og opgavefordeling i sårbehandlingsforløbene.

Læge BBH: *Vi synes jo, at de informationer vi får, dem responderer vi på og vi synes jo, at i den anden ende, så får vi den effekt, vi gerne vil have. Altså at alle virker tilfredse. Der udtrykkes tilfredshed i kommunikationen der.*

Spl OK: *I forhold til OUH er det klart fordi, vi pga. den her proces med telemedicin har lært hinanden at kende. Det har været fantastisk sparring for mit vedkommende.*

Den fjerde succesfaktor er **Begynd nøgternt og lad samarbejdet udvikle sig gradvist.**

Særligt på dette område har man i begge netværk efterlevet denne succesfaktor. Både i Odense og København er man startet med en beskeden deltagerkreds og et lille patientforløbsantal og har ladet samarbejdet gro op og samtidig følt medejerskab til samarbejdet fra alle parter i netværket. Der er adskillige positive tilkendegivelser om det udviklende samarbejde fra alle informanter i interviewene. Her følger et par eksempler:

Læge BBH: *de fleste af dem, der var med i starten, har været med til at opbygge det - altså det var ikke sådan, at der kom nogen og dikterede ovenfra, at nu skulle det være sådan. Der var heller ikke nogen, der kom fra den ene side – enten fra primærsektoren eller fra os – og sagde, at nu skal vi gøre det på den her måde. Næh, det startede jo med, at vi mødtes og prøvede at konstruere det her som samarbejde, prøvede at skrive, hvad det skulle indeholde. Københavns Kommune har jo hele vejen igennem skrevet referater af de møder, vi har haft og den handlingsplan, vi har arbejdet efter, er jo hele tiden blevet modificeret undervejs. Så på den måde er det vores fælles barn eller noget i den retning. Det er det jo, det er jo noget vi har lavet i fællesskab.*

Spl OUH: *Så vi havde faktisk et rigtig godt samarbejde med kommunerne inden, men det er da blevet styrket, vi er kommet til at lære hinanden endnu bedre at kende.*

Spl KK: *Mine relationer til Bispebjerg er blevet meget nemmere og jeg har også den opfattelse, at de lærer jo os sygeplejersker i primærsektoren at kende efterhånden, for selv om det er stort og det bliver større, så lærer man jo efterhånden de andre at kende og det giver også en tryghed og jo vi kan bruge hinanden begge veje på en positiv måde.*

Den femte succesfaktor er **Åben kommunikation** og her er der også positive tilkendegivelser over hele linjen. Dermed synes denne succesfaktor også opfyldt i begge de systemiske netværk.

Læge OUH: *Nøgleordet er vel den direkte kontakt og den har begge parter interesse i.*

Spl BBH: *En enkelt ting, som jeg også tror, er årsagen til, at det er så godt. Det er, at vi også er meget anerkendende overfor det, som man nu går og laver, altså den dokumentation, som foregår. At vi forsøger at anerkende, tale meget positivt om det, der nu foregår til den enkelte sygeplejerske, for at netop også at højne hendes kompetencer for at få det til at blive endnu bedre. Vi er meget opmærksomme på, hvordan vi kommunikerer.*

Den sjette og sidste succesfaktor er **tillid og personlige relationer**.

Det er vigtigt at skabe tillid mellem parterne og udvikle gode personlige relationer.

Samarbejde handler om at koordinere aktiviteter mellem organisationerne uden at vide nøjagtigt, hvordan dette skal ske. Gennem tillid knyttes parterne sammen ved at skabe en fælles identitet og forståelse for, hvad samarbejdet er og hvad de skal bidrage med(20).

At der gennem det telemedicinske sår-samarbejde er udviklet et øget kendskab til hinanden og opbygget værdifulde tillidsrelationer mellem parterne på tværs af sektorerne er noget alle seks informanter giver udtryk for. Jeg vil her nævne et par relevante eksempler:

Spl OK: *Vi har lært hinanden at kende og har ansigt på hinanden. Det betyder også rigtig meget. Så vi har nogle gode dialoger.*

Spl BBH: *vi har lært nogen hjemmesygeplejersker meget bedre at kende, vi kender bedre til deres kompetencer, ved hvad de står for og det har medført, at vi har et bedre kendskab, lige som de har et andet kendskab til, hvad står vi ligesom for her på Sårcenteret og hvad står de for ude i kommunerne. Vi har fået meget mere viden om hinanden og lært en masse ting, så på det punkt – samarbejdet med primærsektoren – det er forandret til det mange gange bedre.*

Det er således evident, at der er masser af succesfaktorer i de tværsektorielle samarbejdsrelationer i de to undersøgte netværk. Jeg har fundet eksempler på alle de seks vigtige succesfaktorer, som fremhæves af Haugland. Men hvordan forholder det sig omvendt med faldgruberne?

2) Faldgruber

Det er langt vanskeligere at finde eksempler på faldgruber i det undersøgte tværsektorielle samarbejde.

Haugland peger på fem vigtige faldgruber. Den første er, at **samarbejdet bliver for komplekst**. Det er en almindelig fejl, at parterne lægger op til et for komplekst samarbejde. Et komplekst samarbejde vil være specielt vanskeligt at håndtere, når parterne indleder et samarbejde uden at de har tidligere erfaring fra at arbejde sammen. I sådanne situationer, hvor parterne på forhånd ved lidt om hinanden, har man som udgangspunkt begrænset viden om, hvordan man i fællesskab vil kunne løse problemer.

Både i Odense og København angiver man imidlertid, at man havde et eksisterende samarbejde om de tværsektorielle sårbehandlingsforløb og havde et vist kendskab til hinandens kompetencer inden den telemedicinske samarbejdsaftale blev en realitet.

Ingen af informanter har givet udtryk for, at samarbejdet er for komplekst.

Spl BBH: *Det har medført store forandringer, men det er jo ikke telemedicin i sig selv. Det er mere det, at vi har lavet det her uddannelsesprogram, vi har lært nogen hjemmesygeplejersker meget bedre at kende, vi kender bedre til deres kompetencer, ved hvad de står for og det har medført, at vi har et bedre kendskab, lige som de har et andet kendskab til, hvad står vi ligesom for her på Sårcenteret og hvad står de for ude i kommunerne.*

Spl OUH: *vi havde faktisk et rigtigt godt samarbejde med kommunerne inden, men det er da blevet styrket, vi er kommet til at lære hinanden endnu bedre at kende.*

Den næste faldgrube er **mangel på gensidig tilpasningsevne**. Ved indledningen af et samarbejde vil det ikke være muligt detaljeret at foreskrive, hvilke tilpasninger, der kan blive aktuelle. Derfor må parterne være indstillet på nye tilpasninger, hvis omstændighederne efterfølgende ændrer sig.

Jeg finder meget få indikationer på dette problem i mine interviewdata.

Om samarbejdet med kommunen udtaler man sig på hospitalerne:

Læge OUH: *Det har været et langt, langt tovtrækkeri, fordi de har virkelig skullet lave meget om på deres arbejdsrutiner. Men jeg synes i et vist omfang, det er lykkedes.*

Spl BBH: *Med Københavns Kommune har vi jo en helt klar aftale med, som i øjeblikket er ved at blive revideret. For det trænger den til, der var for mange ting, der skulle ændres i den. Sådant rent praktiske ting, arbejdsgange der har ændret sig.*

Informanten fra Odense kommunes hjemmesygepleje er dog mere forbeholden i forhold til det telemedicinske samarbejde:

Spl OK: *Det er i princippet blevet hevet ned over hovedet på os. Og jeg tror, det er blevet hevet noget hurtigere ned over hovedet, end vores ledere selv har erkendt. Jeg ved ikke, hvad der skete der for snart tre år siden. For vi var faktisk ikke informerede om noget som helst. Jeg er blevet kylet lige ud i det. Men jeg synes, det har været virkeligt spændende og jeg har lært rigtig, rigtig meget af det. Jeg har også taget alle de udfordringer op, der har været.*

Den tredje faldgrube er **ubalanceret samarbejde**. Her tænkes på det forhold, at der kan være ulige interesse blandt parterne for at drive samarbejdet fremover, og at parterne bidrager med ulige grader af ressourcer og kompetencer. Det er ikke tilfældet i de to undersøgte netværk. Tværtimod har jeg fundet mange eksempler på, at alle parter har haft værdifulde bidrag til samarbejdet. Se under succesfaktoren **Alle parter skal have værdifulde bidrag**.

Hvis **en af parterne føler sig udnyttet** kan man ikke få et frugtbart samarbejde, specielt ikke hvis en af parterne bevidst søger at udnytte samarbejdspartneren. Jeg har imidlertid heller ikke fundet udsagn fra nogen af informanterne, der kunne støtte denne faldgrube.

Endelig er **mangel på dynamik og udvikling** et femte problemområde. Enhver samarbejdsrelation skal vedligeholdes. Hvis det ikke finder nogen udvikling sted, vil der være fare for, at samarbejdet går i opløsning.

Der er ikke fundet holdepunkter for, at dette skulle være noget problem i de to systemiske netværk. I begge netværk holder man regelmæssige møder, hvor parterne udveksler erfaringer og ideer. I Odense foregår disse møder kvartalvist. I København har men haft de første to møder mellem parterne med tre måneders interval og efterfølgende årligt. Ingen af informanterne har givet udtryk for bekymringer over modpartens mangel på dynamik og udvikling.

Delkonklusion på succesfaktorer og faldgruber i de to netværk

Samtlige de af Haugland udpegede succesfaktorer har været til stede i de undersøgte tværsektorielle samarbejdsrelationer i de to telemedicinske netværk. Derimod har det været meget vanskeligt at påvise faldgruber. Det er jo heller ikke overraskende på baggrund af den

massive forekomst af succesfaktorer. Der synes dog at have været udfordringer i forhold til en enkelt faldgrube, nemlig mangel på gensidig tilpasningsevne, hvor der har været behov for forhandling mellem parterne for at få enderne til at hænge sammen.

Jeg har nu analyseret de to telemedicinske netværk i Odense og København og karakteriseret dem som systemiske netværk i form af en dyade og efterfølgende opsamlet erfaringer af organisatorisk karakter, herunder afdækket konfliktformer i den interorganisatoriske grænseflade ved anvendelse af en brændpunktsanalyse. Endelig har jeg interesseret mig for succesfaktorer og faldgruber i samarbejdet. Det rejser naturligt behovet for at se nærmere på, hvilke ledelsesmæssige erfaringer og udfordringer, der har været i de to netværk i den cirka tre år lange periode, som min undersøgelse omfatter.

4.4 Implikationerne for IO-ledelse

Som jeg kort omtalte i afsnit 3.1 vil jeg her primært tage teoretisk afsæt i Gustafsson: Lederskab i interorganisatoriske nätverk för folkhälsa och välfärd. I Axelsson og Bihari Axelsson (red.): Folkhälsa i Samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer(9) .

I et interorganisatorisk perspektiv er koordineringen mellem parterne en meget væsentlig ledelsesmæssig opgave. Her er det netop netværket og integrationen af parternes bidrag, som er det centrale fokus og mål. Men interorganisatorisk ledelse omfatter både ledelse i egen enhed og i netværket. Selv i netværk, hvor der er udpeget en netværksledelse, der har visse beføjelser i relation til netværksprocesserne, vil der være andre betydelige magtcentre i netværket, som i væsentlig grad begrænser netværksledelsens autoritet. Jeg har tidligere omtalt, at det skaber krydspres for netværkslederne, at de både skal varetage de horisontale processer i relationen til samarbejdsparterne i netværket og samtidig er underlagt mere traditionelle vertikale ledelsesreferencer i egen organisation.

Inden jeg går videre i undersøgelsen af de ledelsesmæssige implikationer, vil jeg dog påpege begrænsningerne i mine interviewdata til afdækning af dette perspektiv. Både i Odense og København er det kun informanterne fra sekundærsektoren (hospitalernes sårambulatorier), der både har haft rollen som netværksledere og samtidig har haft ledelsesmæssige beføjelser i

egen organisation. Til gengæld gælder det både de to lægelige informanter, der begge er overlæger og de to sygeplejefaglige informanter, der begge er afdelingssygeplejersker. De angiver alle fire, at de både har deltaget i ledelsesfora i egen organisation og samtidig har været meget aktive i de horisontale processer i relation til det tværsektorielle telemedicinske samarbejde.

I den kommunale hjemmesygepleje derimod – og det gælder både informanten i Odense og København – har de to interviewede sårsygeplejersker begge været meget aktivt involverede fra starten af det telemedicinske sår-samarbejde, hvor de også begge har deltaget i organisatoriske møder med samarbejdspartnerne i sekundærsektoren. Men de har ikke haft formelle ledelsesmæssige beføjelser i egen organisation, hvor mine interviewdata således alene har kunnet afdække *deres* oplevelser og erfaringer med ledelsen i egen organisation. Jeg vil nu undersøge de to systemiske netværk på basis af den generelle interorganisatoriske ledelsesmodel, som anvendes af Gustafsson(9) og baserer analysen på følgende elementer: 1) Omgivelserne og netværkets parter, 2) Netværksstrategien, 3) Netværksrelationerne, 4) Netværkssystemerne, 5) Netværkskompetencerne, 6) Netværkskultur og 7) IO-ledernes rolle.

1) Omgivelserne og netværkets parter

Principielt bestemmer offentlige organisationer ikke selv, hvad de vil producere og hvem, de vil samarbejde med. Offentlige organisationers regelbundne opgaver bygger hovedsagelig på samarbejde og ikke på konkurrence mellem parterne. Det er i udstrakt grad de professionelle parter (i dette tilfælde læger og sygeplejersker), som selv definerer behov og indsats (**Fejl! Bogmærke er ikke defineret.**²³). Det gælder således også for de to systemiske netværk i Odense og København. De umiddelbare omgivelser for de to netværk udgøres af deres moderorganisationer og disses bindinger til henholdsvis region og kommune, som igen er underlagt overordnet politisk styring fra regeringen. Desuden udgør netværkets patientpopulation de potentielle brugere eller aftagere af netværkets fælles producerede ydelse i form af behandlingen af diabetiske fodsår. Der er altså tale om forventninger eller behov til behandlingen dels fra politisk side, dels fra brugerne af serviceydelserne. Omgivelserne omfatter også eventuelle konkurrerende organisationer, men i det aktuelle tilfælde – behandlingen af diabetiske fodsår – er der ingen umiddelbare konkurrenter, f. eks. privathospitaler, som tilbyder en tilsvarende ydelse.

I den forbindelse er det også relevant at sondre mellem netværkets *parter*, som er de involverede organisatoriske enheder, her henholdsvis hospitalets sårambulatorium og den kommunale hjemmesygepleje, og *netværksaktørerne*, som er de konkrete aktører i enhederne, i de undersøgte cases primært læger og sygeplejersker tilknyttet netværksparterne.

I Odense har det telemedicinske fodsårssamarbejde indtil nu alene kørt som et projekt, som er initieret af sårambulatoriet på OUH, hvor projektet også er forankret. Det er således værd at bemærke, at telesårsprojektet ikke er startet på basis af en overordnet ledelsesmæssig eller politisk beslutning. Man er imidlertid blevet inviteret med i det tidligere omtalte ABT-projekt 287(6) og har på denne måde også fået økonomisk støtte til projektet.

Odense Kommune har været fast samarbejdspartner fra starten og har også fået støtte fra ABT-projektet. I Odense havde man allerede inden projektet gik i gang en samarbejdsaftale om den diabetiske fodsårsbehandling med de praktiserende læger og kommunerne.

I København har min lægelige informant i Sårhelingscenteret på Bispebjerg Hospital selv været initiativtager til det telemedicinske sårssamarbejde med Københavns Kommune i forbindelse med sin tiltrædelse som overlæge på Sårhelingscenteret for fire år siden. Her har man sammen med Københavns Kommune i en lang periode opbygget det samarbejde, der er grundlaget for den telemedicinske sårbehandling.

I både Odense og København er opstarten og udbygningen af samarbejdet således blevet drevet af de sundhedsprofessionelle, primært lægerne, på hospitalets sårambulatorier. Mine informanter, som alle har været centrale netværksaktører og alle er sundhedsprofessionelle både fra hospitalssiden og fra den kommunale hjemmesygepleje, har udtrykt stor interesse og velvilje for det telemedicinske sårssamarbejde. Der har ligeledes været interesse og velvilje til netværkssamarbejdet fra ledessiden og netværkets umiddelbare omgivelser både i Odense og København.

2) Netværksstrategien

Netværksvisionen er netværkets idegrundlag og formål, hvor kernen er en fælles interesse, som parterne kan samles om. Med strategilitteraturens terminologi svarer netværksvisionen til netværkets mission, vision og overordnede værdier. Netværksstrategien er en operationalisering af netværksvisionen. (9) I min interviewguide har jeg ikke direkte spurgt ind til netværksstrategien, men flere af informanternes udsagn tager udgangspunkt i netværksstrategien. Denne strategi fremgår af både ABT-projekt 287 (6) og efterfølgende af

Den nationale Business Case (5), som jo blandt andet har taget afsæt i erfaringerne fra de to undersøgte netværk. Strategien for de to undersøgte netværk har således i store træk været identisk med strategien i de to ovennævnte projekter.

I ABT-projektet, som blev publiceret i 2011, var strategien formuleret med følgende mål:

- Reducere antallet af indlæggelsesdage
- Reducere hospitalernes anvendelse af ekspertressourcer og hjemmeplejens ressourcebehov
- Fremme det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde
- Skabe sammenhængende patientforløb og øge patientgruppens livskvalitet
- Øge jobtilfredsheden hos hjemmesygeplejersker

Som jeg tidligere har nævnt, kunne man ikke konkludere, om disse mål blev opfyldt i projektet på baggrund af det indsamlede datamateriale og det sparsomme patientantal (N=23).

Mine informanter er heller ikke i stand til at drage konklusioner om outcome af det aktuelle interorganisatoriske netværkssamarbejde, enkelte udtrykker endda bekymring på grund af det sparsomme materiale:

Spl OK: Nu har vi jo ikke haft ret mange borgere på telemedicin for at sige det lige ud. Lige nu har vi kun to i hele Odense Kommune, der er med i projektet. Så det er jo sparsomt, hvad vi har af faktiske erfaringer med det.

Andre er bekymrede for, om samarbejdsprogrammet overhovedet er sat op til, at man kan kvalificere og kvalitetssikre sine data:

Læge BBH: Eftersom jeg har arbejdet med Karbase som karkirurg. Der havde man et vældigt godt overblik hele tiden. Der var statistiske programmer, der gjorde, at man hele tiden kunne se, hvordan ens produktion var i forhold til landsgennemsnittet og hvordan komplikationer og den slags ting var. Det synes jeg er meget svært at trække ud af det her foretagende. Det er meget svært at sige, om det er acceptabelt.

Derimod er der ingen tvivl om, at det, der samler netværksaktørerne, er en fælles tro på, at det interorganisatoriske netværkssamarbejde gør en positiv forskel i opfyldelsen af den fælles netværksstrategi.

3) Netværksrelationer

Gustafsson fremhæver, at udvikling af relationer er netværkslederens mest tidskrævende opgave. Netværksrelationer opdeles i følgende relationsaspekter:

- Formelle relationer

- Instrumentelle relationer
- Professionelle relationer
- Socio-emotionelle relationer
- Magt- og afhængighedsrelationer.

Når det handler om de to første aspekter; formelle relationer, dvs. indgåelse af formelle kontrakter, vedtægter mv. og de instrumentelle relationer, dvs. konkrete opgave- og informationsflow, opgaveafhængighed og koordinering på tværs, så fremgår det af informanterne fra begge parter i dyaden, at det er noget, som man har brugt tid på og har prioriteret. Specielt har hospitalsaktørerne qua deres formelle lederpositioner været aktive i udformningen af samarbejdsaftaler og udarbejdelsen af konkrete opgave- og informationsflow.

Når det handler om professionelle relationer – domæner, faglige metoder og teknikker, har der været mindre uoverensstemmelser mellem parterne, jævnfør afsnittet om konflikter i brændpunktanalysen. Men generelt er det tilsyneladende lykkedes netværkslederne i form af mine informanter på hospitalssiden at bringe parterne sammen. Alle informanterne er generelt positive og udtrykker respekt for hinandens domæner, faglige metoder og teknikker. I forhold til de socio-emotionelle relationer – de individuelle, sociale relationer, har alle seks informanter givet udtryk for, at man gennem netværkssamarbejdet har lært hinanden meget bedre at kende. Det gælder både de personlige relationer og viden om hinandens faglige kompetencer. Her er det altoverskyggende nøgleord udviklingen af tillid. Det er også et begreb, som benyttes af informanterne. Men hvad forstås ved tillid?

Med reference til Child og Faulkner definerer Gustafsson (9) tillid som en parts villighed til at indgå i en relation med en anden part i troen på, at den andens handling vil være fordelagtig for den pågældende uden, at der gives garanti.

I de to netværk handler det i høj grad om opbygningen af forståelsesbaseret tillid mellem parterne. Den bygger på, at parterne har samme opfattelse af relevante forhold, at de ser tingene på samme måde. Tilliden bygger på viden om hinanden. Man behøver ikke at være enige om på alle områder, men man kender hinandens synspunkter og oplever hinanden som forudsigelige.

Jeg har ikke kunnet påvise egentlige magt- og afhængighedsrelationer i form af koalitioner og konkurrenceforhold i de to undersøgte netværk. Her har mine data også vist, at parterne i høj grad har været fælles om at opbygge samarbejdet fra bunden.

4) Netværkssystemer

Netværkssystemer udgør det helt store udviklingspotentiale i interorganisatoriske netværk. Men indtil videre er det de vertikale styresystemer tilpasset hierarkiet, der dominerer scenen. Netværksledere kan derfor kun i få tilfælde trække på veludviklede interorganisatoriske netværkssystemer. (9). Det synes også at have skabt udfordringer i både Odense og København, hvor stridende hensyn og prioriteringer har været en del af dagligdagen:

Læge OUH: *Helt kort er der et logistisk problem. For hvordan skal vi kunne diktere? Vi er jo optaget hele tiden. Man skal måske have nogle telefontider, have en telefonkonsultation her og nu og den logistik skal vi bygge videre op. Der er ikke lagt plads ind til det. Det gør man jo ikke i nutidens sundhedssystem.*

Endvidere i København:

Læge BBH: *I lægegruppen er det selvfølgelig sådan, at det tager jo tid til daglig og stadigvæk har vi jo de krav om produktion i vores afdeling. Så det er klart, at nogle gange skal jeg jo begrunde, hvorfor jeg skal bruge tid eller sætte tid af til at behandle de spørgsmål, der er i telemedicin.. Min fornemmelse er, at hvis det her var noget, der på en eller anden måde kørte akut – hvis vi forestiller os, vi havde en "varm" telemedicin eller hvad det nu hedder, en direkte kontakt, en streaming video eller en eller anden måde at kommunikere på, så ville alle kunne forstå, at det her skal gøres her og nu, fordi nu var kontakten der, nu var der åbent til den linje, man skulle betjene.*

Imidlertid har man ellers netop i den telemedicinske fælles webbaserede sårjournal, som anvendes i samme version i både Odense og København et system, som i teorien opfylder alle kravene til et interorganisatorisk netværkssystem. Men der har været mange vanskeligheder med dette system, hvilket også fremgår af informanternes udsagn.

Der har været betydelige teknologiske udfordringer med systemet, blandt andet problemer med manglende mobil netværksdækning i forbindelse med de udkørende sårsygeplejerskers anvendelse af smartphones til dokumentation og kommunikation. Der har ligeledes i begge netværk været krav om dobbeltregistrering, idet det ikke umiddelbart har været muligt at overføre data mellem parternes interne e-journalsystemer og den webbaserede sårjournal. Der er således betydelige udfordringer for netværkslederne i de undersøgte netværk i at videreudvikle det interorganisatoriske netværkssystem.

5) Netværkskompetencer

Der er meget lidt viden om interorganisatoriske netværk og opgaveløsning i netværk i danske offentlige organisationer. Aktørernes mentale modeller, viden og færdigheder er helt overvejende baseret på traditionelle bureaukratiske billeder af organisationer(9). Ledere og medarbejdere, som kaster sig ud i interorganisatoriske innovationer, erfarer, at det ikke længere er nok at tage udgangspunkt i egen profession, egen enhed og moderorganisationens silostrategier. Nu skal man se på hele netværkets værdikæde, i dette tilfælde hele patientforløbet i et multidisciplinært helhedsperspektiv og håndtere dilemmaet mellem, hvor meget man skal holde fast i egne professionelle standarder versus, hvor meget man skal åbne sig for eller give efter for de andre parter faglighed (24) Der er meget lidt i mine interviewdata, der direkte kan belyse netværkskompetencerne blandt netværkslederne og øvrige aktører. Men de to informanter fra Sårcenteret på Bispebjerg Hospital giver dog klart udtryk for at have "lagt pyramidebrillerne" og have aktivt fokus på tværgående processer. Spl BBH: *Det har medført store forandringer, men det er jo ikke telemedicin i sig selv. Det er mere det, at vi har lavet det her uddannelsesprogram, vi har lært nogen hjemmesygeplejersker meget bedre at kende, vi kender bedre til deres kompetencer, ved hvad de står for og det har medført, at vi har et bedre kendskab, lige som de har et andet kendskab til, hvad står vi ligesom for her på Sårcenteret og hvad står de for ude i kommunerne. Vi har fået meget mere viden om hinanden og lært en masse ting, så på det punkt – samarbejdet med primærsektoren – det er forandret til det mange gange bedre.*

I Odense har man dog også gjort sig overvejelser om de horisontale processer og det at åbne sig for de andre parter faglighed.

Spl OUH: *vi havde faktisk et rigtigt godt samarbejde med kommunerne inden, men det er da blevet styrket, vi er kommet til at lære hinanden endnu bedre at kende. Sårsygeplejerskerne i kommunerne har fået kontakt til vores læger, som de ikke har haft tidligere. Det har jo meget været på sygeplejeniveau, at de her erfa-grupper har kørt. Så de har fået en anden relation til vores læger og en anden kontakt med dem.... Det virker som om, de virkelig har ejerskab til den her proces og synes, det er fantastisk, at de kan få kontakt til nogen, som ved noget og har lyst til at lære fra sig. Det er de ikke vant til.*

6) Netværkskultur

Organisationskultur har en afgørende betydning i interorganisatoriske netværk. Netværk indeholder flere kulturer. De er multikulturelle (9). Det gælder også for de to undersøgte netværk, selvom der her er tale om relativt simple netværk med kun to aktive organisationer som deltagende parter. I hospitalsorganisationen har jeg informanter fra to af de stærkeste fagkulturer i hospitalssystemet, som her begge indgår som aktive parter i netværket, nemlig lægerne og sygeplejerskerne. Flere tidligere undersøgelser, f. eks. Christina Holm Petersen (25) har vist betydelige kulturelle forskelle og barrierer for samarbejde, men jeg har ikke kunnet påvise kulturelle misfits i mine interviews.

Mange forfattere understreger nødvendigheden af et kulturelt fit mellem parterne i netværk. Det betyder ikke, at parterne skal have samme kultur, men at deres organisationskulturer skal kunne spille sammen. Netværkskulturen refererer til kutymer, normer og værdier for parternes interaktion. Det er med andre ord de uformelle spilleregler i netværket. De kulturelementer, man typisk søger at udvikle i interorganisatoriske netværk, er åbenhed i information på tværs, transparente processer, videndeling, respekt for domæner, kompetencer og image, normer for gensidig kritik og konflikthåndtering samt normer for fordeling af risici og gevinster, der bygger på gensidig og indbyrdes tillid (9).

Jeg har i mine interviews både direkte og indirekte spurgt ind til parternes organisationskulturer og herunder ønsket at få belyst, om der var forskelle i parternes interne struktur, kultur og processer, der gjorde det vanskeligt at nå hinanden. Det har jeg ikke fundet indikationer på, hverken i Odense eller København. Tværtimod udtaler alle informanter sig meget positivt om de andre parter på disse områder. Der er således tale om et kulturelt fit mellem parterne.

Jeg vil her i analyseafsnittet endnu ikke drage konklusioner om, hvorfor det tilsyneladende er tilfældet i de undersøgte netværk. Men jeg vil henlede opmærksomheden på, at der i begge tilfælde er tale om relativt simple systemiske netværk med kun to aktivt involverede parter – en dyade – og at alle informanterne gentagne gange udtrykker godt kendskab og tillid til de øvrige parter. Begrebet tillid fremhæves ofte i netværkslitteraturen også i relation til kulturelt fit. (8,24).

IO-lederes rolle

Interorganisatorisk ledelse omfatter både ledelse i egen enhed og i netværket. Gustafsson sondrer mellem ledelse **af** netværk og ledelse **i** netværk. I dette afsnit er perspektivet ledelse **af** netværk. Han anvender begrebet interorganisatoriske ledere (IO-ledere) med reference til aktører, der aktivt søger at lede interorganisatoriske processer, uanset om de formelt har beføjelse som ledere i netværket (9) Som nævnt indledningsvist i afsnittet omfatter mine interviewdata alene informanter med formelle ledelsesmæssige beføjelser i hospitalssektoren (sårambulatorierne). I den kommunale hjemmesygepleje har ingen af informanterne haft formelle ledelsesopgaver.

Gustafsson definerer fire ledelsesroller for IO-ledere:

Den første er **horisontal leder**. IO-lederne må udfordre de dominerende pyramideledere ved at sætte fokus på de horisontale værdiskabende processer på tværs af pyramiderne.

Jeg har ikke informationer i mine data om, hvordan de interviewede IO-ledere rent faktisk har udfyldt denne rolle, men det fremgår klart, at de har varetaget funktionen:

Spl BBH: *Min rolle i telemedicin startede i forbindelse med vores pilotdrift i 2011, hvor jeg jo så var med i arbejdsgruppen i implementeringssamarbejdet mellem Københavns Kommune og så os. Med indgangen til 2012 trådte så min oversygeplejerske ud af styregruppen i samarbejdet mellem Københavns Kommune og os og der foreslog hun, at jeg indgik i den styregruppe i stedet for – og den har jeg jo så været med i lige siden.*

Spl OUH: *Jeg har siddet med i alle de grupper og udvalg og hvad, der nu har kørt sideløbende i forhold til planlægning og tilrettelæggelse af den praktiske udførelse i dagligdagen her. Jeg har også været med i klinikergruppen omkring den nationale udbredelse. Så jeg har forsøgt at blande mig der, hvor jeg syntes det var relevant, at jeg blander mig.*

Den anden rolle er **netværksbeslutningstager**. Alter og Hage fremhæver, at netværk er selvregulerende systemer, hvor beslutninger sker gennem forhandlede processer og gensidig tilpasning (8) Men det er samtidigt vigtigt, at IO-ledere påtager sig ansvar for at understøtte beslutningsprocesser i netværk. Det fremgår af ovennævnte interviewcitater, at begge de sygeplejefaglige informanter i både Odense og København har været involveret i styregrupper og koordinationsgrupper og dermed har varetaget denne ledelsesrolle. Det gælder i øvrigt også for begge de interviewede læger i Odense og København (ikke citeret her.)

Den tredje rolle er **interfaceleder**. Det kan være i form af at flytte uproduktive konflikter til produktive konflikter – jævnfør afsnittet om konfliktanalyse. Det kan også være i form af

mægler og procesleder. Denne rolle har mine informanter i hospitalssektoren også varetaget og jeg vil nævne et par eksempler denne gang fra de lægelige informanter:

Læge OUH: *Min rolle har primært været at varetage kontakten til primærsektoren, de telemedicinske konsultationer og de kontakter, der måtte have været ind imellem. Så har jeg selvfølgelig som hovedvejleder for PhD-studerende været inde i patienterne omkring telemedicin og forsøgt at få det til at køre bedst muligt. Der er rigtig mange aspekter i at få alle funktionaliteterne og alle parterne med i telemedicin. Det har jeg brugt en del møder på.*

Læge BBH: *Min rolle i opbygningen af det har så været, at jeg i en lang periode har været sammen med Københavns Kommune om at opbygge det samarbejde, vi havde sammen. Min nuværende rolle er, at jeg sammen med M står for den overordnede, daglige stillingtagen til, hvad der skal ændres på, hvad der skal fortsætte og hvordan det går med det og det undervisning, der er forbundet med det, og kontakter i det hele taget til (som du også ved) vores samarbejde om den nationale udrulning og den regionale udrulning i det hele taget.*

Den fjerde og sidste rolle for IO-ledere er rollen som **interorganisatorisk forandringsagent**. Det drejer sig om håndtering af tilpasnings- og påvirkningsprocesserne i netværket. Hvis en part ikke lever op til netværkets forventninger, og det ikke lykkes at motivere parten til at udvikle sig, kan der blive tale om, at IO-ledere fra andre parter må intervenere ved at definere udviklingsbehov, initiere forandringer og konfrontere udviklingsbarrierer.

Denne ledelsesrolle har også været varetaget af informanterne i hospitalssektoren:

Læge BBH: *der har været nogle ledere i nogen af lokalområderne, som ikke gav den samme opmærksomhed til det her eller prøvede at indpasse det. Det er det jo vigtigt, at man har aftalt med hele organisationens øverste ledelse, at det er sådan her vi gør det. Så du ikke skal stå inde på dit hospital og så ringe til den her områdeleder og sige: Hør lige her, sygeplejersker skal altså have tid til at udfylde de her sedler.*

Læge OUH: *Der hvor vi har oplevet problemer er nok, at der bliver brugt så meget tid på det ude i primærsektoren, at nogle ledere har sagt: Nu må I gøre et eller andet. I bruger for meget tid der. I kan ikke nå det I skal. Den har været lagt ned ret hurtigt, for de har været med på processen som sådan og de er jo også med i de fora, hvor vi diskuterer det. Det er som om verden venter på, at nu skal det rulles ud.*

Opsamlende bemærkninger om implikationerne for IO-ledelse

IO-lederen skal kunne arbejde samtidigt med flere perspektiver og flere hensyn. Lederen er som sin organisations gate-keeper placeret i et spændingsfelt eller i en grænserollefunktion, idet der skal balanceres på grænsen mellem egen organisation og omgivelserne, herunder samarbejdsparterne. Gate-keeper funktionen er væsentlig i forhold til vigtig information og viden (23).

Min undersøgelse har vist, at alle mine fire informanter på hospitalssiden har varetaget gate-keeper funktionen, og specielt de lægelige informanter har skullet varetage denne funktion i forhold til at styre patient- og informationsflow i de tværsektorielle forløb.

Læge OUH: *Der hvor jeg måske synes, at der har været en ændring er, at der kommer et lidt større pres på os, ved at sygeplejerskerne i primærsektoren bruger os frem for at bruge de praktiserende læger. Der har vi lidt en disput i øjeblikket, fordi vi har fra den fynske model, at de praktiserende læger skal se diabetiske fodsår indenfor 24 timer. Det er som om, at de er ved at blive by-passet lidt i den her proces. Der prøver vi at sætte hælene lidt i, for vi vil meget gerne have, at de praktiserende læger er med i det her. Også fordi de på telemedicinsk vis kan bedre deres henvisninger ved f. eks. at tage digitale fotos og sende ind til os, når vi skal visitere. Dermed har vi indtryk af, hvor hurtige vi skal være her.*

Læge BBH: *der har været nogle ledere i nogen af lokalområderne, som ikke gav den samme opmærksomhed til det her eller prøvede at indpasse det. Det er det jo vigtigt, at man har aftalt med hele organisationens øverste ledelse, at det er sådan her vi gør det. Så du ikke skal stå inde på dit hospital og så ringe til den her områdeleder og sige: Hør lige her, sygeplejersker skal altså have tid til at udfylde de her sedler.*

De to informanter fra den kommunale hjemmesygepleje i henholdsvis Odense og København har som anført ikke haft formelle ledelsesmæssige beføjelser i egen organisation. Men det betyder ikke, at de ikke begge har været meget aktivt involverede i de horisontale interorganisatoriske processer og i selve grænsefladen har de i det daglige samarbejde skullet varetage gate-keeper funktionen for egen organisation. På den måde har de også begge oplevet krydspresset mellem henholdsvis hensynet til samarbejdsparterne og hensynet til de ledelsesmæssige forventninger i egen organisation.

Spl OK: *Når der har været lidt travlt her pga. ferie og andre årsager, så tror jeg bare det har været almindelig frustration. For alle de penge, som der har været snakket så meget om, de er jo*

ikke rigtigt fulgt med. Så det har været det økonomiske, der har været kigget meget på. Og det har jeg så også måttet høre lidt på.

Spl KK: Jamen jeg oplever opbakningen i egen organisation sådan rimelig ok, men engang imellem sådan helt oppe fra ledelsen har de lidt svært ved at forstå, hvor meget tid vi også skal bruge. Især dem, der ikke er lige så rutinerede med at få taget billeder og få sat over, får ikke sat nok tid af, så det sådan lidt manglende ressourcer, hvor det ikke sådan glider 100%.

Tværasektorielt samarbejde er den mest komplekse form for interaktion, eftersom den samtidig omfatter både et interorganisatorisk og interprofessionelt samarbejde.

At arbejde sammen med andre er aldrig enkelt, men når samarbejdet skal foregå over professionelle og organisatoriske grænser, i dette tilfælde tillige i et multidisciplinært team, bliver udfordringerne endnu større.(11) For at et multidisciplinært team skal kunne udvikles på en succesfuld måde stilles store krav til lederskab. (9)

I forhold til Bihari Axelsons faseinddeling (Se kapitel 1 p.14 om Ledelse af multidisciplinært team) er man i de to netværk nået til den fjerde og sidste fase kaldet "Performing". Både i Odense og København er man nu efter cirka tre år nået dertil, at medlemmerne af teamet har udviklet deres funktionelle roller og kan koncentrere sig om at præstere. Man er altså i den fase, hvor lederne af de to teams kan indrette sig på at understøtte og facilitere teamets arbejde for at opnå sine mål.

Jeg har i ovenstående undersøgelse med reference til mine interviewdata forsøgt at belyse implikationerne for IO-ledelse i den telemedicinske sårbehandling af diabetiske fodsår i de to systemiske netværk og jeg vil inddrage disse implikationer i det efterfølgende konklusions- og diskussionsafsnit.

Kapitel 5. Konklusion og diskussion

5.1 Hvilke organisatoriske og ledelsesmæssige erfaringer og udfordringer har der været i de to systemiske netværk i Odense og København/Bispebjerg?

1) Karakteristik af de to systemiske netværk

Jeg har påvist stor lighed mellem de to undersøgte interorganisatoriske samarbejdsformer i forbindelse med telemedicinsk sårbehandling af diabetiske fodsår i Odense og København. Begge steder er der tale om systemiske netværk både i henhold til Alter og Hages inddeling (8) og i henhold til Gustafssons konfigurationsopdeling (9). Der er desuden tale om den simpleste form for systemiske netværk, nemlig en dyade, idet der kun indgår to aktive parter fra to pyramideorganisationer i det symbiotiske samarbejde om en fælles produceret ydelse, her i form af telemedicinsk sårbehandling. De to pyramideorganisationer repræsenteres af henholdsvis den kommunale hjemmesygepleje som den ene part og hospitalets sårambulatorium som den anden part (Se figur 4.2). Herved tegner der sig også kun én grænseflade mellem parterne. Parterne i begge netværk er imidlertid bundet af deres mandater og tilknytning til deres respektive moderorganisation. Herved tilføres spændingsforholdet mellem hierarkiet i pyramideorganisationerne og netværket en særlig dynamik, som følge af parternes strategiske afhængigheder og krydspres. Netværksaktørerne er parternes konkrete aktører i enhederne, som deltager i netværksprocesserne. I begge de undersøgte netværk har netværksaktørerne bestået af læger og sygeplejersker i hospitalets sårambulatorium fra den ene part og kommunale sårsygeplejersker fra den anden part. Jeg har ikke fundet andre aktive netværksaktører i min undersøgelse.

Jeg har interviewet seks personer (tre i hvert netværk), som alle er netværksaktører og interagerer i den interorganisatoriske grænseflade. Udvælgelsen af informanter er som nævnt i metodeafsnittet foregået på baggrund af mit kendskab til nøgleaktørerne i den telemedicinske sårbehandling i Odense og København.

2) Har der været kritiske samarbejdsrelationer mellem parterne?

Brown (18) definerer konflikt som inkompatibel adfærd mellem parter, hvis interesser er forskellige. Jeg henviser til analysen af interorganisatorisk konflikt p. 39, hvor dette er uddybet. Ud fra Browns definition har jeg i min brændpunktsanalyse af de to systemiske netværk overhovedet ikke fundet holdepunkter for **for meget konflikt** eller *Interorganizational warfare*, som Brown kalder det. (Se figur 3.1 p. 28)

Jeg har imidlertid kunnet påvise flere tilfælde af **for lidt konflikt** i de to netværk. Her er det interessant, at det i de fleste tilfælde har været en "særudgave" af den form, som Brown kalder *Interorganizational collusion*, og som Seemann & Antoft på dansk oversætter til *interorganisatorisk aftalt spil*, hvor parterne undertrykker deres forskelligheder og går på kompromis med den ene eller begge parter autonomi. Jeg kalder det en "særudgave", fordi konflikten kun er erkendt af den ene part i det tværsektorielle samarbejde. Det har jeg i min analyse fundet flere eksempler på i forbindelse med en afdækning af de fem typiske brændpunkter: 1) Domænekonflikt, 2) teknologikonflikt, 3) uenighed om mål og vurderingskriterier, 4) forskelle i parternes interne strukturer, kulturer og processer og 5) forskelle i parternes ønske til samarbejdsform.

Det har dog været et gennemgående træk i udsagnene fra alle seks informanter og dermed fra netværksaktørerne fra både hospitalsparten og fra den kommunale hjemmesygepleje, at man generelt udtrykker sig meget positivt om samarbejdet og om samarbejdsparten fra den anden sektor. Betegnelsen *medejerskab* til processen anvendes gentagne gange af parterne. Det giver sig også udtryk i besvarelsen af det generelle spørgsmål om det tværsektorielle samarbejde: *Hvordan vil du beskrive det nuværende samarbejde på tværs af sektorerne på en fem-punkts skala, hvor 5.fantastisk – 4.godt – 3. neutralt – 2.mindre godt – 1.elendig?*

Her svarer alle enten 4 eller 5, med et samlet gennemsnit på 4,6, hvilket dermed placerer parternes vurdering af samarbejdet mellem godt og fantastisk. Forklaringen på dette tilsyneladende velfungerende samarbejde med få kritiske samarbejdsrelationer, hvor der er tilbagevendende problemer, kan delvis findes under det næste punkt i min analyse, hvor jeg har sat fokus på succesfaktorer og faldgruber i netværkssamarbejdet.

3) Hvilke succesfaktorer og faldgruber har der været?

Haugland (20) har udpeget seks succesfaktorer, som synes at være centrale for, at samarbejde og alliancer skal lykkes. De seks faktorer er:

- 1) Samarbejde på strategisk vigtige områder
- 2) Invester i samarbejdet
- 3) Alle parter skal have værdifulde bidrag
- 4) Begynd nøgternt og lad samarbejdet udvikle sig gradvist
- 5) Åben kommunikation
- 6) Tillid og personlige relationer.

Jeg har i min analyse påvist tilstedeværelsen af samtlige succesfaktorer i de to undersøgte netværk. Derfor har det heller ikke overraskende været meget vanskeligt at påvise faldgruber i de to netværk. Kun på et enkelt punkt synes der at have været udfordringer, nemlig i forhold til mangel på gensidig tilpasningsevne, hvor der har været behov for løbende forhandlinger mellem parterne for at få enderne til at hænge sammen. Ingen af parterne udtrykker dog decideret mangel på gensidig tilpasning.

Haugland har på basis af sin forskning endvidere påvist, at for at samarbejde skal lykkes, bør man tilstræbe positiv gensidig afhængighed mellem parterne. Den positive gensidige afhængighed skabes på basis af de fem første succesfaktorer. Ligeså vigtigt er det at skabe tillid mellem parterne og udvikle gode personlige relationer. Samarbejde handler om at koordinere aktiviteter mellem parterne uden at vide nøjagtigt, hvordan dette skal ske. Gennem tillid knyttes parterne sammen ved at skabe en fælles identitet og forståelse for, hvad samarbejdet er, og hvad de skal bidrage med. Gennem tillid reducerer man også behovet for at kontrollere samarbejdspartneren. (20)

Jeg har i min analyse påvist, at det er lykkedes at udvikle et øget kendskab til hinanden og samtidig udvikle værdifulde tillidsrelationer mellem parterne på tværs af sektorerne. En udvikling der tilsyneladende i begge netværk hænger sammen med den fjerde succesfaktor, nemlig at man begge steder er begyndt nøgternt med et meget begrænset antal netværksaktører og har ladet samarbejdet udvikle sig gradvist. I den forbindelse er betegnelsen medejerskab til processen anvendt gentagne gange af informanterne.

Konklusivt om de indhøstede organisatoriske erfaringer og udfordringer i de to systemiske netværk har min undersøgelse vist, at der har været få kritiske samarbejdsrelationer mellem parterne, samtlige af Hauglands succesfaktorer har været tilstede og dermed stort set ingen faldgruber i samarbejdet. På basis heraf vil jeg nu gå videre og diskutere de ledelsesmæssige implikationer for de to systemiske netværk.

3) Diskussion af implikationerne for interorganisatorisk ledelse

Oprettelsen og den videre opbygning og udvikling af telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår i Odense og København har stillet nye krav til ledelse. Her tænkes både på ledelsen af det tværsektorielle netværkssamarbejde mellem organisationerne men også på ledelsen indenfor de respektive samarbejdende organisationer. Der stilles krav om pluralistisk tilgang til ledelse. De interorganisatoriske ledere skal kunne arbejde samtidigt med flere perspektiver og hensyn. Lederne er som deres organisations gate-keepere placeret i et spændingsfelt eller i en grænserollefunktion, idet der skal balanceres på grænsen mellem egen organisation og omgivelserne – herunder samarbejdsparterne (23).

Jeg har i mine interviewdata kun haft direkte information om de ledelsesmæssige erfaringer og udfordringer fra hospitalssektoren, hvor alle de fire informanter har haft roller som interorganisatoriske ledere (IO-ledere), idet de har varetaget ledelsesmæssige opgaver både indenfor egen organisation og i forhold til de horisontale processer i netværkssamarbejdet. De to informanter fra den kommunale hjemmesygepleje har imidlertid også begge haft "gate-keeperfunktion" og har skullet balancere på grænsen mellem egen organisation og omgivelsernes forventninger, her både i form af forventninger fra samarbejdsparten, men også i form af forventninger fra brugerne: de diabetiske fodsårspatienter. Informanterne fra både hospitalssektoren og den kommunale hjemmesygepleje har således også alle oplevet det særlige dilemma og krydspres, som er beskrevet i organisationslitteraturen (9,18,24).

Jeg har med teoretisk afsæt i Gustafsson: Lederskab i interorganisatoriske nätverk for folkhälsa och välfärd og med reference til mine interviewdata belyst implikationerne for IO-ledelse i den telemedicinske behandling af diabetiske fodsår i de to systemiske netværk. På denne baggrund vil jeg nu diskutere implikationerne for IO-ledelse og her benytte eksempler fra mine data på de syv elementer fra den generelle interorganisatoriske ledelsesmodel, som anvendes af Gustafsson.

I forhold til det første element, som handler om **omgivelserne og netværkets parter**, vil jeg fremhæve, at både i Odense og København er opstarten og den videre udvikling af samarbejdet blevet drevet af de sundhedsprofessionelle, primært lægerne, på hospitalets sårambulatorier. Mine informanter, som alle har været centrale netværksaktører og alle er sundhedsprofessionelle både fra hospitalssiden og fra den kommunale hjemmesygepleje, har udtrykt stor interesse og velvilje for det telemedicinske sår-samarbejde. Der har ligeledes været interesse og velvilje til netværkssamarbejdet fra ledelsessiden og netværkets umiddelbare omgivelser både i Odense og København.

I forhold til det andet element omhandlende **netværksstrategien** fremgår det af mine interviewdata, at de adspurgte netværksaktører generelt er meget positive og alle tror på, at det interorganisatoriske netværkssamarbejde har positiv effekt på netværksstrategien, som i ABT-projektet er formuleret med fem hovedmål, nemlig 1) at reducere antallet af indlæggelsesdage, 2) reducere hospitalernes anvendelse af ekspertressourcer og hjemmeplejens ressourcebehov, 3) fremme det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, 4) skabe sammenhængende patientforløb og øge patientgruppens livskvalitet, og endelig 5) øge jobtilfredsheden hos hjemmesygeplejersker.

Det tredje element er **netværksrelationer**. Det fremgår af mine data, at IO-lederne har brugt tid og ressourcer på udviklingen af formelle, instrumentelle og professionelle relationer mellem parterne. Disse relationer er omtalt i analyseafsnittet. Men her træder især udviklingen af de socio-emotionelle relationer frem, som et væsentligt forhold, som fremhæves af alle de seks informanter. I de to netværk handler det i høj grad om opbygningen af forståelsesbaseret tillid mellem parterne. Den bygger på, at parterne har samme opfattelse af relevante forhold, at de ser tingene på samme måde. Tilliden bygger på viden om hinanden. Man behøver ikke at være enige om på alle områder, men man kender hinandens synspunkter og oplever hinanden som forudsigelige. Netværksaktørerne har gennem samarbejdet lært hinanden meget bedre at kende og det gælder både de personlige relationer og viden om hinandens faglige kompetencer.

Tillid mellem parterne er et helt afgørende integrerende element i interorganisatoriske netværk og styrken i netværk udspringer af fleksibilitet og gensidighed baseret på uformelle relationer (24).

Netværkssystemer indgår som det fjerde element og udgør det helt store udviklingspotentiale i interorganisatoriske netværk. Udfordringen for IO-ledere er at tilvejebringe den nødvendige it-infrastruktur, forbinde alle netværksaktørerne i netværket og udvikle tværgående netværkssystemer til understøttelse af laterale informationsflow, workflow og interorganisatoriske styringssystemer (9). I begge de undersøgte netværk har man netop som udgangspunkt haft et sådant fælles netværkssystem i form af telemedicin og den dertil knyttede fælles webbaserede e-journal. Imidlertid har der været en del problemer med netop dette system, især teknologiske problemer med blandt andet ustabil adgang til systemet, men også udfordringer i form af dobbeltregistreringer på grund af inkompatibilitet mellem den fælles e-journal og parternes interne it-løsninger. På dette punkt har der således løbende været udfordringer for IO-lederne og behov for tilpasning og videreudvikling af netværkssystemet.

Vedrørende det femte element **netværkskompetencer** anfører Gustafsson, at det drejer sig om at udstyre netværksaktørerne med viden om interorganisatoriske netværkskoncepter – han kalder det ”netværksbriller” – med fokus på tværgående processer, partnerrelationer, videndeling og arbejde i interorganisatoriske, virtuelle teams. Der er ingen tvivl om, at alle disse interorganisatoriske netværkskoncepter er indgået i det telemedicinske sår samarbejde og informanterne i hospitalssektoren, som jo fungerer som IO-ledere, har alle haft fokus på netop disse netværkskoncepter og kompetencer. Informanterne i primærsektoren – den kommunale hjemmesygepleje – giver også udtryk for, at de har udviklet netværkskompetencer i form af fokus på tværgående processer, partnerrelationer og videndeling.

Det sjette element er **netværkskulturen**. Interorganisatoriske netværk indeholder flere kulturer. Det gælder også de to undersøgte systemiske netværk. Mange forfattere understreger nødvendigheden af et kulturelt fit mellem parterne i netværket. Det betyder ikke, at parterne skal have samme kultur, men at deres organisationskulturer skal kunne spille sammen. (9).

Netværksledere skal danne bro mellem forskellige organisationskulturer, facilitere fælles sense making og udvikle en netværkskultur (24).

Jeg har i mine interviews både direkte og indirekte spurgt ind til parternes organisationskulturer og herunder ønsket at få belyst, om der var forskelle i parternes interne struktur, kultur og processer, der gjorde det vanskeligt at nå hinanden. Det har jeg ikke fundet indikationer på, hverken i Odense eller København. Tværtimod udtaler alle informanter sig meget positivt om de andre parter på disse områder. Der er således tale om et kulturelt fit mellem parterne.

Denne IO-ledelsesopgave ser med andre ord ud til at være lykkedes både i Odense og København. I begge tilfælde er der tale om relativt simple systemiske netværk med kun to aktivt involverede parter (en dyade) og alle informanterne udtrykker gentagne gange godt kendskab og tillid til de øvrige parter. Begrebet tillid fremhæves ofte i netværkslitteraturen også i relation til kulturelt fit. (8,24).

Som det syvende og sidste element sættes fokus på **IO-lederes rolle**.

IO-ledelse er en hybrid. Jeg har tidligere omtalt, at den omfatter både ledelse indenfor egen organisation og ledelse af interorganisatoriske netværk. IO-ledere må selv identificere og afgrænse deres ledelsesfelt i forhold til netværkets ledelsesudfordringer. IO-ledere må endvidere forhandle deres plads i det samlede netværksledelsesmønster. Det er vigtigt at, IO-lederen tilkæmper sig et ledelsesfelt og en placering i netværket, som kan være platform for de fire ledelsesroller, som Gustafsson (9) udpeger:

1) **Den horisontale leder**. IO-lederne må udfordre de dominerende pyramideledere ved at sætte fokus på de horisontale værdiskabende processer på tværs af pyramiderne. 2)

Netværksbeslutningstageren. Det er vigtigt, at IO-ledere påtager sig ansvar for at understøtte beslutningsprocesser i netværk. 3) **Interfacelederen**. Udvikling af relationer er IO-lederes mest tidskrævende opgave. (24) Det kan være i form af mægler og procesleder. 4)

Rollen som interorganisatorisk forandringsagent. Det drejer sig om håndtering af tilpasnings- og påvirkningsprocesserne i netværket. Hvis en part ikke lever op til netværkets forventninger, og det ikke lykkes at motivere parten til at udvikle sig, kan der blive tale om, at IO-ledere fra andre parter må intervenere ved at definere udviklingsbehov, initiere forandringer og konfrontere udviklingsbarrierer.

Her begrænser mine data sig igen til kun at omfatte netværksaktørerne i hospitalssektoren. Til gengæld har jeg fundet dokumentation for, at de fire interviewede netværksaktører har været involveret i alle fire IO-ledelsesroller. Jeg har ikke data, der direkte kan besvare, hvorvidt de har været i stand til at udfylde disse roller tilfredsstillende, men når der samles op på de syv elementer, der indgår i min anvendte IO-ledelsesmodel, er der dog meget, der indikerer, at det er lykkedes i de to netværk.

Opsummerende om diskussionen af implikationerne for interorganisatorisk ledelse har jeg således fundet helt overvejende positive tilkendegivelser i mine interviewdata om de første seks elementer i Gustafssons interorganisatoriske ledelsesmodel. Det drejer sig om omgivelserne og netværkets parter, netværksstrategien, netværksrelationerne, netværkssystemet, netværkskompetencerne og netværkskulturen. Jeg har desuden fundet indikationer på, at alle de fire IO-ledere, jeg har interviewet, har været aktivt involveret i alle de fire IO-ledelsesroller.

Jeg har således nu konkluderet på de organisatoriske og ledelsesmæssige erfaringer og udfordringer, der har været i de to systemiske netværk. Herunder har jeg konkluderet, at der har været få kritiske samarbejdsrelationer mellem parterne, samtidig med at samtlige af Hauglands succesfaktorer for udvikling af gode samarbejdsrelationer har været til stede. Endelig har jeg diskuteret implikationerne for IO-ledelse i de to netværk, hvor jeg også har fundet helt overvejende positive takter.

Jeg vil nu vende tilbage til resultaterne fra min 3. semesters opgave, hvor jeg havde undersøgt den ændringsstrategiske tænkning og implementeringsperspektiverne i *Business Case for national implementering af telemedicinsk sårsvurdering* fra 2012 og holde problemstillingerne fra denne undersøgelse op mod resultaterne fra min undersøgelse af de to small scale projekter i Odense og København.

5.2 Diskussion af problemstillingerne fra 3. semesters undersøgelsen

Business case for National implementering af telemedicinsk sårvurdering (5) er en plan for national udrulning af telemedicinsk sårvurdering, herunder behandlingen af diabetiske fodsår. Jeg har i min 3. semesters opgave konkluderet, at den ændringsstrategisk abonnerer på den teknisk-rationelle ændringsstrategi med indslag af den politiske ændringsstrategi. Det teoretiske udgangspunkt herfor var Borums "Strategier for organisationsændring" fra 2013 (16). Desuden har jeg analyseret implementeringsperspektiver i Business Casen med teoretisk afsæt i Vibeke Lehmann-Nielsens Implementeringsteori (14) og påvist, at der var tale om et rent top-down perspektiv.

Business case for National implementering af telemedicinsk sårvurdering er blevet til på basis af blandt andet erfaringerne fra de få steder i landet, hvor man allerede havde gjort sig de første erfaringer i small scale, herunder netop de to netværk i Odense og København.

Resultaterne fra ABT-projekt 287(6) indgik i grundlaget og repræsentanter fra de to netværk i Odense og København deltog således også i en workshop, hvor de har medvirket til at kvalificere en række forudsætninger, som er lagt til grund i business casen.

Problemstillingerne, som blev rejst på basis af 3. semesters opgaven var, om det overhovedet er muligt at opnå de tilsigtede effekter gennem en centralt styret top-down baseret implementering? Udover de implementeringsudfordringer, som business casen på forhånd har udpeget og adresserer, må man forudse mange andre problemer givet de store regionale forskelle i den eksisterende organisering, den udbredte organisering i netværk med forskellig ledelsesmæssig forankring, de tværfaglige patientforløb med stort behov for koordination og samarbejde på tværs af sektorer og ikke mindst den høje forekomst af fagprofessionelle blandt implementeringsaktørerne med faglige og kulturelle barrierer for en succesfuld implementering.

Jeg har netop konkluderet, at de to undersøgte small scale projekter organisatorisk set har været en succes. Der har været få kritiske samarbejdsrelationer mellem parterne, samtidig med at samtlige af Hauglands succesfaktorer for udvikling af gode samarbejdsrelationer har været til stede. Endelig har jeg diskuteret implikationerne for IO-ledelse i de to netværk, hvor jeg også har fundet helt overvejende positive takter. Men mange af forudsætningerne i de to små systemiske netværk adskiller sig på væsentlige punkter fra den nationale business case.

Det gælder både den forandringsstrategiske tilgang og implementeringsperspektivet, der i de to cases må betegnes som overvejende bottom-up.

Både i Odense og København er netværkssamarbejdet blevet til på basis af lokale initiativer med de sundhedsprofessionelle som den drivende part og med ledelsesmæssig forankring på det lokale sårambulatorium. Desuden har alle netværkets parter været aktivt involveret i samarbejdet og udviklingen helt fra starten og alle netværksaktørerne har givet udtryk for medejerskab til processen. Begge steder har der været få netværksaktører involveret og man har løbende udviklet et godt kendskab til hinanden, herunder opbygget en høj grad af gensidig tillid.

Hvorfor lader disse indhøstede positive erfaringer fra de to small scale projekter sig ikke umiddelbart overføre til en national large-scale implementering i en udpræget top-down styret proces? Til at diskutere denne problemstilling vil jeg gøre brug af Denis et al.: "The struggle to redefine boundaries in health care systems" ⁽²⁶⁾ Denis' konklusioner bygger på empiriske studier af det canadiske sundhedsvæsen. De citeres også i flere af mine øvrige referencer (13,24). Tre faktorer er vigtige at forstå, når man som i den nationale business case vil ændre grænsedragningen mellem sektorerne og indføre nye samarbejdsformer:

1. Emergerende operative enheder.

Sundhedsprofessionelle samarbejder og koordinerer deres indsats på tværs af fag- og sektorgrænser for overhovedet at kunne udføre deres job. Mønstre, sædvaner og uskrevne regler for, hvordan man agerer, vokser frem organisk. Praksis hviler på gensidig accept af den opgavefordeling, man er enedes om. Ethvert forsøg på at reformere arbejdets organisering udefra vil kollidere med de magtrelationer og incitamenter, der udgør sammenhængskraften i den uformelle organisering af arbejdet. Man kan altså ikke se bort fra uformelle samarbejdsrelationer, der er groet organisk ud af daglig praksis.

2. Differentieret professionel indflydelse.

De agenter eller grupper, der har kontrollen over et systems usikkerhed, har den forholdsmæssigt største indflydelse. I sundhedsvæsenet er denne rolle traditionelt tilfaldet lægerne. Her har skrevne og uskrevne regler i mange år givet lægerne magten til at fastlægge og dirigere patientbehandlingen. Nye initiativer og samarbejdsformer kan derfor lide skibbrud, hvis man ikke tager disse forhold i betragtning.

3. Udtyndet ledelsesmæssig kontrol.

Ny praksis og nye snit i opgavefordelingen kan ikke gennemføres administrativt. Det skyldes ifølge Denis informationsasymmetri. I store organisationer kan der være væsentlig uvidenhed i topledelsen om de mange forskellige måder som arbejdet og samarbejdet organiseres på i de enkelte enheder, og dermed er topledelsen ude af stand til at diktere professionel adfærd længere nede i hierarkiet. Det nedsætter derfor sandsynligheden for, at administrativ intervention "hen over hovedet" på det udførende niveau vil være i stand til at ændre de eksisterende grænseflader.

Jeg har i kapitel 1 gjort rede for, at der er store regionale forskelle i den nuværende organisering af den diabetiske fodsårsbehandling. Med den nuværende organisering i Region Nordjylland som eksempel finder jeg det derfor problematisk, at den nationale business case ikke i sit udgangspunkt forholder sig til allerede eksisterende lokal organisering. Man kan ikke forvente, at de gode erfaringer fra Odense og København umiddelbart kan overføres til en topstyret, national udrulning. Tværtimod taler den eksisterende viden på området mod, at dette vil være nogen succes.

Man forsøger at ensrette og homogenisere et meget differentieret system uden hensyntagen til lokale, regionale forhold, hvor mønstre, sædvaner og uskrevne regler for, hvordan man agerer, gradvist er emergeret over tid. Praksis hviler på gensidig accept af denne opgavefordeling. De lokale aktører, som udgøres af læger og andre sundhedsprofessionelle, skal finde mening og handle fornuftigt i forhold til organisationen og dens omgivelser. De har fortsat stor indflydelse på systemets usikkerheder. Endelig er der stærke begrænsninger for den ledelsesmæssige magt til at gennemtvinge forandringer i eksisterende samarbejds-mønstre.

Med henvisning til Denis (26) vil jeg påpege, at dårligt kalibrerede ledelsesmæssige forsøg på ændret grænsedragning i disse situationer kan imødesee to ekstremer af potentielt dysfunktionelle konsekvenser:

Enten kan de ledelsesmæssige forsøg på ændrede samarbejdsformer simpelthen reproducere den eksisterende forhandlede orden, fordi dominerende professionelle ikke ser nogen grund til at ændre adfærd. *Eller* pålagte strukturelle ændringer kan resultere i ødelæggelsen af værdifuld tavs viden og social kapital i de emergerende enheder, som kan være vanskelig og tidskrævende at genskabe.

Jeg vil slutte diskussionen om disse problemstillinger med at citere Seemann, Gustafsson og Dinesen (24). Det jeg dermed vil påpege er, hvor vigtigt det er, at man i en top-down baseret national implementering, tager hensyn til bottom-up udgangspunktet:

Visioner om samordning kan i vidt omfang udvikles i centrale enheder. Et systemisk netværk udvikles imidlertid bottom up og across. Kun her er det muligt at give billederne konkret indhold og udvikle dem til duelige magt-videnmønstre som basis for et velfungerende systemisk netværk. Til gengæld kan netværket først opnå de rigtige betingelser, når netværksstrategien får forbindelse til top down strategier på området.

5.3 Samlet konklusion

Begge de undersøgte telemedicinske netværk er den simpleste form for systemiske netværk – en dyade – og jeg har kun kunnet identificere én grænseflade mellem parterne i netværket.

Der har været få kritiske samarbejdsrelationer mellem parterne, samtidig med at samtlige af Hauglands succesfaktorer for udvikling af gode samarbejdsrelationer har været til stede og tilsvarende få faldgruber. På den baggrund har jeg således også fundet helt overvejende positive implikationer for interorganisatorisk ledelse i de to små netværk.

Imidlertid er der meget store forskelle i størrelse og udgangspunkt for de to undersøgte netværk og i business case for national implementering. Desuden er der stor forskel på den forandringsstrategiske tænkning og implementeringsperspektivet i de to rammer.

Implementeringsperspektivet er således skiftet fra bottom up i de to små netværk til ren top down tilgang i den nationale udrulning. Jeg henviser til diskussionsafsnittet 5.2 p. 79-80.

Der er derfor behov for yderligere undersøgelser, særligt af organisations- og ledelsesdelen.

5.4 Perspektivering

National implementering af telemedicinsk sårvurdering er en kolos på lerfodder.

Mindst fem af disse lerfodder behøver et grundigt eftersyn og afstivning, hvis kolossen ikke skal vælte. De fem lerfodder er:

1) Organisations- og ledelsesdelen

- 2) Evidensen
- 3) Økonomien
- 4) Brugerdelen
- 5) Teknologien

Med hensyn til **organisations- og ledelsesdelen** har jeg lige vist, at den er en black box i business casen for national implementering af telemedicinsk sårvurdering. Der er al mulig grund til at antage, at det ikke er muligt at overføre de positive ledelses- og organisationserfaringer fra de to små projekter i Odense og København til den nationale top-down implementering.

Der er **ingen evidens** for de effektivitets- og behandlingsforbedrende effekter, som anføres i business casen, blandt andet i form af kortere helingstid. Det lykkedes kun at inkludere 23 patienter i ABT-projektet, som business casen refererer til. Forfatterne til ABT-projekt 287 konkluderer selv, at der var flere forhold, blandt andet det lave patientantal, samt det at den telemedicinske konsultation tog betydeligt længere tid. "*På grund af disse forhold er det vanskeligt at konkludere på baggrund af nærværende datamateriale*". (6) Der foreligger heller ikke andre danske eller udenlandske studier, som kan dokumentere disse effekter i forbindelse med diabetiske fodsår.

Der er væsentlige usikkerheder i de forudsætninger, der danner grundlag for **økonomien** i business casen. Man har forudsat, at 18.000 diabetiske fodsår kan følges i telemedicinske forløb pr. år. Den samlede gevinst pr. sårforløb er beregnet til 14.222 kroner for de diabetiske fodsår. Imidlertid har en nyligt gennemført baseline validering vist, at de 18.000 diabetiske fodsår pr. år formentlig er betydeligt overestimeret (med en faktor 10!)

Hvad angår **brugerdelen** er den forventede effekt øget brugertilfredshed. Men denne effekt er heller ikke dokumenteret i de små pilotprojekter. Selvom der ikke var fokus på brugerdelen i min undersøgelse, gav en af de kommunale hjemmesygeplejersker udtryk for sin bekymring for den manglende brugerinvolvering i telemedicin:

I princippet går de jo så glip af en lægekonsultation – og det går borgerne meget op i. Da vi havde den synkrone oplevede de, at de var med. Nu er det også mig, der snakker med en læge, uden at borgeren er i nærheden. Det synes jeg også er lidt mærkeligt. For det er jo en konsultation. Borgeren er en meget vigtig part i den trekant. Jeg synes, borgeren bliver skubbet lidt ud på et sidespor.

Der er klart behov for flere undersøgelser, der kan belyse brugerdelen i den diabetiske fodsårsbehandling.

Teknologien og i særdeleshed it og mobilteknologien har voldt store udfordringer i mine to cases. Jeg har allerede redegjort for problemerne med blandt andet dobbeltregistrering, manglende integration til parternes interne it-systemer og manglende mobildækning. Problemer, der fortsat ikke er løst i den nationale udrulning.

Jeg vil også her citere en informant fra den kommunale hjemmepleje:

Få teleselskaberne til at håndtere det her. Jeg kan stå med en Iphone ude i borgerens hjem og kan simpelthen ikke ringe men skal gå udenfor. Teknologien skal fungere.

Telemedicin ses af mange som en af de helt store problemknusere i den danske sundhedssektor. For eksempel mener man, at telemedicin rummer potentialet til at øge behandlingskvaliteten, effektivisere behandlingsforløb og mindske udgiftsniveauet for behandlingen. Samtidig gør teknologien det teoretisk muligt at give patienter den samme behandling, uanset om de bor i udkanten af danmarkskortet eller skråt over for Rigshospitalet. (1)

Den ændrede befolkningsdemografi med et stigende antal ældre, syge og kronikere, en medicinsk/teknologisk udvikling med en stadigt bedre og bredere palet af behandlingstilbud, en stigende forventning i befolkningen til kvalitet i behandlingen uden ventetid og ikke mindst en vigende del af befolkningen i den arbejdsdygtige alder til at finansiere udgifterne til sundhedsvæsenet har skabt et voldsomt krydspres, som gør, at man må forvente et betydeligt antal effektivitets- og kvalitetsforbedrende projekter nu og i den nærmeste fremtid.

Der har derfor været eksperimenteret en del med telemedicin i forskellige modaliteter både internationalt og nationalt og der har af de ovennævnte grunde været stor politisk og økonomisk medvind til de mange danske small scale projekter. Imidlertid har der været få storskala telemedicinske projekter og generelt er der få steder, hvor telemedicin er en integreret del af sundhedssystemet. Der er derfor et påtrængende behov for større viden på området og især for resultater fra storskalaprojekter. Ikke mindst er der et klart behov for større viden om organisations- og ledelsesdelen i telemedicin.

Litteraturliste

- ¹ http://www.regioner.dk/sundhed/sundheds-it/telemedicin_opdateret_11.05.2012
- ² Dittmann, L: *Patient@home*. DTU 2012
- ³ FASTERHOLDT, I m.fl.: *MTV af alternativer til indlæggelse af ustabile KOL-patienter på sygehuset – herunder OUH's telemedicinske KOL-kuffert*. OUH, Afdelingen for Kvalitet og Forskning/MTV 2011
- ⁴ *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår*. Sundhedstilsynet 2013
- ⁵ *Business case for National implementering af telemedicinsk sårbehandling*. Digitaliseringsstyrelsen, National Sundheds-it, Medcom 2012
- ⁶ *Når det virker, virker det fantastisk*. Evaluering af ABT-projekt 287: Udbredelse af telemedicinsk sårbehandling. Medcom 2011.
- ⁷ Scheving, U: *I hvilket omfang, samt på hvilken måde anvendes tværfagligheden i behandlingen af patienter i Diabetisk Fodcenter Nordjylland, og hvilke implikationer giver det i forhold til indførelse af telemedicin?* UCN 2012.
- ⁸ Alter, C & Hage, J: *Organizations Working Together*. SAGE Publications 1993
- ⁹ Axelson, R & Bihari Axelson, S: *Folkhälsa i samverkan*. Studentlitteratur 2007
- ¹⁰ Øvretveit, J: *Coordinating Community Care: Multidisciplinary Teams and Care Management in Health and Social Services*. Open University Press; Milton Keynes 1993.
- ¹¹ Huxham, C: *Creating Collaborative Advantages*. Sage Publications 1996
- ¹² Bihari Axelson, S: Slides fra forelæsning AAU 19.04.2013
- ¹³ *The Challenge of Chronic Diseases – can we do better?* Workshop 2003. Klinisk enhed for sygdomsforebyggelse
- ¹⁴ Nielsen, V L: *Implementeringsteori* i Anders Berg-Sørensen et al. (red.): *Organiseringen af den offentlige sektor*. Hans Reitzels Forlag 2011
- ¹⁵ Jakobsen, PE: *Telemedicinsk sårbehandling af diabetiske fodsår*. AAU 2013.
- ¹⁶ Borum, F: *Strategier for organisationsændring*. 2. udgave. Handelshøjskolens Forlag 2013
- ¹⁷ *Diabetiske Fodsår. En medicinsk teknologivurdering*. Sundhedsstyrelsen 2011
- ¹⁸ Brown, L. David: *Managing Conflict at Organizational Interfaces*. Addison-Wesley Publishing Company 1983.

-
- ¹⁹ Seemann, J og Antoft, R: *Shared Care – samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus*. FLOS 2002.
- ²⁰ Haugland, S A: *Samarbeid, allianser og nettverk*. 2. udgave. Universitetsforlaget 2004.
- ²¹ Bøgh Andersen, L et al. (red.): *Metoder i statskundskab*. 2. udgave. Hans Reitzels Forlag 2012.
- ²² Kvale, S: *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag 2005.
- ²³ Seemann, J: *Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk*; i Borum m.fl. (red.): *Når styringsambitioner møder praksis*. Handelshøjskolens Forlag 1999.
- ²⁴ Seemann, Gustafsson og Dinesen: *Interorganisatoriske ledelsesudfordringer: Afsæt i erfaringer fra TELEKAT*. Bidrag til Det Danske Ledelsesakademis 2011 konference: *Behov for ny ledelse?* CBS 2011.
- ²⁵ Holm-Petersen, C: *Stolthed og fordom – kultur- og identitetsarbejde ved skabelsen af en ny sengeafdeling gennem fusion*. Samfundslitteratur 2007.
- ²⁶ Denis, JL, Lamothe, L, Langley L og Valette A: *The struggle to redefine boundaries in health care system* I Brock et al. (red.): *Restructuring the Professional Organization*. Routledge 1999.

Bilag

Interviewguide

Spørgsmål:

1) Hvad er din rolle i den telemedicinske sårbehandling?

- *Hvad har det medført af ændringer for dig?*
- *Hvad har det medført af ændringer for samarbejdet? (dine relationer til egen organisation og til samarbejdspartneren i primær/sekundær sektoren)*

2) Hvordan vil du beskrive det nuværende samarbejde?

- *indenfor egen organisation*
- *på tværs af sektorerne*

5. fantastisk – 4. godt – 3. neutralt – 2. mindre godt - 1. elendigt

3) Hvad er det, der gør at samarbejdet lykkes/ikke lykkes?

- *Hvad er årsagen til at det lykkes?*
- *Kan du specificere det?*

4) Er der klare aftaler om, hvem der skal gøre hvad både tværsektorielt og internt?

- *er der et formaliseret samarbejde?*
- *er der skriftlige aftaler?*
- *er der en fast mødestruktur?*
- *er der klare beslutningskompetencer?*

5) Savner du de praktiserende læger i de telemedicinske sårforløb?

- *Hvorfor/Hvorfor ikke?*

6) Hvad generer dig i samarbejdet?

- *Er der en klar arbejdsdeling? (Enighed om, hvem der skal gøre hvad?)*
- *Er der enighed om behandlingsteknologi, arbejdsmetoder og principper?*
- *Er der enighed om mål og vurderingskriterier?*
- *Er der forskelle i samarbejdspartens (=hospitalets eller kommunens) interne struktur, kultur og processer, der gør det vanskeligt at nå hinanden?*
- *Er der forskelle i parternes (=hospitalets eller kommunens) ønsker til samarbejdsform/relationsudformning?*

7) Hvordan løser I kontroverser, hvis I er uenige?

8) Kan du/I komme med et eksempel på henholdsvis et godt og et dårligt forløb?

- *Hvorfor gik det godt?*
- *Hvorfor gik det dårligt?*

9) Hvordan oplever du opbakningen i egen organisation til det telemedicinske samarbejdsprojekt?

- *Er telemedicinsk sårbehandling noget, der har ledelsens interesse?*
- *Hvilke interesser har din ledelse i det telemedicinske samarbejde?*
- *Hvem har førertrøjen på i samarbejdet?*

10) Har du oplevet modstand mod telemedicinsk sårbehandling fra kolleger eller andre faggrupper?

- *Hvorfor?*

11) Havde du/I nogle forventninger til det telemedicinske samarbejde, som ikke er blevet indfriet?

12) Hvad har efter din/Jeres erfaring været de tre største forbedringer i forbindelse med indførelsen af telemedicinsk sårbehandling?

13) Hvad ser du/I som de tre største udfordringer i forbindelse med indførelsen af telemedicinsk sårbehandling?

14) Hvilke forbedringer kunne du umiddelbart pege på?

15) Vi er jo ikke rigtigt gået i gang med telemedicinsk sårbehandling i Region Nordjylland endnu: Hvad ville de to bedste råd til mig være?
Hvad ville omvendt være de to bedste råd om, hvad jeg skulle undgå være?

16a) Spørgsmål til hospitalet:

Hvordan tror du, de kommunale hjemmesygeplejersker/sårsygeplejersker vil beskrive jeres samarbejde?

16b) Spørgsmål i kommunen:

Hvordan tror du, lægerne og ambulatoriesygeplejerskerne på hospitalet vil beskrive jeres samarbejde?

(Hvis tiden tillader det):

17) Kan du ved hjælp af en metafor beskrive samarbejdet?