



# **GRÆNSEFLADEN MELLEML HOSPITALSSOMATIK OG SOCIALPSYKIATRISKE BOTILBUD**

Speciale ved kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde  
Aalborg Universitet d. 14.4.2014

**Af: Heidi Bentzen, Studienummer: 20111072**

**Vejleder: Dorte Caswell**

Antal typeenheder: 239.523

## **Abstract**

### **Background**

People with severe mental illnesses (SMI) often find themselves in a vulnerable position. They are more often, than the general population, exposed to for example, unemployment, homelessness and poverty (Greve, 2012). Furthermore recent research shows that, people with SMI are also exposed in relation to poor somatic health, as well as a lower survival rate, than the general population, within a wide range of illnesses (Crompton, et al., 2010; Lauersen, et al., 2007). Although people with SMI have a higher risk of physical illness, due to side effects of medications, unhealthy lifestyles, e.g. poor diet, smoking, alcohol- and substance use, there is a growing body of evidence that unequal access to and benefit from healthcare, also plays a role in this disparity (Lauersen, et al., 2007). It has been suggested that, not only do persons with SMI have less access to medical care; they are also less compliant with the medical care system (Crompton, et al., 2010; Lawrence & Kisely, 2010). A characteristic for a great deal of people with SMI is that they are experiencing considerable difficulty with self-care, particularly during periods when their mental illness is most severe. People with SMI therefore rely on the assistance in handling these matters; however people with SMI often have fragile social networks (Greve, 2012; Crompton, et al., 2010). Due to these difficulties a number of people with SMI permanently or temporarily live at municipal or regional housing services, that are offered on the basis of § 107 and 108 of the Danish Social Services Act (Socialstyrelsen, 2013). In other words persons with SMI represent a vulnerable group whose lives and health may depend on a well-coordinated multidisciplinary and cross-sectorial effort. Numerous studies on the other hand, indicate that there is a systemic separation of mental healthcare and physical healthcare and persons with mental illness therefore rarely receive the coordinated effort they require (Crompton, et al., 2010; Case Management Advisor, 2013; Lægeforeningen, 2011). The excess mortality of people with SMI may therefore also be due to organizational and structural problems in the health- and social services system.

### **The aim of the thesis**

The interfaces between psychiatric treatment centres and the municipal social services centres, as well as between somatic hospital wards and somatic nursing homes, rehabilitation centres, etc. have gained much attention (Johansen, et al., 2012; Kistrup, et

al., 2009). However the interface between the somatic hospital wards and community-based residential facilities appears more overlooked in the existing literature. This despite the fact, that the dynamics of this particular interface may be crucial for the coordination and quality of the service that people with SMI experience, when they require hospital admission due to somatic disorders. The present thesis therefore aims to explore the characteristics of the interorganizational interface between somatic hospital wards and community-based residential facilities, and to investigate whether there are any identifiable critical relations in the interface – in the thesis conceptualized as disorganization patterns – based on the views and experiences of the professionals working within the interface.

## **Method**

The thesis is constructed as a qualitative research, based on four group- and six individual interviews with employees at a somatic hospital ward and two local community-based residential facilities for persons with mental illness. The empirical data is analysed through an interpretive approach, primarily based on a theoretical frame, consisting primarily of David L. Brown's (1983) theory of interorganizational interfaces and conflicts and Janne Semann's, Rasmus Antoft's and Jeppe Gustafsson's interorganizational theories and analysis model of disorganization patterns in interorganizational interfaces (Gustafsson & Seemann, 1988; Seemann, 1996; Seemann & Antoft, 2002).

## **Results**

The study shows that, the interface in question can be characterised primarily as underorganized with an asymmetrical dependency, in which the residential facilities are more dependent on the hospitals than the reverse. Furthermore the analysis indicates that the residents' mental health problems cause the residents to fall outside the hospitals regular functional area, which leads to a void in the residential facilities task performance, concerning the health of residents. These interface conditions lead to the following identified disorganization patterns, consisting of disagreements about; when a hospitalized resident is ready for discharge from the hospital, whether the hospitals consider the residents as "real" patients or not, what kind of knowledge and approach that is the most crucial, in the care of the hospitalized residents and finally disagreements about who is responsible for the missing flow of information and knowledge between the hospitals and the residential facilities.

# Indholdsfortegnelse

<b>ABSTRACT</b> .....	<b>1</b>
BACKGROUND .....	1
THE AIM OF THE THESIS.....	1
METHOD .....	2
RESULTS .....	2
<b>INDHOLDSFORTEGNELSE</b> .....	<b>3</b>
<b>INDLEDNING</b> .....	<b>6</b>
MOTIVATION FOR PROBLEMSTILLINGEN I SPECIALET.....	6
<b>PROBLEMFELT</b> .....	<b>7</b>
EKSISTERENDE LITTERATUR OM PROBLEMFELTET .....	7
UDVIKLINGEN I PSYKIATRIEN: FRA TOTALINSTITUTION TIL GRÆNSEFLADELØSNING .....	11
PROBLEMFELTET I INTERORGANISATORISK PERSPEKTIV .....	14
<b>AFGRÆNSNING AF PROBLEMFELTET</b> .....	<b>16</b>
SINDSLIDENDES HELBRED – IKKE KUN EN OPGAVER FOR SUNDHEDSSEKTOREN .....	16
KOORDINERING PÅ FRONTLINJENIVEAU .....	16
GENSTANDSFELTET I SPECIALET.....	17
<b>RAPPORTLAYOUT</b> .....	<b>18</b>
<b>TEORETISK PERSPEKTIV I SPECIALET</b> .....	<b>21</b>
VIDENSKABSTEORETISKE INSPIRATION .....	21
TEORIRAMMEN .....	22
OFFENTLIGE ORGANISATIONER .....	22
DEFINITION AF NØGLEBEGREBER.....	23
<b>PRÆSENTATION AF CASE</b> .....	<b>25</b>
UDVALGTE GRÆNSEFLADEPARTER .....	25
CASE-GRÆNSEFLADEN .....	25
UDVÆLGELSE AF BOTILBUDDENE.....	27
UDVÆLGELSE AF HOSPITALSAFSNITTET LA .....	28
ULEMPER VED UDVALGET AF PARTER I CASEN .....	30
<b>METODE TIL EMPIRIGENERERING</b> .....	<b>31</b>
PRÆSENTATION AF METODEN .....	31
VALG AF METODE .....	31
DEN ANVENDTE METODE TIL GRUPPEINTERVIEWENE .....	32
DEN ANVENDTE METODE TIL ENKELTINTERVIEWS OG DE MINDRE GRUPPEINTERVIEW .....	33
UDFØRELSE AF INTERVIEWENE .....	34
UDVIKLINGEN AF EMNE- OG INTERVIEWGUIDER .....	35
UDVÆLGELSE AF INTERVIEWPERSONER OG GRUPPEINTERVIEWDELTAGERE.....	37
FORDELE OG ULEMPER VED DE ANVENDTE METODER .....	41
<b>EMPIRIBEARBEJDNING</b> .....	<b>43</b>

BEARBEJDNING AF INTERVIEWRESULTATER.....	43
PROCEDURE FOR TRANSSKRIBERINGEN .....	44
<b>KVALITETSSIKRING.....</b>	<b>45</b>
<b>ETISKE OVERVEJELSER .....</b>	<b>47</b>
<b>ANALYSESTRATEGI.....</b>	<b>48</b>
DET HERMENEUTISKE PERSPEKTIV I ANALYSEPROCESSEN .....	48
BRÆNDPUNKTSANALYSE .....	50
ANALYSEMODELLEN .....	52
<b>ANALYSE.....</b>	<b>58</b>
GRÆNSEFLADER IFØLGE BROWN.....	60
INDKREDSNING AF GRÆNSEFLADEN .....	60
IDENTIFIKATION AF BRÆNDPUNKTER I GRÆNSEFLADEN .....	65
OPSUMMERING PÅ IDENTIFICEREDE BRÆNDPUNKTER.....	81
<b>FORTOLKNING AF DE BAGVEDLIGGENDE ÅRSAGER .....</b>	<b>81</b>
<b>BRÆNDPUNKTERNE FORSTÅET UD FRA TEORI OM TOMRUM I OPGAVELØSNINGEN.....</b>	<b>83</b>
PRÆSENTATION AF TEORI OM TOMRUM I OPGAVELØSNINGEN .....	83
ANALYSE AF TOMRUM I OPGAVELØSNINGEN .....	84
KONKLUSION PÅ TOMRUM I OPGAVELØSNINGEN.....	90
<b>BRÆNDPUNKTERNE FORSTÅET UD FRA BESKYTTELSESSTRATEGIER OG DYSFUNKTIONER .....</b>	<b>91</b>
PRÆSENTATION AF BESKYTTELSESSTRATEGIER OG MULIGE DYSFUNKTIONER .....	91
BESKYTTELSESSTRATEGIER I DEN UDVALGTE GRÆNSEFLADE .....	93
KONKLUSION PÅ BESKYTTELSESSTRATEGIER .....	97
<b>BRÆNDPUNKTERNE FORSTÅET UD FRA GRÆNSEFLADEORGANISERING .....</b>	<b>98</b>
PRÆSENTATION AF BROWNS TEORI OM ORGANISERING OG KONFLIKTER I GRÆNSEFLADER .....	98
GRÆNSEFLADEADFÆRD OG KONFLIKTER .....	100
INTERAKTION OG ORGANISERINGEN I DEN UDVALGTE GRÆNSEFLADE .....	104
KONKLUSION PÅ GRÆNSEFLADEORGANISERING OG KONFLIKTER .....	113
<b>BRÆNDPUNKTERNE FORSTÅET UD FRA MULIGHEDEN FOR UFORMELLE KONTAKTER I GRÆNSEFLADEN .....</b>	<b>114</b>
UFORMEL RELATION OG TILLID I GRÆNSEFLADEN.....	115
KONKLUSION PÅ BETYDNINGEN AF UFORMEL RELATION OG TILLID I GRÆNSEFLADEN .....	117
<b>KONKLUSION .....</b>	<b>118</b>
MULIGHED FOR ANALYTISK GENERALISERING AF RESULTATERNE .....	120
<b>PERSPEKTIVERING .....</b>	<b>121</b>
<b>OVERVEJELSER OM STUDIETS KVALITET .....</b>	<b>122</b>
BETYDNINGEN AF DEN VALGTE TEORETISKE RAMME .....	122
REFLEKSION OMKRING EMPIRI OG ANVENDTE METODER .....	123
<b>CITEREDE VÆRKER .....</b>	<b>125</b>
<b>BILAGSAFSNIT.....</b>	<b>129</b>

BILAG 1 SØGESTRATEGI OG HISTORIK .....	129
BILAG 2 INTERVIEWGUIDE ENKELTPERSONINTERVIEW .....	132
BILAG 3 EMNEGUIDE "DAGSORDEN" GRUPPEINTERVIEW .....	138
BILAG 4 TEGNEOPGAVE .....	139

## Indledning

Specialet her omhandler grænsefladen mellem socialpsykiatriske botilbud og somatiske hospitalsafdelinger. Fokus ligger på de udfordringer der kan opstå i denne grænseflade, set fra de professionelle aktørers perspektiv.

## Motivation for problemstillingen i specialet

Motivationen for at undersøge netop denne grænseflade er opstået på baggrund af mine erfaringer som praktiserende ergoterapeut på et somatisk hospital (herefter hospital). Her oplevede jeg, at der ofte opstod komplikationer i behandlings- og udskrivningsforløb, når det handlede om patienter der foruden somatiske- også havde psykiatriske problematikker. Når patienter endvidere boede på et socialpsykiatriskbotilbud (herefter botilbud) opstod der ofte et behov for at vi på hospitalet koordinerede indsatsen med botilbuddet, da personalet her skal støtte beboerne i adgangen til somatisk udredning, pleje og behandling i hospitalsregi (Rockwool Fondens Forskningsenhed, 2012; Socialstyrelsen, 2014). Etableringen af et samarbejde med botilbuddene viste sig imidlertid ofte at være kompliceret og vanskeligt. Jeg oplevede fx, at vi på hospitalerne vidste for lidt om botilbuddene i forhold til deres rolle og funktion og vi derfor havde vanskeligt ved at vurdere, hvilket funktionsniveau patienten kunne udskrives til de forskellige botilbud med.

Derudover er motivationen og inspirationen til specialet udsprunget af mit studiejob på Danske Handicaporganisationer, hvor jeg er involveret i et pilotprojekt omhandlende ulige adgang til og effekt af offentlige primære sundhedsydelser for personer, der grundet en udviklingshæmning eller sindslidelse bor på botilbud. I første del af projektet, der udgør et forprojekt til specialet her, har vi foretaget en interviewbaseret afdækning af hvilke barrierer, personer på botilbud, deres pårørende, de ansatte på botilbud og de praktiserende læger oplever i målgruppens adgang til de primære sundhedsydelser. Af interviewene samt af en litteratuaufsøgning, vi foretog i forbindelse med projektet, fremgik det, at samarbejdet mellem botilbud og somatiske hospitalsafdelinger langt fra fungerer optimalt for denne målgruppe (Sørensen, et al., 2013).

Det ser derfor ud til at alle parter i grænsefladen oplever vanskeligheder i og utilfredshed med relationen, på trods af at alle parter samtidig udtrykker et stort ønske om og behov for en bedre koordinering, opgavedeling og styrket samarbejde. Jeg undrer mig derfor over, at hvis ønsket og behovet for en stærkere samarbejderelation er eksisterende hos alle parter,

hvorfor er det så så vanskeligt for parterne at få etableret denne? Hvilke vanskeligheder er det helt konkret de oplever, og hvorfor bliver de ved at opstå? Jeg fik derfor lyst til at undersøge, hvordan aktørerne oplever grænsefladen mellem hospital og botilbud og få en dybere indsigt i, hvori vanskelighederne i grænsefladen består. Jeg formulerede på baggrund heraf – følgende problemstilling:

### **Problemformulering**

Hvordan oplever de involverede aktører i Københavns Kommune og Region Hovedstaden grænsefladen der opstår mellem somatiske hospitalsafdelinger og socialpsykiatriske botilbud i opgaveløsningen omkring beboernes somatiske helbred?

Herunder:

- *Hvilke kritiske relationer kan identificeres i grænsefladen og hvordan kan de forstås?*

### **Problemfelt**

I dette afsnit beskriver jeg feltet som ovenstående spørgsmål, udspiller sig i. Afsnittet indledes med resultaterne af en litteratursøgning af feltet, efterfulgt af et oprids af udviklingen på psykiatriområdet, der har medført behovet for grænsefladeløsningen som specialet omhandler, og afslutningsvis opridses jeg feltet i et interorganisatorisk perspektiv med baggrund i Janne Seemanns (herefter Seemann) teorier og studier af interorganisatoriske relationer (1996; 1999; 2008).

### **Eksisterende litteratur om problemfeltet**

Med baggrund i ovenstående problemstilling har jeg foretaget en litteratursøgning<sup>1</sup> for at afdække hvilken, viden jeg kan trække på i den eksisterende litteratur. Resultatet heraf anvender jeg i det følgende til at tegne baggrunden for problemstillingen og indsnævre problemfeltet yderligere.

---

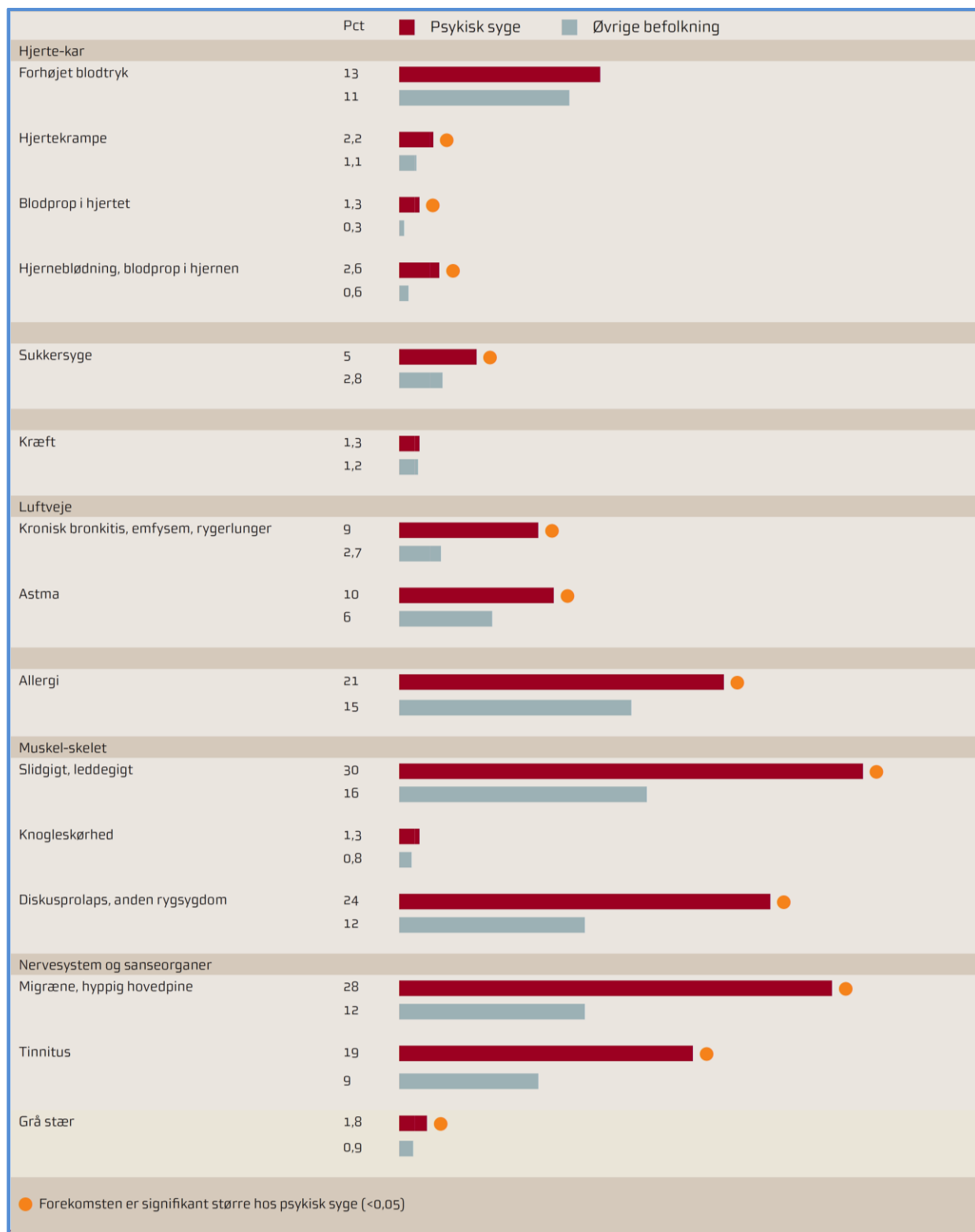
<sup>1</sup> Se søgehistorik og strategi på bilag 1



### **Personer med sindslidelse er udsatte for overdødelighed**

Undersøgelser viser, at personer med alvorlige sindslidelser ofte befinder sig i en udsat position i Danmark; de er oftere end den øvrige befolkning udsat for eksempelvis arbejdsløshed, hjemløshed og fattigdom (Rockwool Fondens Forskningsenhed, 2012; Greve, 2012). Andre undersøgelser viser endvidere, at personer med alvorlige sindslidelser også er udsatte i forhold til dårligt somatisk helbred. I artiklen *Fysisk sygdom hos psykisk syge*, der beskriver en befolknings helbredsundersøgelse foretaget i Region Midtjylland, påvises det fx at sindslidende rammes hyppigere af somatiske sygdomme end den øvrige befolkning – herunder også livstruende lidelser som hjerte-kredsløbssygdomme og kræft, (Larsen, 2008) se Figur 1.

Figur 1 Hyppighed af fysisk sygdom hos psykisk syge i forhold til den øvrige befolkning



Figurforklaring: Datagrundlaget i ovenstående figur er de knap 22.000 borgere i alderen 25-79 år, der i 2006 deltog i Region Midtjyllands undersøgelse af trivsel, sundhed og sygdom: Hvordan har du det? Der er justeret for forskelle i køn og alder. Kilde: (Larsen, 2008, s. 5, figur 2).

Samtidig peger flere undersøgelser på at personer med sindslidelse har en lavere overlevelseshastighed inden for en lang række somatiske sygdomme end den øvrige befolkning (Laurson, 2011; Lauersen, et al., 2007; Crompton, et al., 2010; Lawrence & Kisely, 2010). Af artiklen *Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders* fremgår det, at selv om den forventede levetid generelt er steget i Danmark, Sverige og Finland, er der ikke sket en tilsvarende stigning for personer med en sindslidelse. Personer med en sindslidelse oplever derfor en reduceret forventet levetid på 15 år for kvinder og 20 år for mænd, i forhold til den øvrige befolkning i de tre lande – med størst forskel i Danmark. Undersøgelsen viser at overdødeligheden gjorde sig gældende inden for alle kategorier af dødsårsager, både de "naturlige" (sygdomme- og medicinske tilstande) og de "unaturlige" (selvmord og eksterne dødsårsager såsom vold og ulykker) (Wahlbeck, et al., 2011).

#### **Mulige årsager til ulighed i sundhed**

Af litteraturen fremgår mange bud på årsagen til overdødeligheden, heriblandt at personer med alvorlige sindslidelser ofte er socialt udsatte i form af ustabile leveforhold og sociale netværk samt misbrug af alkohol, euforiserende midler, cigaretter etc. Det betyder at disse sindslidende udgør en gruppe borgere med betydeligt øget risiko for at få organskader, infektionssygdomme og livsstilssygdomme. Samtidig er sundhedssektoren kompleks og vanskelig at navigere i og situationen forværres af, at gruppen af personer med svære sindslidelser samtidig er præget af nedsatte ressourcer i forhold til at varetage egenomsorg (Syddanmark, 2013; Larsen, 2008; Baxter, et al., 2006; Greve, 2012).

Wahlbeck, et al. (2011) peger på, at overdødeligheden for personer med alvorlige sindslidelser skal forklares ud fra et samspil af multiple risikofaktorer inden for sundheds- og socialområdet. Inden for sundhedsområdet; gruppens tendens til usund livsstil, utilstrækkelig adgang til god somatisk pleje og udredning, samt en kultur hvor sindslidendes somatiske helbred ikke prioriteres højt i forhold til de psykiatriske problemstillinger. Inden for socialområdet; at personer med sindslidelser oftere er fattige, arbejdsløse og enlige. I artiklen peges endvidere på stigmatisering af personer med sindslidelse som en barriere for gruppens adgang til sundhedsydelser. Andre undersøgelser peger på samme faktorer, se fx (Crompton, et al., 2010; Lawrence & Kisely, 2010).

### *Vanskeligheder ved egenomsorg*

Kendetegnet for en stor del af personer med alvorlige sindslidelser er, at de oplever vanskeligheder ved at drage omsorg for eget liv og helbred, særligt i perioder hvor sindslidelsen er sværest, og de er derfor afhængige af hjælp fra deres omgivelser (Greve, 2012). En del personer med alvorlige invaliderende sindslidelse bor derfor midlertidigt eller permanent på kommunale eller regionale botilbud, qua § 107 og § 108 i serviceloven (Socialministeriet, 2011). Botilbuddenes opgave er bl.a. at støtte beboerne i at opnå adgang til somatisk udredning, pleje og behandling i hospitalsregi (Rockwool Fondens Forskningsenhed, 2012; Socialstyrelsen, 2014). Personer med alvorlig sindslidelse udgør med andre ord en sårbar gruppe, hvis liv og helbred kan afhænge af en velkoordineret tværfaglig og tværsektorial indsats (van der Voort, et al., 2011; Crompton, et al., 2010; Greve, 2012). Af den eksisterende litteratur fremgår det imidlertid, at personer med en sindslidelse sjældent modtager den velkoordinerede indsats de har behov for, og gruppens overdødelighed kan derfor også skyldes et organisatorisk og strukturelt problem i social- og sundhedssektoren (Crompton, et al., 2010; Kistrup, et al., 2009).

### *Manglende tværgående koordinering og samarbejde*

I litteraturen peges fx på en silodannelse imellem psykiatrien og somatikken. Der betyder lav grad af tværgående samarbejde, informationsudveksling og koordinering af indsatsen, og det er derfor vanskeligt at varetage problemstillinger, der involverer begge områder. Personer med en sindslidelse kan derfor opleve, at deres somatiske problemstillinger fejltolkes i det somatiske system som symptomer på deres sindslidelse, og derfor aldrig tilbydes eller tilbydes for sent somatisk behandling (Larsen, 2008; Arbejdsgruppen om Højere middellevetid for psykiatriske patienter i Region Sjælland, 2011; Lægeforeningen, 2011).

For at få et indblik i nødvendigheden af samarbejdet mellem botilbuddene og hospitalerne og i kompleksiteten i dette samarbejde, finder jeg det endvidere nødvendigt at kaste et blik udviklingen psykiatrien har gennemgået siden 1970'erne, der førte til oprettelsen af botilbuddene.

### **Udviklingen i psykiatrien: Fra totalinstitution til grænsefladeløsning**

Botilbuddene til sindslidende er et produkt af den afinstitutionaliseringsproces psykiatrien har gennemgået siden omlægningen fra den statslige særforplejning til det amtslige hospitalsvæsen i 1976. Afinstitutionaliseringen var et opgør mod de tidligere store

totalinstitutioner, der havde karakter af lukkethed og afsondring fra det øvrige samfund samt en hierarkisk struktur og lægefaglig dominans der virkede umyndiggørende for de indlagte personer (Bengtsson, 2011; Ebsen & Greve, 2012). Totalinstitutionen var i stand til selvstændigt at løse adskillige opgaver (herunder somatisk lægehjælp) da institutionen havde egne læger. Dette betød dog samtidig en alvorlig indskrænkning af de indlagtes autonomi og borgerrettigheder, idet de fx ikke havde egen bolig eller valgfri læge (ibid.).

Afinstitutionaliseringen skulle ved en decentral opgaveløsning skabe en større åbenhed i psykiatrien og bringe behandlingstilbuddene tættere på de sindslidendes eget lokalmiljø. Statshospitalerne blev derfor erstattet af hospitals- og distriktpsikiatrien, hvormed det blev amternes opgave at drive og udvikle psykiatrien som en helhed i et samlet sygehus- og sundhedsvæsen (Ebsen & Greve, 2012; Bengtsson, 2011).

#### **Opdeling af ansvar og opgaver mellem amter og kommune**

Med bistandsloven i 1976 blev ansvaret for de sociale indsatser for personer med sindslidelse også lagt i amternes socialforvaltninger, og i 1987 blev forvaltningen af tilbud til de langvarigt sindslidende overført til socialforvaltningerne i amterne, hvilket betød en flytning af 2732 plejepladser fra sundhedssektoren til socialektoren. Dette medførte et kapacitetsproblem, da udviklingen af de nye tilbud ikke kunne følge med nedlægningen af de gamle (Bengtsson, 2011; Ebsen & Greve, 2012).

I 1991 satte folkettinget midler af til udviklingen af et kommunalt tilbud (socialsektorpsykiatrien). Socialsektorpsykiatrien bestod blandt andet af sociale botilbud og støttekontaktpersonordninger. De nye kommunale tiltag byggede på et princip om, at borgerne frivilligt indgik i relationer med kommunens støttekontaktpersoner og de øvrige borgere i lokalmiljøet. Støttekontaktpersonernes primære opgave blev at støtte borgerne i deres hverdagsliv og sikre deres adgang til de almindelige sociale rettigheder i samfundet, herunder de forskellige behandlingstilbud (Ebsen & Greve, 2012, p. 26).

#### **Opdeling af opgaver mellem kommuner og regioner**

Med kommunalreformen i 2007 fik kommunerne det fulde finansielle ansvar for de sociale opgaver for sindslidende, og de nye regioner fik ansvaret for størstedelen af den behandlende indsats – herunder hospitalsdriften. I den nuværende decentrale løsning er ansvaret for sociale opgaver og behandlingsopgaver således opdelt mellem kommuner og

regioner (Ebsen & Greve, 2012; Fredslund, et al., 2011; Bengtsson, 2011). Fordelingen af opgaver er illustreret på Tabel 1<sup>2</sup>:

**Tabel 1 Oversigt over behandlingstilbud i regioner og kommune i 2012**

	Sundhedssektor i region	Socialsektor i kommune
Døgntilbud	Sygehusbehandling	Botilbud
Dagtilbud – hjemmeboende	Psykiatriske skadestuer Distriktpsychiatri Opsøgende psykoseteam Privatpraktiserende psykiatere	Støttekontaktpersonordning Bostøtteordning Væresteder/ aktivitetssteder Beskyttet beskæftigelse

**Kilde: Oversigt øverst s. 27 i Ebsen & Greve, (2012).**

Afinstitutionaliseringen har således medført ikke bare en decentralisering af ansvar og opgavefordeling, men også en skarp opdeling af social- og sundhedsmæssige opgaver og ansvarsområder. Koordinationen og sammenhængen i tilbuddene til den enkelte person med en sindslidelse er således ikke længere forankret ét organisatorisk sted, og der er sket et brud på den sammenhængende indsats der prægede totalinstitutionen (Fredslund, et al., 2011; Ebsen & Greve, 2012).

#### **Nødvendighed af grænsefladeopgaveløsning**

Botilbuddene kan grundet decentraliseringen i opgaveløsningen ikke, som totalinstitutionen kunne, selv levere medicinsk eksperthjælp, og de er derfor nød til at samarbejde med fx læger og hospitaler i deres omgivelser for at kunne løse en af deres kerneopgaver (Ebsen & Greve, 2012; Seemann, 1996). Botilbuddenes opgave er at yde en støttende helheds- og recoveryorienteret psykosocial rehabilitering for beboerne. Dette indeholder blandt andet en indsats for at facilitere beboernes adgang til de offentlige sundhedsydelser. Botilbuddenes opgave bliver dermed også at koordinere deres indsats med fx læger og hospitaler (Socialstyrelsen, 2014; Bengtsson, 2011).

Afinstitutionaliseringen har med andre ord medført at personer med sindslidelse, der har behov for støtte i hverdagen, inkluderes i samfundet i højere grad end det var tilfældet med totalinstitutionen. I den forstand at tilbuddene i dag, er rettet mod at facilitere at

<sup>2</sup> Oversigten over de forskellige tilbud fordelt på kommuner og regioner er et stærk forsimplet overblik; i virkeligheden findes utallige miks af døgn- og dagtilbud både i regioner og kommuner (Socialstyrelsen, 2014).

beboerne benytte de almene tilbud, såsom egen bolig og egen læge og ikke ekskluderes i 'særlige miljøer' som totalinstitutioner (Seemann, 1996; Bengtsson, 2011).

### **Problemfeltet i interorganisatorisk perspektiv**

Det fremgår af ovenstående afsnit, at flere aspekter ved totalinstitutionerne var problematisk, men at den nuværende grænseflades organisering heller ikke er uproblematisk fremgår af det følgende, hvor jeg i et interorganisatorisk perspektiv vil opridse nogle af de problemstillinger, som opgaveløsningen i interorganisatoriske grænseflader medfører.

### **Komplekse sundhedsopgaver omkring beboere på botilbud**

Sundhed og pleje udgør, ifølge Seemann (1999, s. 88), i sig selv komplekse, sammenhængende opgaver, der kræver løsninger på tværs af flere forskellige politiske niveauer og sektorer. Mange af sundhedsvæsnets opgaver løses derfor, ifølge Seemann, i forskellige interorganisatoriske netværkskonstellationer, hvor de involverede parter har forskellige kulturer, mål, arbejdsformer og delopgaver. Dette medfører en kompleks opgaveløsning præget af gensidig afhængighed, uklar ansvarsfordeling og overlappende arbejdsdeling med modstridende beslutninger og evt. uløste opgaver (ibid.).

Kompleksiteten øges yderligere, når det handler om indlæggelseskrævende somatiske udrednings-, pleje- og behandlingsopgaver for borgere, der bor på botilbud, da opgaveløsningen dermed kræver samarbejde på tværs af specialerne i psykiatri og somatik og påtværs af region og kommunegrænsen. Hospitalerne og botilbuddene er med andre ord nødt til at indgå et samarbejde for at koordinere deres indsatser omkring botilbudsbeboere (herefter beboerne) med behov for indlæggelse. Den forøgede kompleksitet og diffuse ledeslesstruktur har bevirket, at selvom der fra politisk side ofte udtrykkes ønsker og løfter om sammenhængede og koordinerede forløb, viser det sig tit som en større udfordring at udføre i praksis, se fx (Johansen, et al., 2012; Kistrup, et al., 2009; Ebsen & Greve, 2012; Seemann, 1996).

### **Regelstyring og netværksrelationer**

Ifølge Seemann (1999; Seemann, 1996) er det kendetegnende for offentlige organisationer, at de på trods af en relativt stor professionsstyring (og inden for sundhedsvæsnets yderligere en relativt lav regelstyring) har ringe indflydelse på, hvem de samarbejder med. Opgaverne organisationerne skal løse er regelbundne og

opgaveløsningen er præget af samarbejde fremfor konkurrence. Men samarbejdet kan samtidig hæmmes af de strukturer organisationerne er underlagt, særligt ved samarbejdsrelationer der går på tværs af forskellige sektorer og politiske niveauer, og hvor opgaveløsningen kan blive styret af økonomisk kassetænkning (Seemann, 1999). Der er fx pågående diskussioner omkring opgave- og ansvarsfordelingen for det sociale og det sundhedsmæssige område mellem regioner og kommuner. Samtidig diskuteres det hvorvidt det med den decentrale løsning er lykkedes, at integrere personer med en sindslidelse i de almene institutioner i samfundet samt om de mest udsatte får tilstrækkelig behandling og omsorg (Ebsen & Greve, 2012).

Et eksempel herpå er kommunernes overtagelse af tidligere amtslige opgaver i forbindelse med kommunalreformen i 2007. Kommunalreformen betød en reduktion i indlæggelsestiden på både psykiatriske og somatiske hospitaler, da kommunerne har overtaget en større del af efterbehandlingen efter hospitalsindlæggelser (Fredslund, et al., 2011; Johansen, et al., 2012). Indenfor psykiatrien har dette medført samarbejds- og koordineringsvanskeligheder i form af uenighed om ansvars- og opgavefordelingen. Socialpsykiatrien og botilbuddene har blandt andet oplevet, at de har overtaget for mange plejeopgaver for udskrevne borgere, med et betydeligt lavere udskrivningsfunktionsniveau end tidligere. Hvilket betyder at personalet her oplever at problemer med at levere ydelser af samme kvalitet som tidligere (ibid.).

I det ovenstående har jeg beskrevet det overordnede problemfelt, og i det følgende afsnit vil jeg afgrænse dette nærmere.



## Afgrænsning af problemfeltet

Af min litteratur afsøgning af problemfeltet fremgår det, at fokus i litteraturen har været rettet på samarbejdet mellem psykiatriske behandlingssteder og de kommunale sociale tilbud (botilbud og støttekontaktpersonordninger) samt mellem somatiske hospitalsafdelinger og somatiske plejehjem, genoptræningscentre, etc. I kontrast hertil fremstår samarbejdet mellem de somatiske hospitaler og botilbuddene mindre velbelyst til trods for, at netop dette samarbejde påpeges at være betydelig for koordineringen og kvaliteten af den indsats, personer med alvorlige sindslidelser oplever, når de får indlæggelseskrævende somatiske lidelser (Crompton, et al., 2010; van der Voort, et al., 2011). Hvilket bl.a. fremgår af artiklen *Stigmas and Silos: Social Workers' Accounts of Care for People With Serious Mental*, der beskriver barrierer, der opstår i forbindelse med hospitalsbehandlingen af cancerramte personer med en sindslidelse. Her påpeges bl.a. manglende viden og fordomme om sindslidelse hos somatiske behandlere samt manglende sundhedsfaglig viden hos botilbudsansatte som en vigtig barriere for optimal behandling (Sinding, et al., 2013). I artiklen beskrives det, at et samarbejde mellem botilbuds- og hospitalspersonale har afgørende betydning for afhjælpningen af denne barriere. Det er derfor vigtigt at få afdækket, hvilke koordinerings- og samarbejdsvanskeligheder der kan opstå i grænsefladen mellem somatiske hospitalsafdelinger og socialpsykiatriske botilbud.

## Sindslidendes helbred – ikke kun en opgave for sundhedssektoren

Den ulighed i sundhed som personer med sindslidelse oplever, kan således ikke reduceres til et rent sundhedssektor problem, men vedrører i høj grad også det sociale område. Det er derfor vigtigt, også inden for socialt arbejde, at få belyst hvori udfordringerne med at sikre den koordinerede indsats i grænsefladen mellem somatiske hospitalsafdelinger og socialpsykiatriske botilbud består. Det er derfor vigtigt at få indsigt i hvordan de, der skal skabe den sammenhængende og koordinerede indsats, oplever samarbejdet i grænsefladen mellem botilbud og hospitaler, og hvilke udfordringer de støder på i samarbejdet. Det er med andre ord de professionelle aktørers oplevelse af grænsefladen, der er behov for viden om, med henblik på at styrke den afgørende koordinerede indsats.

## Koordinering på frontlinjeniveau

Organisationsforskerne Catherine Alter og Jerald Hage (1993, s. 90) (herefter Alter og Hage) peger på, at der skal koordineres på minimum to niveauer, for at udføre en

velkoordineret indsats imellem organisationer: det politiske og administrative niveau samt det udførende niveau. Ifølge Alter og Hage har det politiske- og administrative niveau været tildelt meget opmærksomhed i litteraturen, mens det udførende niveau generelt har været overset til trods for, at udførende niveau på ingen måde er mindre afgørende for succesen af koordineringen. Der er derfor behov for mere viden om koordineringsindsatsen på de udførende niveauer i grænsefladen. Ifølge Seemann og Rasmus Antoft (2002, p. 1)(herefter Antoft) er det endvidere muligt at indfange forskellige virkelighedsopfattelser, -værdier og -normer der udspiller sig i en interorganisatoriske grænseflade ved at fokusere på grænsefladeaktørernes erfaringer og meninger. Jeg har derfor i specialet valgt at rette fokus på den interorganisatoriske grænseflade mellem botilbud og hospitalsafdelinger som den opleves af de professionelle aktører på de udførende niveauer.

Derfor har jeg indsvævret problemstillingen i specialet til udelukkende de professionelle aktører på forntlinjeniveaus oplevelser af grænsefladen og har endeligt formuleret problemstillingen som følgende:

### **Problemformulering**

Hvordan opleves grænsefladen mellem somatiske hospitalsafdelinger og socialpsykiatriske botilbud for de involverede professionelle aktører på frontlinjeniveau i Københavns Kommune og Region Hovedstaden?

Herunder:

- *Hvilke brændpunkter kan identificeres i grænsefladen og hvordan kan de forstås?*

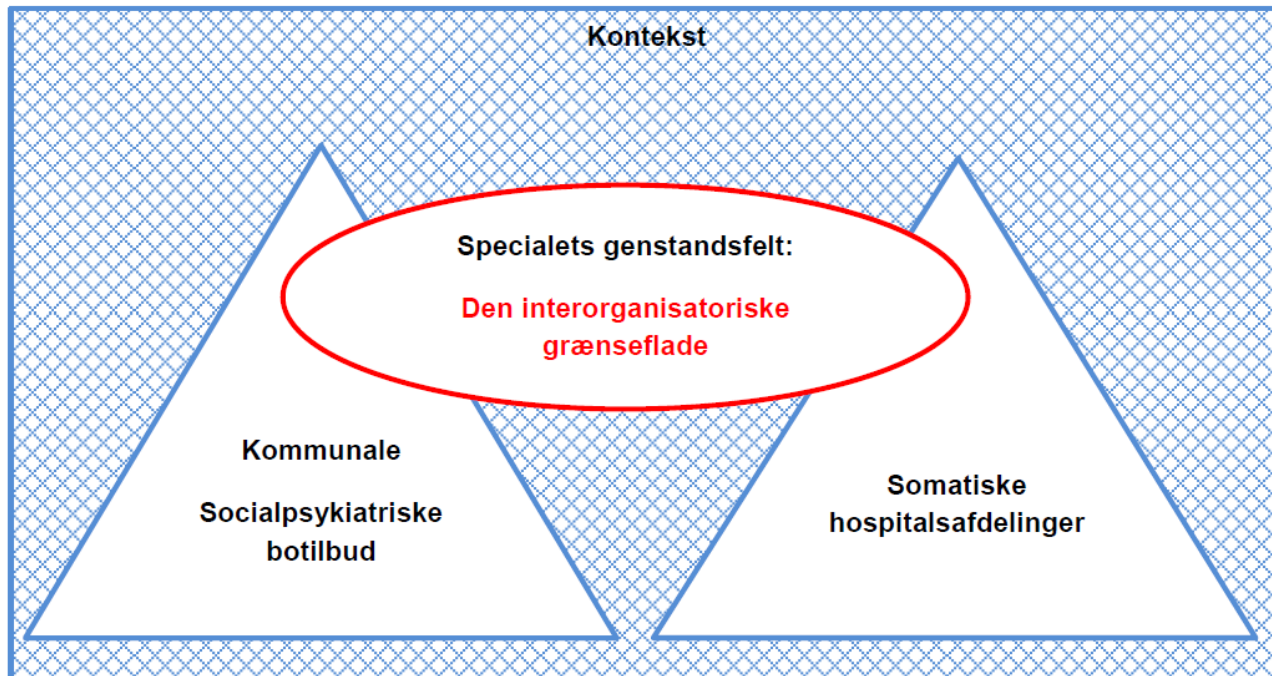
### **Genstandsfeltet i specialet**

På baggrund af ovenstående kan jeg præcisere genstandsfeltet til:

Den interorganisatoriske grænseflade mellem botilbud og hospitaler og hvilke brændpunkter der kan opstå her. På Figur 2 illustrerer jeg, at begivenheder der udspiller sig i grænsefladen er påvirket af, hvad der sker i grænsefladens kontekst samt internt i organisationerne, og det er derfor vanskeligt præcist at adskille begivenheder på intra- og inter-organisatoriskniveau (Seemann, 1996). Det er dog grænsefladen i sig selv

(fremhævet med rødt på Figur 2) jeg har valgt som specialets genstandsfelt, og jeg inddrager derfor ikke de øvrige niveauer som selvstændige analyseenheder.

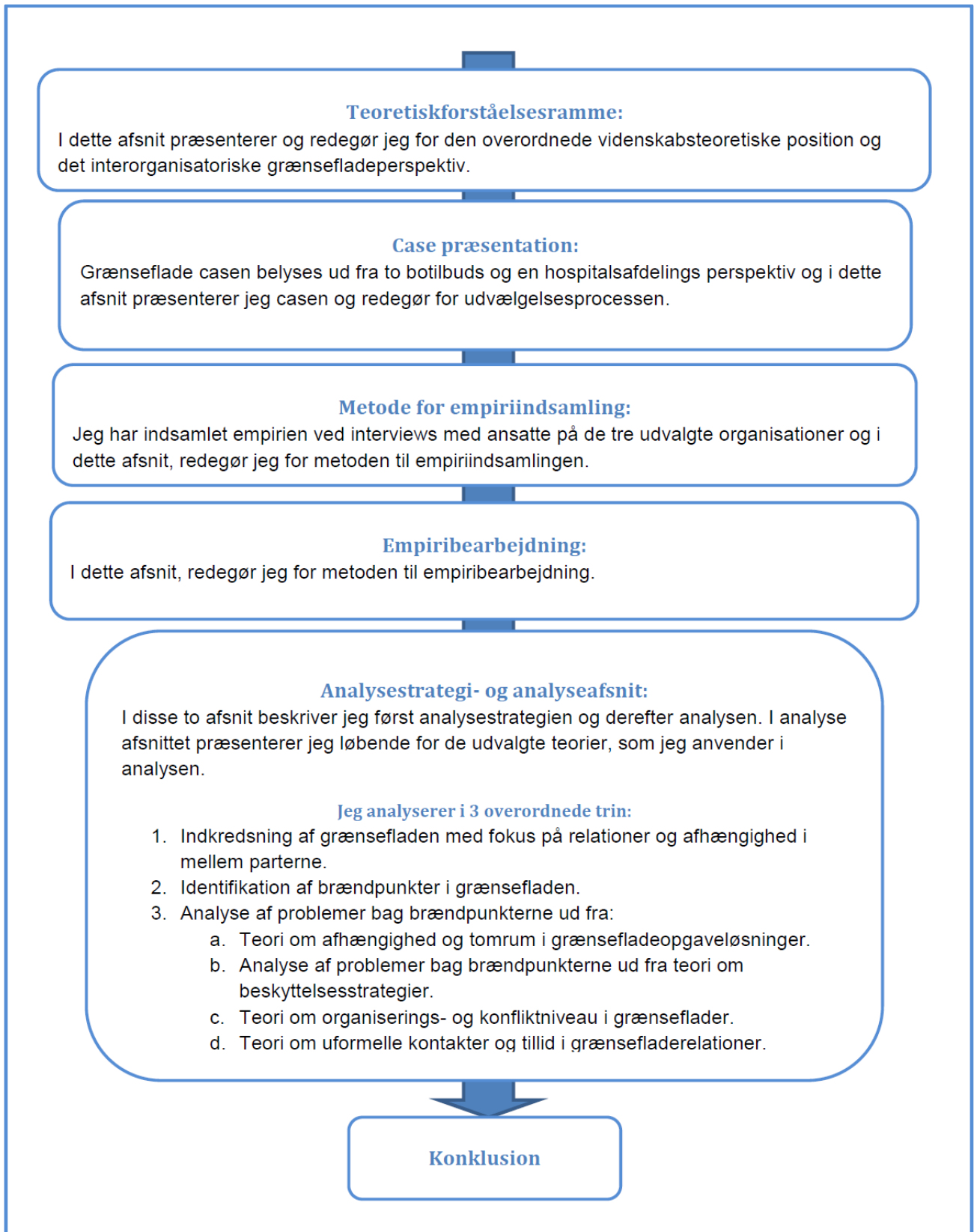
Figur 2 Specialets genstandsfelt



### Rapportlayout

Jeg har belyst problemstillingen ved hjælp af en kvalitativ empirisk undersøgelse. I de følgende afsnit vil jeg, med henblik på at opnå proceduretransparens, redegøre for hvordan jeg har udført undersøgelsen, samt fremlægge analysestrategien og analysen inden jeg fremlægger og perspektivere resultaterne. Dette gør jeg ud fra strukturen jeg illustreret på Figur 3:

Figur 3 Model for rapportlayout



På Figur 3 fremgår rapportens hovedafsnit, derudover indeholder rapporten mindre afsnit som jeg vil præsentere løbende. I følgende afsnit vil jeg kort redegøre for det overordnede teoretiske perspektiv i specialet, herunder den videnskabsteoretiske position efterfulgt af en definition af nøglebegreberne.

## Teoretisk perspektiv i specialet

I dette afsnit vil jeg kort præsentere det overordnede teoretiske perspektiv jeg har anlagt i undersøgelsen. Først præsenterer jeg den videnskabsteoretiske position, jeg har ladet mig inspirere af og herefter præsenterer jeg den overordnede teoretiske ramme jeg anvender i analysen.

## Videnskabsteoretiske inspiration

Jeg vil her kort beskrive den videnskabsteoretiske position, jeg har ladet mig inspirere af i processen. Derudover vil jeg i de følgende afsnit, hvor det er relevant, inddrage hvilken indflydelse min videnskabsteoretiske position har haft på de enkelte områder.

Min erkendelsesinteresse er at skabe en ny og dybere *forståelse* af hvordan de professionelle aktører på botilbud og hospitalsafdelinger oplever den grænseflade, de er en del af i opgaveløsningen omkring somatisk udredning og behandling af beboere på botilbud. Herunder hvilke udfordringer de oplever i deres indbyrdes relation. Derfor ligger min videnskabsteoretiske position inden for det hermeneutiske paradigme i den forstand, at jeg tillægger sproglige ytringer, forståelse og tolkning en helt central rolle. Min positionering er endvidere inspireret af den kritiske hermeneutik, da jeg har et emancipatorisk sigte med undersøgelsen (Højbjerg, 2004).

Igennem specialeprocessen har jeg særligt været inspireret af den hermeneutiske cirkel (eller spiral), da jeg søger at forstå helheden i grænsefladen mellem botilbuddene og hospitalerne ud fra delelementerne – brændpunkter i grænsefladen. Samtidig søger jeg at forstå brændpunkterne ud fra helheden i grænsefladen (Højbjerg, 2004). I specialets tilblivelsesproces har jeg endvidere konstant søgt at opnå læring og ny erkendelse ved at udfordre min egen forforståelse af, hvordan grænsefladen udformer sig, og hvad der har indvirkning på relationen. Min tilgang er derfor mere inspireret af den filosofiske- end af den metodiske hermeneutik, da jeg, i modsætning til den metodiske hermeneutik, aktivt inddrager min egen forforståelse og er bevidst om, hvordan den konstante fortolkningsproces har haft virkning på ikke kun genstandsfeltet, men i høj grad også hvordan den har virket tilbage på mig som fortolker (Højbjerg, 2004). Tilbagevirkning er blandt andet kommet til udtryk i udarbejdelsen af interviewguides, hvor jeg i takt med opnåelsen af ny erkendelse på området, har måttet tilrette og ændre på interviewguides. Dette uddyber jeg i metodeafsnittet.

## Teorirammen

Da genstandsfeltet i specialet er en interorganisatorisk grænseflade, indbyder det til at jeg anlægger et interorganisationsteoretisk perspektiv. Ifølge Seemann (2008) sætter interorganisatorisk perspektiv netop fokus på det, der foregår mellem organisationerne og har dermed grænsefladen mellem organisationerne som analyseenhed. Seemann påpeger at en styrke ved det interorganisatoriske perspektiv er, at det rummer blik for at organisationers opgaver er så komplekse, at de ikke kan løses inden for de enkelte organisationer alene, men derimod i netværk af organisationer, og derfor er gensidigt afhængige i opgaveløsninger. Seemann påpeger endvidere, at der netop inden for den offentlige sektor er en udviklingstendens til en større opgavekompleksitet, som kræver øget tværgående kommunikation og samarbejde. Dette er ikke blot inden for de enkelte sektorer, men også på tværs af sektor-, kommune- og regionsgrænser (ibid.). Specialet omhandler netop et samarbejde der ikke alene foregår på tværs af social- og sundhedssektoren, men også på tværs af region- og kommunegrænsen samt på tværs af specialerne psykiatri og somatik, hvorfor det inter- fremfor det intra-organisatoriske perspektiv er relevant.

Der kan argumenteres for, at det i praksis kan være vanskeligt at adskille dynamikker på intra- fra interorganisatorisk niveau, da de to niveauer er tæt knyttede og gensidigt påvirker hinanden (Seemann, 1996). Alligevel anlægger jeg et rent interorganisatoriske perspektiv, hvilket betyder, at jeg ikke inddrager dynamikker og processer der foregår på interpersonelt og intraorganisatorisk niveau eksplicit i belysningen af grænsefladen, men kun inddrager dem i det omfang, de kommer til udtryk i den interorganisatoriske grænseflades dynamik. Dermed ikke være sagt, at dynamikkerne på fx interpersonelt eller intraorganisatorisk niveau er mindre betydningsfulde, men min erkendelsesinteresse i specialet er rettet mod de interorganisatoriske grænsefladedynamikker alene, mhp. at skabe en dybere indsigt her.

## Offentlige organisationer

Min erkendelsesinteresse kan yderligere indsnævres til de inter-organisatoriske processer mellem udelukkende offentlige organisationer. Ifølge Seemann (1999; 2008) er forskellen på offentlige og private organisationer, at de offentlige organisationer principielt ikke selv bestemmer hvad de vil producere eller hvem de samarbejder med, samt at deres opgaveløsninger bygger mere på samarbejdsstrategier end på konkurrence.

Dette gør sig gældende for de organisationer der indgår i specialet, da både hospitalsvæsenet og socialpsykiatrien er underlagt politisk styring, så de er i høj grad producenter af ydelser, de ikke selv vælger samt afhængige af samarbejdsrelationer med samarbejdspartnere de ikke selv har valgt.

Jeg har snævret den overordnede interorganisatoriske teoriramme yderligere ind til to specifikke, udvalgte teoriapparater:

Jeg trækker på teori om grænsefladerelationer og brændpunkter inspireret af Seemann, Rasmus Antoft (herefter Antoft) og Jeppe Gustafsson (herefter Gustafsson) (Gustafsson & Seemann, 1988; Seemann & Antoft, 2002; Seemann, 1996; 1999; 2008). Jeg har valgt at inddrage disse, da de tilbyder mig en metode til, at identificere konkrete kritiskere relationer i grænsefladen samt et perspektiv for hvad parternes afhængighed af hinanden, betyder for parternes indbyrdes relation.

Derudover trækker jeg på David L. Browns (herefter Brown) teori om grænsefladeorganisering og konflikter (Brown, 1983). Jeg har valgt Browns teori, da den tilbyder et perspektiv for forståelse af sammenhængen mellem samarbejdsudfordringer i interorganisatoriske grænseflader og grænsefladens organisering og dynamik.

I det følgende vil jeg definere, hvordan jeg anvender problemformuleringens nøglebegreber i specialet på baggrund af min valgte teoriramme.

### **Definition af nøglebegreber**

I afsnittet her definerer jeg de centrale begreber i specialet, men da operationalisering af begreberne afhænger af en længere teoretisk udredning, vil jeg først operationalisere begreberne i forbindelse med at jeg præsenterer den udvalgte teori i analyseafsnittet.

### **Definition af begrebet grænseflade**

Grænseflade defineres ud fra Browns (1983) teori. Brown benytter det engelske begreb "interfaces", men i specialet her anvendes Seemann og Antofts (2002) danske oversættelse af begrebet "grænseflade".

Ifølge Brown er interorganisatoriske grænseflader de arenaer, hvor aktørerne fra forskellige organisationer kommer i interaktion med hinanden når de " ... (1) depend on each other for critical resources, (2) sometimes asymmetrically, in contexts of (3) varying organization but (4) pervasive impact" (Brown, 1983, s. 214). Brown uddyber, at



relationerne mellem organisationer ofte er fordret af fælles opgaveløsning og/eller en gensidig afhængighed i forhold til ressourcer og informationer samt geografisk placering (ibid.).

I tråd hermed, anvender jeg begrebet grænseflade om den arena, hvor personalet fra botilbuddene og hospitalerne kommer i kontakt med hinanden. Denne arena kan jeg i specialet definere som en grænseflade der er afgrænset af parternes gensidige (evt. asymmetriske) afhængighed af hinanden i en fælles opgaveløsning: somatiske udrednings- og behandlingsopgaver for beboere på botilbud. Derudover spiller den fysiske placering ind på etableringen af grænsefladen, da hospitalerne, udover at være specialeopdelt, også er inddelt efter geografiske optagsområder, hvorfra de skal modtage patienter. Hospitalerne kommer derfor til at indgå i en relation med de botilbud, der fysisk ligger inden for deres optageområde og hvis beboere har behov for den specialiserede behandling, hospitalet kan tilbyde.

#### **Definition af begrebet brændpunkt**

Et andet nøglebegreb i specialet er *brændpunkt* som jeg definerer ud fra Seemann og Antofts (2002) definition af begrebet:

*”Ved brændpunkter (i organisatoriske grænseflader) forstås kritiske samarbejdsrelationer, hvor der er tilbagevendende problemer, selvom man ofte har prøvet at løse dem” (Seemann & Antoft, 2002, s. 26).*

I tråd med ovenstående definition anvender jeg begrebet brændpunkt i nærværende speciale om kritiske samarbejdsrelationer, der rummer potentiale for eller har medført konflikt i grænsefladerelationen.

For at kunne besvare problemstillingen har jeg fundet det nødvendigt at foretage en empiriindsamling, dels da problemstillingen ikke fremstår velbelyst den eksisterende litteratur, og dels da det ikke har været muligt at få adgang til eksisterende empiri, der kunne besvare problemstillingen fyldestgørende. Jeg har udført empiriindsamling på tre organisationer der indgår i en grænseflade mellem botilbud og hospitaler, og i det følgende afsnit vil jeg præsentere disse og beskrive udvælgelsesprocessen.

## Præsentation af case

Ved at fokusere på aktørernes erfaringer og meninger er det ifølge Seemann og Antoft (2002) muligt for mig at indfange de forskellige virkelighedsopfattelser, værdier og normer der udspiller sig i den interorganisatoriske grænseflade mellem hospitalsafdelinger og botilbud. Derfor besvarer jeg problemformuleringen ud fra de professionelle aktørers (herefter aktører) erfaringer og meninger om grænsefladen mellem botilbud og hospitalsafdelinger.

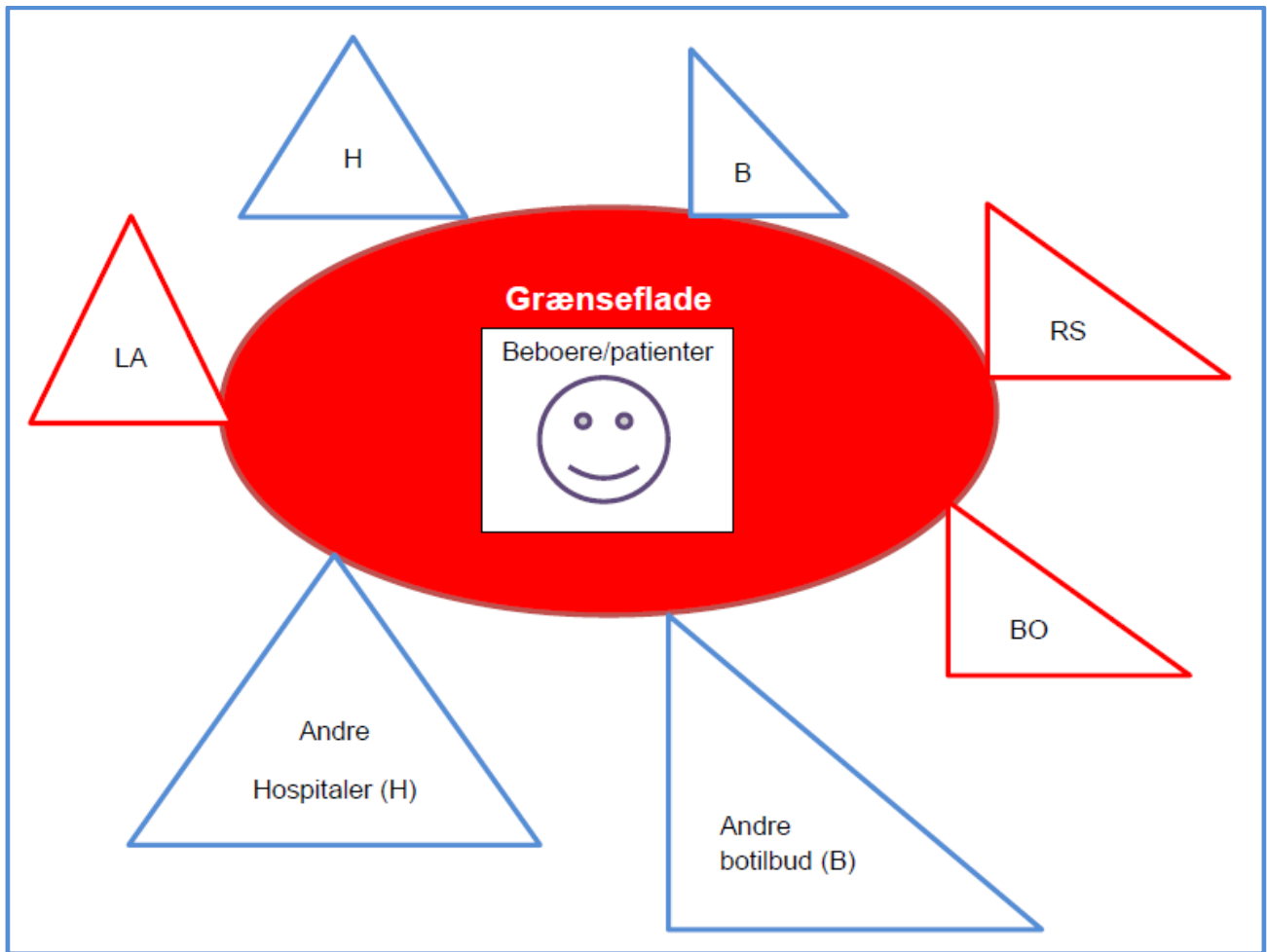
## Udvalgte grænsefladeparter

Empirigrundlaget for specialet udgøres hovedsageligt af personalet på botilbuddet "Residens" (herefter RS) og på botilbuddet "BO" samt en lungemedicinsk hospitalsafdeling "LA". Navnene er fiktive for at holde dem anonyme. Derudover har jeg foretaget enkelte pilotinterviews med ansatte på andre somatiske hospitalsafdelinger og botilbud.

## Case-grænsefladen

Allerede under udvælgelsen af botilbud og relevante hospitalsafsnit blev samarbejdsudfordringerne i grænsefladen tydelige. Ingen af de botilbud og hospitalsafsnit jeg kontaktede kunne klart identificere en samarbejdspartner på hhv. hospital og botilbud. På de hospitaler, jeg kontaktede, oplyste de, at de havde for lidt erfaring med samarbejdet med botilbud. Til trods for at de havde erfaring med patienter med psykiatriske overbygninger, kunne personalet ikke erindre, om de havde haft samarbejde med patienternes botilbud. Omvendt kunne ingen af de kontaktede botilbud udpege specifikke samarbejdspartnere på hospitalsafdelinger og ej heller huske præcis hvilke afdelinger deres specifikke oplevelser af samarbejdet stammer fra. Det var derfor ikke muligt for mig, at identificere en case med konkrete samarbejdsrelationer, og jeg belyser derfor problemstillingen ud fra de interviewede frontmedarbejderes oplevelse af grænsefladen generelt set. Specialets grænseflade er derfor ikke en specifik grænseflade mellem BO, RS og LA, men de tre parter er alle en del af en fælles grænseflade, hvori der indgår adskillige andre parter. De udsagn de to botilbud og LA ytrer under interviewene, er altså ikke konkrete udtalelser om deres indbyrdes samarbejde, men om deres generelle oplevelser af samarbejdet med alle de somatiske hospitalsafdelinger og botilbud. Jeg har illustreret grænsefladen på Figur 4.

Figur 4 Case grænsefladen



På Figur 4 er de øvrige hospitaler og botilbud, som RS, BO og LA udtaler sig om, angivet med hhv. H og B. Som figuren viser, kan parternes udtalelser dog også omhandle hinanden, da de har relation til hinanden, men det er ikke muligt for mig at analytisk at adskille disse udtalelser fra udtalelser om de øvrige steder.

## Udvælgelse af botilbuddene

Botilbud er et meget vidt begreb, der dækker over en bred vifte af tilbud i forhold til bl.a. pleje/støtte niveau, størrelse samt personale- og beboersammensætning. Med henblik på at indfange oplevelser fra forskellige botilbudsformer har jeg kategoriseret botilbudstyperne efter, om de er døgnbemandede eller ej, og hvilket støtteniveau de tilbyder beboerne. Kategoriseringen bygger jeg på en antagelse om, at faktorer som forskellig grader af bemanning og beboernes funktionsniveau påvirker botilbuddenes kontakt med det somatiske hospitalssystem og derfor har indflydelse på, hvordan samarbejdet fungerer og opleves af botilbuddenes personale. Kategoriseringen af botilbuddene har jeg dannet på baggrund af den paragrafmæssige adskillelse, der udstikkes i serviceloven mellem et § 107 botilbud og et § 108 botilbud (Socialministeriet, 2011).

Sammenfattende kan § 107 og § 108 tilbud defineres som: Et midlertidigt (§107) eller længerevarende (§108) botilbud, der skal tilbydes personer med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der har behov for omfattende støtte (Socialministeriet, 2011).

Jeg har derfor valgt både at inddrage et § 107 og et § 108 tilbud i empirien.

### Botilbuddet BO

Botilbuddet BO er et § 107 tilbud. BO er karakteriseret af beboere, som grundet sindslidelse, har brug for afklaring omkring deres situation og for støtte til at komme videre til en mere permanent boligform. Beboernes funktion og selvstændighed er her vurderet til at være på et niveau, hvor der ikke er behov for døgnstøtte, derfor er der kun bemanning på BO i dagtimerne på hverdage.

Botilbuddet består af en række selvstændige lejligheder. Indsatsen er rettet mod, at beboerne inden for en periode får afdækket deres ønsker og behov, og indsatsen planlægges, hvis muligt, med et forventet tidsperspektiv for resultaterne. Selvom BO er tilsigtet kortvarige ophold, har mange af beboerne dog boet på BO i en årrække.

### *Personalets sammensætning:*

Personalegruppen består af otte kontaktpersoner, der er tværfagligt sammensat med forskellige faglige uddannelser fx pædagog, social- og sundhedsassistent, sygeplejerske og ergoterapeuter.

### **Botilbuddet RS**

Det andet botilbud jeg har valgt at inddrage er § 108 tilbuddet RS. RS er karakteriseret af beboere med et noget lavere funktions- og selvstændighedsniveau end på BO, og der er derfor døgnbemanding på RS. RS består ligeledes af lejligheder og indsatsen er rettet mod, at borgerne forberedes til bo på et botilbud med mindre støtte, som fx et § 107 tilbud. RS er målrettet borgere med stort personalenærværs- og støttebehov og nogle af beboerne er underlagt et værgemål på RS.

### ***Personalets sammensætning:***

Personalegruppen består af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, pædagoger, ergoterapeuter, socialrådgivere, servicemedarbejdere og sygehjælpere.

### **Botilbuddenes organisatoriske placering**

Begge botilbud er organisatorisk placeret under et af de 6 psykiatricentre i Københavns Kommunes socialforvaltning. Begge tilbud har egen daglig leder, der organisatorisk er placeret under centerledelsen under Drifts- og udviklingskontoret for udsatte grupper og psykiatri, der endeligt styres af direktionen for socialforvaltningen, som er placeret under socialudvalget.

### **Udvælgelse af hospitalsafsnittet LA**

Ved interviewene på begge botilbud bad jeg dem angive, hvilke hospitalsafdelinger de samarbejdede mest med. Selvom ingen af botilbuddene kunne udpege specifikke samarbejdspartnere på hospitalsafdelingerne, angav de begge steder at de ofte havde beboere indlagt på en af de lungemedicinske afdelinger på det samme hospital (Hospital). På Hospital fandt jeg frem til LA, og kontaktede den ledende sygeplejerske her. Da jeg havde beskrevet specialets tema for hende præsenterede hun, lidt spøgefuldt, LA som "lungepsykiatrisk afdeling" da de her har meget erfaring med patienter med psykiatrisk overbygning. På LA angav de, at de ind imellem havde samarbejde med botilbud, men ikke kendte botilbuddene ved navn og derfor heller ikke kunne huske, om de specifikt havde haft samarbejde med de to tilbud, jeg har inddraget i empirien. Selvom LA ikke specifikt kunne pege på de udvalgte botilbud som samarbejdspartnere, valgte jeg at inddrage LA, da de angav at have mange erfaringer med samarbejdet med botilbud og da de samtidig var et afsnit, på det hospital som begge de udvalgte botilbud angav at have samarbejde med.

### **Præsentation af LA**

LA er et lungemedicinsk sengeafsnit med sengepladser. LAs kerneopgaver består i at undersøge, behandle og pleje patienter, der er indlagt med lungemedicinske sygdomme, såsom KOL, astma, lungebetændelse og lungekræft. Derudover tilbydes NIV-behandling<sup>3</sup> til patienter, der er akut syge og har forværring KOL. Endelig er der indlagte patienter med andre medicinske lidelser, der ikke er direkte lungerelaterede, ofte patienter med forskellige typer af infektioner. Patienterne udskrives fra LA når de behandlingsansvarlige læger på hospitalet vurderer, at patienterne er medicinsk færdigbehandlede, hvilket vil sige når det vurderes at der ikke længere er behov for indlæggelseskrævende behandling eller udredning. Patienterne kan dog udskrives med aftale om videre ambulant behandling.

### ***Personalets sammensætning.***

Det behandlende personale på LA består fortrinsvist af social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og læger. Derudover er der portører og sekretærer samt et samarbejde med Ergo-Fysioterapien på hospitalet.

### **LA's organisatoriske placering**

Organisatorisk er LA et afsnit med egen afsnitsledelse bestående af en afdelingssygeplejerske og en overlæge. Afsnittets ledelse er underlagt den samlede lungemedicinske afdelingsledelse bestående af en ledende overlæge og ledende oversygeplejerske, der igen er underlagt direktionen for hospitalet. Disse er underlagt koncerndirektionen i regionhovedstaden, der endelig er underlagt det folkevalgte regionsråd for Region Hovedstaden.

---

<sup>3</sup> *Non-Invasiv Ventilation (NIV) er en behandling, der aflaster vejrtrækningsmusklerne* (Regionshospitalet Silkeborg, Medicinsk afdeling 3, 2011, s. 1).

### **Ulemper ved udvalget af parter i casen**

Ud fra min teoriramme, er mit udvalg af grænsefladeparter i empirien er ikke helt optimalt, siden det optimale empirigrundlag havde været at inddrage afdelinger og botilbud, som havde et konkret samarbejde med hinanden. Omvendt afspejler empirien den kaotiske og sporadiske virkelighed, de hospitalsansatte og botilbuddene navigerer i, når der opstår et behov for et samarbejde omkring en fælles klient. I forbindelse med udvælgelsen af interviewpersoner, der er ansat på somatiske afdelinger, fremgik det tydeligt at kontakten mellem de socialpsykiatriske botilbud og de somatiske hospitaler er meget sporadisk. Som det fremgår af ovenstående er RS, BO og LA alle indlejret i og administreret af adskillige politiske niveauer, der alle har indflydelse på hvad der udspiller sig i grænsefladen. Jeg vil imidlertid ikke inddrage de politiske niveauer eksplicit i specialet, da jeg har afgrænset specialet til frontlinjeaktørernes oplevelse af grænsefladen mellem botilbuddene og hospitalsafdelingerne. Selvom jeg ikke inddrager de politiske niveauer eller intraorganisatoriske processer i specialet, anser jeg dog frontlinjeaktørernes meninger, erfaringer og adfærd i grænsefladen som et udtryk for ikke alene deres egne subjektive forståelse, men også for de organisatoriske, institutionelle og strukturelle rammer, de indgår i (Højbjerg, 2004; Gadamer, 2007).

I det ovenstående afsnit har jeg præsenteret og redegjort for valget af organisationerne, hvis perspektiv, jeg belyser case-grænsefladen ud fra. I det følgende afsnit vil jeg præsentere og redegøre for hvordan jeg har indsamlet empirien.

## Metode til empirigenerering

I det følgende vil jeg redegøre den anvendte metode til empiriindsamlingen, herunder fordele og ulemper herved, samt hvordan den videnskabsteoretiske position har haft indflydelse på mine valg af metode og udførelse af empiriindsamlingen.

### Præsentation af metoden

Jeg valgte at udføre gruppeinterviews som primære metode. I gruppeinterviewene valgte jeg endvidere at inddrage fokusgruppe elementer i form af gruppediskussion og en tegneøvelse. Det viste sig imidlertid at være vanskeligt at gennemfører gruppeinterview på alle de deltagende organisationer. Dette skyldtes vagtskemaer, pludseligt opståede akut opgaver eller sygdom. Derfor valgte jeg at udføre både gruppeinterview og enkeltpersonsinterview, for at få indsamlet viden fra alle relevante parter. I det følgende vil jeg først redegøre for valget af metoderne og derefter uddybe hvordan jeg har anvendt metoderne.

### Valg af metode

Jeg har en eksplorativ interesse i at opnå en dybere indsigt i aktørernes oplevelser af grænsefladen og ikke en interesse i, fx hvor udbredte et bestemt fænomen er i sådanne grænseflader. Derfor valgte jeg at anvende kvalitative metoder frem for kvantitative (Olsen, 2002). Da jeg endvidere er inspireret af den hermeneutiske tilgang, der tillægger sproglighed og samtale en central rolle i opnåelsen af ny viden og forståelse, valgte jeg at anvende interviewmetoden ud fra et hermeneutisk livsverdens perspektiv (Kvale, 1997).

Ud fra min hermeneutiske forståelse indgår aktørerne i grænsefladen et gensidigt samspil med deres omgivelser, og at deres forståelseshorisonter anser jeg som værende både kollektivt og subjektivt skabte (Højbjerg, 2004; Gadamer, 2007). Mine interviewpersoner indgår i det daglige i en fælles organisatorisk ramme med deres kolleger, hvor deres forståelseshorisonter gensidigt påvirkes af hinanden. Deres perspektiv på grænsefladen kan derfor ses som et produkt af en fælles kollegial horisontsammensmeltning, der udgøres af et miks af deres kollektive og subjektive erfaringer (Højbjerg, 2004). Derfor finder jeg det relevant at søge at indfange de komplekse forståelseshorisonter, der skabes i interviewpersonernes forestående møde med deres kolleger. Udvælgelsen af empirigenereringsmetoden har jeg derfor baseret på interviewmetoder, der har særlige



styrker i forhold til at indfange sociale interaktioner i gruppesammenhænge i deres kompleksitet.

### **Fravalgt empiriindsamlingsmetode**

En anden metode jeg kunne have anvendt til at frembringe empiri om de komplicerede samarbejdsprocesser er fx observationsstudier, der kunne frembringe data om, hvordan samarbejdet i grænsefladen udspiller sig i praksis frem for den kunstigt opstillede ramme som interviewmetoden udgør. Observationsmetoden åbner endvidere for muligheden for at observere ikke-itallesat viden og kontekstuelle faktorer, der kan være ubevidste for deltagerne selv og derfor svære at frembringe via interviewmetoden. Den sporadiske og tilfældige karakter i kontakten mellem botilbud og somatiske hospitalsafdelinger betyder dog, at det ikke er muligt for mig på forhånd at planlægge observationer i konkrete samarbejdssituationer og det indebærer en risiko for, at observationsperioden på fx et botilbud kunne blive meget langvarigt, før der opstod en samarbejdsrelation mellem det konkrete botilbud og en hospitalsafdeling. Sammenholdt med at specialet har en nøje tilrettelagt tidsramme fremstod metoden ikke velvalgt her og jeg valgte derfor interviewmetoden (Halkier, 2010; Justesen & Mik-Meyer, 2010).

### **Den anvendte metode til gruppeinterviewene**

Metoden jeg anvendte, var et gruppeinterview, hvori jeg også, hvor det var muligt, aktivt har inddraget gruppediskussion, og derved trukket på fokusgruppeinterviewets egenskab til at give interviewdeltagerne mulighed for at kommentere og stille spørgsmål til hinandens udtalelser, forforståelser, refleksioner og erfaringer omkring samarbejdet (Halkier, 2010; Morgan, 1996; Justesen & Mik-Meyer, 2010). Jeg har med andre ord søgt at udnytte gruppens indbyrdes diskussioner, argumentation samt angreb på og forsvar af synspunkter til at få interviewdeltagerne til at eksplicite deres forståelseshorisont og evt. underlæggende normer (Halkier, 2010; Morgan, 1996; Justesen & Mik-Meyer, 2010).

Der er meget debat i metodelitteraturen om, hvordan et gruppeinterview adskiller sig fra et fokusgruppeinterview. Nogle steder adskilles metoderne fra hinanden ved at fokusgruppeinterviewet defineres ud fra et sæt fastlagte regler og procedurer, for blandt andet deltagerantal og -sammensætning, samt krav om formelle omgivelser for interviewet (Halkier, 2010; Morgan, 1996). Jeg har ikke fulgt særlige forskrifter for deltagerantal eller formelle krav til omgivelserne, og min metode kan derfor, ud fra denne definition, ses som

værende hovedsageligt præget af et gruppeinterview (Morgan, 1996; Justesen & Mik-Meyer, 2010; Halkier, 2010). Ifølge Morgan (1996) kan en skillelinje mellem gruppe- og fokusgruppeinterview endvidere trækkes ud fra omfanget af forskerstyring. Ud fra denne antagelse er gruppeinterviewet kendetegnet ved høj forskerstyring med mange direkte spørgsmål, evt. ud fra en mere eller mindre struktureret interviewguide, mens fokusgruppeinterviewet er kendetegnet ved mere løs styring og i stedet for en decideret interviewguide kan der være tale om visuelle input, stikord eller emner som forskeren ønsker at (fokus)gruppen diskuterer (Ibid.). Metoden jeg anvendte varierede i graden af forskerstyring, ved nogle interviews fremstod der et behov for mange direkte spørgsmål, da det i disse situationer, var vanskeligt at frembringe gruppediskussioner. Det var typisk ved de interviews hvor der var få deltagere. Andre interviews blev udført baseret på hovedsageligt gruppediskussionen, og disse interviews fik ud fra ovenstående skitserede skillelinjer, mere karakter af et fokusgruppeinterview.

### **Tegneøvelse**

Med inspiration fra Breidahl & Seemann (2009) og Seemann (1996) anvendte jeg under gruppeinterviewene en teknik, der kan siges at være et fokusgruppemoment, i form af en tegneøvelse, hvor jeg bad deltagerne opdele sig i mindre grupper, på 2-3 personer, og tegne samarbejdet mellem hospitaler og botilbud, og efterfølgende fremlægge og tolke dem for den samlede gruppe. Mit formål med tegneøvelsen var at give deltagerne en mulighed for at give deres forståelse af grænsefladen et billedligt udtryk, som kunne frembringe anderledes refleksioner fra deltagerne, end det er muligt alene ved interviewmetoden. Jeg valgte denne metode for at frembringe og indfange mulige nye aspekter ved samarbejdet, som jeg ikke havde forudset og derfor ikke havde spurgt ind til. Ifølge Breidahl & Seemann (2009, s. 8) og Seemann (1996) er styrken ved en sådan tegneøvelse, at der kan indfanges helt fundamentale problemer i blandt andet interorganisatoriske relationer. Se tegneopgaven jeg stillede deltagerne i bilag 4.

### **Den anvendte metode til enkeltinterviews og de mindre gruppeinterview**

Til de mindre gruppeinterview samt til pilot- og enkeltpersoninterview, anvendte jeg et semistruktureret forskningsinterview. Jeg anvendte en semistruktureret fremfor en struktureret tilgang med henblik på at balancere styringen af interviewpersonens refleksioner til de emner, jeg ønskede at belyse, og tillade interviewpersonen at udfolde sin forståelseshorisont (Tinggaard & Brinkmann, 2010; Kvale, 1997). Denne metodes styrke

er ifølge Kvale (1997) netop, at den personlige kontakt mellem interviewer og interviewperson skaber en tillidsrelation, der åbner muligheden for at interviewpersonen kan komme med nuancerede personlige beskrivelser af sine erfaringer – hvormed det er muligt at opnå en dybere indsigt i de enkelte interviewpersoners forståelseshorisont.

### **Udførelse af interviewene**

Jeg gennemførte ét gruppeinterview der mest bar præg af et fokusgruppeinterview, hvilket var interviewet med BO, hvor næsten hele personalegruppen samt lederen deltog. Interviewet med RS måtte jeg grundet sygdommeldinger blandt personalet udføre af to omgange; ved første interview deltog to deltagere og ved andet interview deltog tre. Ved interviewene med LA var det ikke muligt at samle personalet til et fælles interview af 1½ times varighed og derfor gennemførte jeg de fleste interviews her, som semistrukturerede, kvalitative enkeltpersonsinterview. Det lykkedes mig dog, at udføre et gruppeinterview med afdelingssygeplejersken og socialsygeplejersken – her skulle også samordningskonsulent fra samme hospital have deltaget, men hun blev desværre forhindret på selve dagen.

Med henblik på at indfange relevante emner, som ikke var kommet frem under interviewet, afsluttede jeg alle interviewene med at spørge ind til, om interviewpersonerne havde noget de gerne ville tilføje, som de ikke havde haft mulighed for at komme frem med under interviewet. Dette førte blandt andet til, at jeg tilføjede socialsygeplejersken i interviewpersoner, eftersom der på BO blev udvist kendskab til, at der var ansat en socialsygeplejerske på Hospital, men at de ikke havde haft samarbejde med hende, selvom de på BO fandt dette relevant. Da det ikke var muligt for mig, at styre eller planlægge deltagerantallet fast på forhånd, valgte jeg at forberede interviewene, så jeg både kunne udføre dem som gruppeinterview med en større gruppe – hvor interviewet fik mere præg af fokusgruppeinterview med diskussion omkring emner – og i mindre grupper med to til tre deltagere – hvor interviewet fik præg af et gruppeinterview, hvor jeg stillede mange direkte spørgsmål og der var mindre grad af gruppediskussion. Derudover forberedte jeg mig som tidligere nævnt, også på at anvende kvalitative enkeltpersonsforskningsinterview i de tilfælde, hvor det ikke var muligt at samle flere deltagere af gangen. Dette gjorde jeg ved at udvikle både en semistruktureret

interviewguide og en gruppeinterview-erneguide der både kunne anvendes som oplæg til gruppediskussion og til direkte interview. Dette beskriver jeg i det følgende.

### Udviklingen af emne- og interviewguider

Første udkast til interviewguiderne udarbejdede jeg på baggrund af den forforståelse jeg havde inden jeg udførte pilotinterviewene. I takt med at interviewene blev gennemført opnåede jeg nye erfaringer, der førte til nye fordomme og forforståelse – der førte til en kontinuerlig revision af de erneguide der lå til grund for gruppeinterviewene og interviewguiderne til enkeltpersonsinterviewene (Kvale, 1997). Selvom det ifølge Gadamer (2007) er umuligt at distancere sig fra, eller at blive fuldt bevidst om sine fordomme, peger han dog på, at det ved at rette opmærksomhed på sine fordomme bliver muligt at reflektere over den måde, hvorpå man opnår viden og erfaring om verden. Dette kalder Gadamer for *virkningshistorisk bevidsthed*. I dette perspektiv er det altså ved at bestræbe mig på virkningshistorisk bevidsthed, at jeg bliver i stand til at undre mig over og stille spørgsmål til den grænseflade jeg undersøger på (Gadamer, 2007; Højbjerg, 2004). For at kunne stille spørgsmål til, analysere og reflektere over den viden jeg opnår, har jeg derfor her søgt at fremlægge og bevidstgøre mine fordomme, som har haft betydning for hele specialeprocessen, men som særligt kommer til udtryk i udarbejdelsen af interviewguider og i analyseprocessen. For at redegøre for hvilket grundlag jeg har udviklet interviewguiderne på, vil jeg derfor først redegøre for de fordomme jeg var bevidst om da jeg udarbejdede de første interviewguider.

### Centrale fordomme

Særligt er mine fordomme og min forforståelse påvirket af, at jeg har praksiserfaring fra hospitalssomatikken, hvor jeg som ergoterapeut indgik i samarbejdet med og omkring patienter, der skulle udskrives til botilbud. Jeg har herfra erfaring med, hvordan samarbejdet kan opleves fra hospitalsansattes perspektiv, og jeg har på baggrund heraf dannet en forståelse af og fordomme om, hvilke udfordringer der ligger i grænsefladen til botilbuddene.

Derudover er min forforståelse stærkt påvirket af erfaringer fra min stilling som studentermedhjælper på Danske Handicaporganisationers projekt, der blev beskrevet i indledningen. Jeg anvender projektet som forprojekt til specialet, og jeg har på baggrund af dette projekt genereret mange fordomme om samarbejdet omkring somatisk udredning

og behandling af beboere på botilbud. Resultaterne af forprojektet, peger fx på at der opstår problemer, fordi læger og hospitalsansatte forventer at botilbuddets personale har sundhedsfaglig baggrund. Resultaterne af forprojektet har dog på langt flere områder bidraget til dannelsen af mine fordomme, end det er muligt at redegøre for her, og jeg vil, hvor det er relevant, inddrage dem i analysen, hvor jeg vil anvende dem til at tolke og perspektivere specialets empiri (Sørensen, et al., 2013).

Sidst, men ikke mindre afgørende, betyder det at jeg skriver specialet her, som et led i min kandidatuddannelse i socialt arbejde, at min teoretiske viden og fokus fra uddannelsen udgør en stor del af min forståelseshorisont. Dette gælder fx mit valg af teori og at problemstillingen er rejst ud fra, hvilke emner der er relevant for socialt arbejde mv.

Samlet set kan ovenstående erfaringer siges at have bidraget til følgende fordomme, jeg havde inden jeg gik ind i specialeprocessen, og som mine interviewguider er tematiseret på baggrund af:

- At der opstår brændpunkter i grænsefladen fordi, ansatte på hospitalerne forventer at botilbuddene kan varetage plejehjemslignede opgaver – som botilbuddene grundet deres hverdagslivsrehabiliterende fokus fremfor et sundhedsfaglig fokus og deres pædagog- fremfor sundhedsfaglige personalesammensætning, har svært ved at imødekomme.
- At forskelle i formål, faglighed og fokus gør det vanskeligt for parterne at forstå hinanden og samarbejde.

Af problemstillingen og ovenstående ekspliciterede fordomme, fremgår endnu en fordom – at der er brændpunkter i grænsefladen. Mine interviewguider og teorivalget har været stærkt påvirket af denne fordom, hvorfor fokus er rettet mod de problematiske aspekter fremfor ressourcerne i grænsefladen.

### **Guide til enkeltpersonsinterviewene**

Interviewguiden til enkeltpersonsinterviewene har jeg bygget op omkring forskningsspørgsmål jeg opstillede på baggrund af min forforståelse og fordomme jeg har beskrevet ovenfor. Derudover opstillede jeg en række interviewspørgsmål – jeg dog ikke har fulgt slavisk – men anvendt som støtte til formulering af spørgsmålene under interviewsituationen (Tanggaard & Brinkmann, 2010). (Bilag 2)

Mine forskningsspørgsmål så ud som følger:

- Hvordan karakteriserer interviewpersonerne grænsefladen?
- Hvilke brændpunkter ser interviewpersonerne i grænsefladen?
- Hvordan karakterisere interviewpersonerne brændpunkterne?
- Hvad betyder det forskellige mål og faglige fokus der er på patienten/borgeren?
- Hhv. det medicinske fokus og mål om færdigbehandling fra hospitalerne og det socialfaglige dagliglivs fokus på botilbuddene?
- Hvilken rolle ser interviewpersonerne at de faglige- og professionelle tilhørsforhold og evt. forskelle spiller i relationen?
- Hvor tydelig er opgavefordeling og ansvar?

### **Emneguiden til gruppeinterviewene**

Emneguiden til gruppeinterviewene har jeg udformet på baggrund af samme forskningsspørgsmål som interviewguiderne til enkeltpersonsinterviewene. Jeg udarbejdede dem som en form for "dagsorden", hvor emnerne der skulle debatteres ved de mere fokusgruppeprægede interviews er fremhævet med fed, mens jeg nedenunder har angivet spørgsmål, der kunne anvendes til mere direkte interviewmetode (Bilag 3).

### **Udvælgelse af interviewpersoner og gruppeinterviewdeltagere**

Mit valg af gruppeinterview med fokusgruppe elementer som metode har den implikation at jeg også skulle tage højde for gruppedynamikker i udvælgelsen af informanter. Da det var gruppedynamikken der er med til at frembringe empirien, var det nødvendigt at jeg tog stilling til, hvordan grupperne skulle sættes sammen for at frembringe empiri, der bedst kunne belyse grænsefladen mellem botilbud og hospitaler (Halkier, 2010; Justesen & Mik-Meyer, 2010; Morgan, 1996). Mine overvejelser om gruppernes sammensætning gælder både antallet af deltagere, hvor homogen gruppen skulle være, og hvor godt gruppedeltagerne skulle/måtte kende hinanden inden interviewet (Ibid.).

I forhold til homogenitet valgte jeg at udføre gruppeinterviews med ansatte på LA og de to botilbud adskilt. I den forstand blev interviewgrupperne homogene i forhold til hvilken organisatorisk ramme, de arbejder inden for. Begrundelsen for at holde grupperne homogene frem for at blande dem hænger dels sammen med, at min problemstilling omhandler parternes perspektiv på grænsefladen og deres relation til den anden part, dels at jeg har fokus på de *kritiske* relationer i grænsefladen. Selvom en heterogen sammensætning ellers kunne have tilvejebragt interessante diskussioner omkring relationerne i grænsefladen, rummede det også en stor risiko for at deltagerne enten ville

være meget tilbageholdende med at berette åbent om deres oplevelser af relationen til den anden part, eller der kunne opstå for mange konflikter under interviewet (Halkier, 2010). Den homogene sammensætning i grupperne tjente endvidere et analytisk formål, da jeg i analysen, søger efter parternes udtalelser om hinanden, er det lettere at adskille, hvorfra de forskellige udtalelser bliver givet og om hvem, fordi interviewdeltagerne ikke var blandet.

I forhold til min udvælgelse af de enkelte interviewpersoner i såvel gruppeinterviewene som enkeltpersonsinterviewene har jeg været afhængig af hjælp fra en kontaktperson på de pågældende steder. Kontaktpersonen var lederen, bortset fra på BO, hvor det jeg havde første kontakt med en bekendt, der arbejder der. Udvalgelsen af interviewpersoner skete i samarbejde med kontaktpersonerne, og jeg havde stillet følgende inklusionsbetingelser i udvælgelsen:

- Det skulle være ansatte, der havde virke i en eller anden udstrækning på frontlinjeniveau.
- De skulle have erfaring med samarbejdet mellem botilbud og hospital omkring fælles borgere/patienter.
- Derudover ønskede jeg deltagere med alle former for faglig baggrund – altså hverken ene sundhedsfaglige eller ene pædagoger eller anden relationsfaglig baggrund.

På LA viste det sig at være hovedsageligt sygeplejersker og SOSU- assistenterne, der indgår i relationerne med botilbuddene, mens fx lægerne kun indgår indirekte i relationerne i kraft af deres beslutninger omkring et patientforløb – som sygeplejerskerne eller SOSU-assistenten videreformidler til botilbuddene. Derfor fravalgte jeg at inddrage læger i empirien. Flere af interviewpersonerne havde erfaring med hhv. arbejdet på andre somatiske hospitalsafdelinger og botilbud end de tre jeg har udvalgt. Da min grænseflade er en generel og ikke en specifik grænseflade, bad jeg ikke interviewpersonerne om, at begrænse deres udtalelser til erfaringer de havde opnået på steder jeg har inddraget i empirien. Jeg valgte derimod, for ikke at begrænse empirien til de tre udvalgte steder, at lade dem inddrage erfaringer om grænsefladen, de havde opnået på andre hospitalsafdelinger og botilbud.

Ud over personalet på LA, fik jeg kontakt med socialsygeplejersken, der har funktion på hele det somatiske del af hospitalet LA er en del af. Da hun indimellem indgår i LAs

opgaveløsning i forbindelse med socialt udsatte patienter – herunder patienter med psykiatriske problemstillinger – valgte jeg at inddraget hende i empirien i form af et gruppeinterview med afdelingssygeplejersken på LA. Det endelige udvalg af interviewpersoner har jeg listet på Tabel 2 hvor jeg har angivet deres funktion, faglig baggrund samt deres anonymiserede betegnelse i specialet. Betegnelserne er tildelt efter navnet på det sted vedkommende er ansat, således at alle interviewpersoner ansat på BO er tildelt et navn der starter med B, ansatte på RS starter med R og på LA starter med L. Dette med henblik på at lette læsningen af interviewpersonernes organisatoriske tilhørsforhold.



Tabel 2 Oversigt over interviewpersoner

Interviewform	Fagligbaggrund og funktion	Betegnelse i specialet
<b>Botilbud BO, der er et § 108 tilbud uden døgnbemanding</b>		
<b>Gruppe</b>	Sygeplejerske, Leder af BO	Bea
	Social- og sundhedsassistent, Kontaktperson Medicinansvarlig	Bet
	Læreruddannet, Kontaktperson	Ben
	Social- og sundhedsassistent, Kontaktperson	Birthe
	Pædagog, Kontaktperson	Bob
	Pædagog, Hjemmevejleder og Støttekontaktperson	Brit
	Pædagog, Hjemmevejleder og Støttekontaktperson	Bit
	Pædagog, Hjemmevejleder	Birna
	Støttekontaktperson	Bodil
Ergoterapeut, Støttekontaktperson	Bell	
<b>Botilbud RS, der er et § 108 tilbud med døgnbemanding</b>		
<b>Gruppe 1</b>	Social- og sundhedsassistent, Kontaktperson	Rie
	Social- og sundhedsassistent, Kontaktperson, (deltog ved begge gruppe interviews).	Rit
<b>Gruppe 2</b>	Pædagog, Kontaktperson	Rut
	Sygeplejerske, Kontaktperson	Rya
<b>Hospitalsafsnit LA</b>		
<b>Gruppe</b>	Afdelingssygeplejerske med udviklings og specialfunktion	Lis
	Socialsygeplejerske for hele Hospital	Liv
<b>Enkeltperson</b>	Ledende sygeplejerske	Le
	Sygeplejerske	Li
	Social- og sundhedsassistent	Lea
	Social- og sundhedsassistent	Lil
<b>Pilotinterview</b>		
Organisation	Fagligbaggrund og funktion	Betegnelse i specialet
<b>Hospital</b>	Sygeplejerske med erfaring fra forskellige somatiske afdelinger.	Pi
<b>Botilbud</b>	Social- og sundhedsassistent med erfaring fra forskellige botilbud.	Pia

Interviewpersonernes tildelte navne vil blive anvendt i analysen, og jeg gengiver derfor Tabel 2 inden analyseafsnittet.

## Fordele og ulemper ved de anvendte metoder

Da alle interviewpersonerne var på arbejde i interviewsituationen, blev interviewdeltagerantallet afhængig af fremmøde situationen og arbejdsbyrden på det pågældende botilbud eller hospitalsafdeling. Min metode, med at være forberedt på mere end en type interview, gjorde det muligt for mig, at gennemføre interviewene uanset dagsformen det enkelte sted. Ved interviewene med tre personer eller færre virkede fokusgruppenelementerne, hvor gruppens indbyrdes diskussion skulle frembringe empirien, ikke altid optimalt, da nogle af de mindre grupper havde vanskeligt ved at holde gang i diskussionen og derfor havde behov for flere direkte spørgsmål. Når jeg sammenholder empiri genereret fra henholdsvis det store gruppeinterview og de mindre gruppeinterview med to til tre deltagere fremgår det tydeligt, at særligt muligheden for gennemførelsen af tegneøvelsen har haft betydning for, hvor konkrete og dybdegående interviewpersonernes udtalelser blev. Ved det store interview på BO var det muligt at danne tre tegnegrupper, og diskussionen mellem tegnegruppermedlemmerne samt den efterfølgende fællesdiskussion frembragte et righoldigt materiale med mange alsidige aspekter af grænsefladen

Ved flere af enkeltpersonsinterviewene viste det sig at være vanskeligere for mig at frembringe den samme mangfoldighed i svarene som ved gruppeinterviewene, og det var samtidig sværere at frembringe konkrete beskrivelser af, hvordan grænsefladen blev forstået af interviewpersonen. Omvendt havde jeg her mulighed for, at spørge ind til interviewpersonernes udtalelser og fremlægge min fortolkning af det sagte for interviewpersonen og derved lade denne respondere på dette. Det var med andre ord lettere for mig her, at opnå horisontsammensmeltning og en forhandling omkring fortolkningen med interviewpersonerne end det var muligt under gruppeinterviewene (Kvale, 1997; Højbjerg, 2004).

I empiriindsamlingen har det vist sig, at gruppeinterviewmetoden har haft den fordel, at den genererede en større mangfoldighed, kreativitet, spontanitet og dybde i svarerne, end det var muligt for mig at frembringe ved de fire enkeltpersonsinterview. Mine erfaringer med metoderne i specialet her falder derfor i tråd med de fordele ved interviewmetoden, som andre har påpeget: at metoden både kan bidrage med en brede og en dybde i svarerne på en og samme tid, samt at gruppedynamikkerne kan provokere til større åbenhed, spontanitet og kreativitet end ved enkeltpersonsinterview (Morgan, 1996; Kvale, 1997; Seemann, 1996).

Tegneøvelsen viste sig at være yderst frugtbar på flere områder. Først og fremmest virkede tegneøvelsen til at bryde isen og få deltagerne til at berette mere åbent om de kritiske samarbejdsrelationer. Ved stort set alle de gennemførte interviews, lagde deltagerne ud med at give udtryk for, at de i det store hele var meget godt tilfreds med samarbejdet, men uden at beretningerne kom ret meget i dybden. Ved alle disse interviews bevirkede tegneøvelsen at deltagerne reflekterede mere over, hvordan samarbejdet konkret fungerede. Tegneøvelsen bevirkede altså en igangsættelse af en kritisk refleksion hos interviewpersonerne, der overskred deres overordnede oplevelser af grænsefladen, hvorved der blev frembragt mange righoldige refleksioner over positive og negative elementer ved samarbejdet i grænsefladen. Herved opstod en ny og dybere erkendelse hos såvel mig som hos interviewpersonerne (Kvale, 1997). Ved alle interviews med mere end én deltager anvendte jeg tegneøvelsen, og den virkede efter hensigten ved tre ud af fire tilfælde. Ved det interview hvor tegneøvelsen ikke fungerede, var der kun to deltagere og begge gav udtryk for, at tegneøvelsen hæmmede deres refleksion, og de foretrak at svare på spørgsmål i stedet.

Efter jeg nu har beskrevet metoden til empiriindsamling, vil jeg i næste afsnit, redegøre for hvordan jeg har behandlet den indsamlede empiri.

## Empiribearbejdning

I det følgende beskriver jeg metoden, jeg har anvendt til bearbejdningen af empirien. I bearbejdningen af empirien har jeg ladet mig inspirere af den hermeneutiske cirkulære fortolkningsbevægelse. Kvale (1997) opfordrer til at lade analysen og fortolkningen ske gennem hele processen, startende under selve interviewsituationen, hvor Kvale fremhæver, at den hermeneutiske tilgang indeholder: ”... en fortolkende lytten til de mangfoldige betydningshorisonter, der ligger i de interviewedes udsagn, og opmærksomhed med hensyn til mulighederne for kontinuerlige genfortolkninger inden for interviewets hermeneutiske cirkel” (Kvale, 1997, s. 139). Min tolkende empiribearbejdning startede derfor allerede under interviewene. I tråd med hermeneutikken, gav interviewpersonernes svar mig en ny forståelse og nye fordomme, der gav anledning til uddybende spørgsmål, som igen gav anledning til nye fortolkninger og refleksioner hos interviewpersonerne etc. Under gruppeinterviewene fik den hermeneutiske cirkel en ekstra dimension i og med, at der var flere deltagere til at fortolke, generere svar og nye spørgsmål.

Jeg har behandlet empirien som ren gruppe – eller enkeltpersonsinterviews – da kun ét ud af de samlede ti interviews blev udført med flere fokusgruppememberer. Endvidere var mit formål med fokusgruppemetoderne at genere mere uddybende svar og spørgsmål og ikke at skabe indsigt i de sociale processer, der udspillede sig under interviewet. Hvorfor jeg ikke fandt mening i, at behandle empirien ud fra egentlig fokusgruppemetoder med fokus på sociale processer og gruppedynamikker (Halkier, 2010; Morgan, 1996; Justesen & Mik-Meyer, 2010).

## Bearbejdning af interviewresultater

Jeg optog alle interviewene digitalt og transskriberede dem efterfølgende med henblik på at gøre empirien tilgængelig for videre analyse. Jeg foretog selv transskriberingen og her foregik ligeledes en fortolkningsproces, da jeg under transskriptionen havde rettet analytisk opmærksomhed efter lydudsnit, hvor interviewpersonerne ytrede beklagelser. Transskriberingen virkede derfor som en indledende meningskondenseringsproces, hvor der blev søgt efter meningsbærende enheder i form af interviewpersonernes beklagelser over nogen eller noget i grænsefladen (Kvale, 1997, s. 60). Ved to af gruppeinterviewene fik jeg assistance fra min tidligere medstuderende Esben Madsen og ved det tredje fra min

veninde Karina Danmark, der begge tog udførlige noter og referater af gruppeinterviewene. Det skriftlige materiale fra disse interviews bygger således på to oversættelser og tolkninger. Den ene tolkning er blevet nedskrevet mens interviewet foregik og af en anden person end mig selv, mens den anden tolkning er fremkommet ved min egen genlytning og transskribering af det optagede materiale.

### **Procedure for transskriberingen**

At jeg transskriberede de optagede interviews har nogle implikationer for fortolkningsgrundlaget. Da transskription betyder oversættelse fra levende talesprog til fastfrosset skriftsprog og en dekontekstualisering fra den kontekst interviewene foregik i medfører det, at meget af den usagte information, der var en del af den interviewet, er gået tabt. Samtidig er dekontekstualiseringen u hensigtsmæssig ud fra min hermeneutiske forståelse af at fænomeners betydning er kontekstafhængig (Gadamer, 2007). Jeg udførte derfor transskriberingen og analysen via computerprogrammet NVivo 10. Programmet gør det muligt at forbinde lydfilen med det transskriberede tekstmateriale, således var det muligt for mig hurtigt at genhøre de lydfile, som et givet tekststykke er en transskription af. Det var derfor muligt for mig at udnytte de udskrevne interviews tilgængelighed og samtidig at lytte til det levende talesprog på lydfile, hvorved den dekontekstualiserende effekt af transskriptionen blev reduceret. Dekontekstualiseringen kunne jeg have afhjulpet yderligere, hvis jeg havde optaget interviewene på video i stedet for kun lydoptagelser. Det var dog ikke en mulighed i indeværende speciale, da der ikke har været adgang til videooptagelsesudstyr (Kvale, 1997; Olsen, 2002).

På den anden side kan transskriberingsprocessen, ud fra en hermeneutisk betragtning, også ansues som en del af den fortolkningsproces, jeg opnår erkendelse ud fra. Gennem transskriberingen genfortolker jeg den fortolkning, jeg opnåede i sammenspillet med interviewpersonerne, hvorved de udskrevne interviews indeholder både den oprindelige fortolkning fra interviewsituationen og min egen genfortolkning heraf (Kvale, 1997).

## Kvalitetssikring

Der er i metodelitteraturen stor uenighed om, hvorvidt man kan og i så fald hvordan man sikrer kvaliteten af et kvalitativt studie, se fx (Olsen, 2002, s. 226 ff). Jeg har i vurderingen og i sikringen af kvaliteten i studiet trukket på Kvaales (1997) kriterier for sikring af kvaliteten i interviewbaserede studier. Jeg anvender derfor begreberne validitet og reliabilitet, men i tråd med Kvale skal begreberne ikke forveksles med de positivistiske eller kvantitative idealer om objektivitet og reproducerbarhed. Hverken studiets problemstilling eller design lægger op til en produktion af resultater, der kan reproduceres eller kvantificeres, men snarere en fortolkning af professionelle aktørers erfaringer og oplevelser af grænsefladen og de udfordringer, der opstår i den. Derfor har jeg tilstræbt at efterleve de (i den kvalitative metodelitteratur udbredte) kvalitetskriterier om proceduretransparens og analytisk og teoretisk generalisering (Olsen, 2002; Kvale, 1997).

Jeg har tilstræbt transparens ved at eksplicitere så meget som muligt af specialets tilblivelsesproces, men det er desuagtet umuligt for mig at fremlægge samtlige overvejelser, indskydelser og ændringer der er foregået, da processen er levende og dynamisk (Olsen, 2002).

Særligt betyder interviewformen og den lave grad af strukturering samt fraværet af standardisering i de anvendte metoder, at processen er levende og kontekstafhængig, hvorfor jeg ikke kan redegøre for hver enkelt detalje heri. Derudover er det ud fra min hermeneutiske forståelse utopi at tro, at det er muligt at opnå fuld bevidsthed om min forforståelse, jeg har opnået den nye erkendelse af problemstillingen ud fra (Gadamer, 2007). Med henblik på at opnå så høj transparens i metoden som muligt, har jeg redegjort for udviklingen og anvendelsen af interviewguides og vedlagt interviewguides som bilag (Olsen, 2002).

For at forebygge reliabilitetsproblemer og skabe en bedre informeret forforståelse at interviewe ud fra, udførte jeg to pilotinterview. Pilotinterviewene medførte, at jeg blev opmærksom på, jeg stillede ledende spørgsmål, ganske givet grundet en fordom om, at der eksisterer brændpunkter i grænsefladen. Jeg gav derfor ikke interviewpersonerne mulighed for at svare, at de ingen problemer oplevede i grænsefladen. Pilotinterviewene førte blandt andet til, at jeg ændrede de indledende spørgsmål: fra at spørge interviewpersonerne om, *hvor* de oplevede problemer i samarbejdet, til at bede dem

beskrive, *hvordan* de oplevede samarbejdet. Mit fokus er imidlertid på brændpunkterne i grænsefladen, hvilket medfører, at resultaterne jeg fremlægger tegner et billede af de kritiske relationer i grænsefladen og lægger mindre vægt på de ikke-kritiske relationer. I transskription af interviewmaterialet har jeg søgt at afhjælpe den dekontekstualiserende effekt ved at forbinde lydbidderne med den skriftlige version og genlytte de optagede lydbidder under analysen. Dette har i mere end ét tilfælde medført, at en tolkning blev revurderet og i nogle tilfælde ændret.

Kvale (1997, s. 202-4) peger, ud over proceduretransparens, på en metode til kvalitetssikring, der sigter på at forebygge ensidig subjektivitet i analysen ved at lade flere personer udføre analyseprocessen. Da jeg imidlertid har udarbejdet specialet alene, har jeg ikke haft mulighed for, at anvende denne metode fuldt ud. Jeg har dog fået hjælp af to tidligere medstuderende til at gennemlæse og kommentere på indeværende specialerapport, hvor den ene er Esben Madsen, der deltog som referatskriver ved flere af interviewene og derved har indsigt i store dele af den rå empiri. Den anden er Marlene Schjøtz, der har god indsigt i brændpunktsanalysemodellen, som jeg anvender i min analyse senere, da hun selv har anvendt denne i forbindelse med sit speciale. Jeg har søgt at styrke validiteten ved i analysen at inddrage udvalgte citater fra det empiriske materiale, med henblik på at trække på en helhed i en empirisk og teoretisk bunden argumentation, fremfor på de empiriske observationer alene (Juul, 2012, s. 109, 128). Dette kvalitetskriterium støttes af blandt andre Kvale (1997, s. 228), der påpeger at analysens validitet kan styrkes ved at underbygge med overbevisende argumenter. Yderligere tjener inddragelsen af citaterne til at nuancere den fremlagte tolkning.

Et andet vigtigt aspekt ved kvalitet i studier er etiske overvejelser, omkring konsekvenser af studiet. I det følgende afsnit vil jeg derfor fremlægge, de etiske overvejelser jeg har gjort mig i processen.

## Etiske overvejelser

Af hensyn til de medvirkende i specialet har et vigtigt etisk princip for mig været, at tilstræbe så høj en anonymisering som muligt. Det er imidlertid risiko for, at de, med kendskab til de involverede botilbud og hospitalsafdelingen, vil kunne identificere de pågældende botilbud og hospitalsafdeling samt evt. også interviewpersonerne alligevel. Derfor har jeg anonymiseret alle organisations- og personnavne, selvom kun et sted valgte at være anonymt, og inden jeg påbegyndte interviewene, informerede jeg alle interviewpersonerne om, at det ikke er muligt at love dem 100 % anonymitet.

Min fokus på de kritiske – fremfor velfungerende samarbejdsrelationer, kan betyde at samarbejdet i grænsefladen fremstår mere kritisk end det indtryk, interviewpersonerne selv har af relationen. Derfor er det vigtigt at nævne, at alle parter overordnet set udtrykte sig respektfuldt og i positive vendinger om hinanden i deres indbyrdes relation, således at resultaterne, jeg fremlægger, ikke får en utilsigtet negativ effekt på relationen i grænsefladen ved at skabe nye og unødvendige konflikter.

I tråd med specialets kritisk-hermeneutiske inspiration, har jeg imidlertid et emancipatorisk sigte om at facilitere til en kritisk refleksion ved at fremlægge de nye indsigter i relationerne i grænsefladen, jeg opnår via studiet (Kvale, 1997, s. 61). Resultaterne jeg fremlægger i indeværende specialerapport er, selvom der er tilstræbt en empirisk følsomhed, påvirket af den teoretiske forståelsesramme, jeg har anlagt i specialet. I det følgende redegør jeg derfor for analysestrategien og den teoretiske ramme der ligger til grund for analysen.



## Analysestrategi

Da jeg gennem analysen søger at besvare, hvordan de professionelle aktører oplever grænsefladen og herunder hvilke brændpunkter, der kan identificeres i grænsefladen, er analysen bygget op i tre overordnede dele med inspiration fra Gustafsson & Seemanns (1988) brændpunktsanalysemodel:

- I den første del foretager jeg en analytisk indkredsning af grænsefladen, hvor jeg analyserer grænsefladeparternes relation til og afhængighed af hinanden.
- I anden del identificerer jeg brændpunkter i grænsefladen på baggrund af brændpunktsanalysemodellen jeg beskriver i det nedenstående.
- I tredje del analyserer jeg, hvilke problemer i grænsefladen, der ligger til grund for de identificerede brændpunkter.

I strategien for analysen er jeg endvidere inspireret af min filosofiske hermeneutiske tilgang i specialet. I det følgende redegør jeg indledningsvist for den videnskabsteoretiske indflydelse på analysestrategien, hvorefter jeg beskriver analyseprocessen og brændpunktsanalysemodellen.

### Det hermeneutiske perspektiv i analyseprocessen

Jeg har ladet mig inspirere af Gadamer's opfordring om åbent at lade sine fordomme udfordre og indgå i en cirkulær forståelses- og fortolkningsproces i analyseprocessen. Gennem analysen har jeg ladet mine fordomme udfordre af den forståelseshorisont, der fremkommer af empirien og den teoretiske forståelsesramme (i horisontsammensmeltning) (Gadamer, 2007; Højbjerg, 2004).

Denne tilgang har dog den implikation, at i kraft af at horisontsammensmeltning er en evig proces, jf. den hermeneutiske cirkel, bliver det umuligt for mig at pege på, hvornår en tolkning begynder og ender, eller hvornår jeg har nået en endelig forståelse. For at kunne udpege en afslutning på min analyse- og fortolkningsproces har jeg derfor støttet mig op ad Gadamer's tanke om at blive ved at stille sig åben og spørgende indtil en dækkende forståelse og tolkning er opnået (Højbjerg, 2004; Gadamer, 2007). For at kunne spore mig ind på, hvornår jeg har opnået dette, støtter jeg mig op ad Kvaales (1997, s. 57) pragmatiske greb – at lade analyseprocessen stoppe, når en fornuftig mening uden indre modsigelser er opnået eller når ny tolkning ikke frembringer afgørende nye forståelser, der

ændrer forståelsen af helheden. Jeg har derfor foretaget analyseprocessen indtil det samme mønster begyndte at tegne sig igen, og indtil der fremstod en dækkende besvarelse på min problemformulering, velvidende at implikationen ved netop denne tilgang er, at det aldrig bliver muligt at pege på tolkningen som endegyldig.

#### **Den kritisk hermeneutiske indflydelse på analysestrategien**

I analyseprocessen har jeg endvidere ladet mig inspirere af den kritisk hermeneutiske tilgangs emancipatoriske sigte og kritiske distancering til det undersøgte. Jeg søger at fremlægge uligheds- og afhængighedsforhold samt uenigheder, som aktørerne måske ikke selv er bevidste om (Højbjerg, 2004). I analysen har jeg derfor tilstræbt en distancering fra og en overskridelse af interviewpersonernes udsagn ved hjælp af en kritisk refleksion over og blik for afhængighedsforhold, der er medskaber af ulige magtrelationer i samarbejdet mellem botilbuddene og hospitalerne (Ibid.). Min kritiske inspiration betyder at jeg, i modsætning til Gadamer (2007), ikke anser dialog og horisontsammensmeltning som altid værende ligestillede udvekslinger mellem jævnbyrdige parter og ej heller som modsigelsesfrie (Højbjerg, 2004).

#### **Afhængighedsperspektiv frem for magtperspektiv**

Jeg har bevist fravalgt, at anlægge et eksplicit magtperspektiv i analysen, velvidende at magtperspektivet uden tvivl kunne frembringe interessante aspekter om samarbejdet mellem botilbuddene og hospitalerne, samt at magt ofte udgør en væsentlig del af undersøgelser af interorganisatoriske relationer, se fx (Antoft, 2005; Seemann, 1996). Mit perspektiv rummer i stedet processer og forhold, der kan være medskaber af magtforskelle, da jeg finder det mere interessant at få indsigt i de forhold der skaber magtforhold, fremfor i hvilke situationer der kan konstateres magt, eller hvordan magtforhold kommer til udtryk.

#### **Opsummerende om den kritisk hermeneutiske indflydelse på analysen**

For tilgangen i specialet betyder ovenstående, at jeg søger at opnå hermeneutisk erfaring om grænsefladen mellem botilbuddene og hospitalerne. Dette ved at bevidstgøre mig mine fordomme og lade dem udfordre i en hermeneutisk cirkulær erkendelsesproces mellem den teoretiske ramme og de forståelseshorisonter, der åbenbares i min empiri. Det er ikke muligt for mig hverken normativt eller videnskabeligt objektivt at argumentere for, at den viden jeg opnår, er den endegyldige sandhed (Højbjerg, 2004). Dog søger jeg ved distancering og kritisk refleksion, og et blik for afhængigheds- og ulighedsforhold som

aktørerne måske er ubevidste om, at fremlægge og argumentere for en ny og dybere erkendelse af grænsefladen mellem botilbuddene og hospitalerne, som aktørerne måske ikke selv har.

### **Brændpunktsanalyse**

Ved at analysere parternes egne beskrivelser og vurderinger af deres grænsefladerelation er det ifølge Seemann & Antoft (2002) muligt at identificere områder, hvor parterne oplever tilbagevendende problemer i grænsefladerelationen. Dermed afdækkes de elementer der forstyrrer eller hindrer samspillet mellem parterne på udførende niveauer i en interorganisatorisk grænseflade. Disse problemer defineres af Seemann & Antoft som brændpunkter. I det følgende afsnit vil jeg operationalisere begrebet på baggrund af Seemann & Antoft (2002), og redegøre for analysemodellen, som jeg har anvendt den i analysen.

### **Operationalisering af brændpunkter**

Til identifikation af brændpunkter i grænsefladen har jeg anvendt brændpunktanalyse, der er en analysemetode udviklet af Gustafsson og Seemann (1988) på baggrund Alvin W. Gouldners (1965) (herefter Gouldner) teori og analysemetode til analyse af smågruppekonflikter.

I Seemann og Antoft (2002) anvendes analysemodellen på en interorganisatorisk grænseflade og her defineres brændpunkt ud fra to definitioner. Den første definition har jeg citeret i afsnittet hvor jeg definerer nøglebegreberne i starten af rapporten, her definerer Seemann og Antoft brændpunkter som kritiske samarbejdsrelationer, der er erkendt af flere parter og kan have ført til konflikt, der endda kan have været søgt løst gentagne gange.

I Gouldners (1965) definition er der dog ikke udelukkende tale om kritiske samarbejdsrelationer, der har ført til konflikt, eller som nødvendigvis er opfattet som kritiske relationer af alle parter i relationen. Pointen hos Gouldner er derimod, at nogle parter i relationen kan være uvidende om andre parters frustrationer over samarbejdet. Dette kan føre til, at den frustrerede part frustreres over de andre parters manglende reaktion, hvorved der kan ske en optrapning fra kritiske relationer til konflikt. Brændpunkter kan i den forstand forstås som sårbare (kritiske) relationer, hvor den ene eller flere af parterne frustreres af uopfyldte forventninger til relationen og der dermed er potentiale til

udviklingen af konflikt. Denne forståelse af begrebet fremgår også af den anden definition i Seemann og Antoft. der lægger meget tæt op ad Gouldners definition af brændpunkter som Disorganization Patterns – hvor brændpunkter forstås som en fortætning af frustrationer over nogen eller noget i samarbejdet fra en eller flere af parterne:

*”Man koncentrerer sig i stigende grad om de områder/relationer, hvor der er fortætninger af frustrerede eller forstyrrede forventninger. Det er disse områder, Gouldner kalder ’Disorganization Patterns’ eller ’Zones of Disturbances’. ’Disorganization Patterns’ begrebsliggøres i nærværende undersøgelse som brændpunkter” (Seemann & Antoft, 2002, s. 11-12).*

I tråd med disse to definitioner anvender jeg begrebet brændpunkt i analysen, om kritiske samarbejdsrelationer, hvor fortætninger af frustrationer hos en eller flere parter rummer potentiale for udviklingen af en konflikt, eller der har medført en konflikt i relationen.

I identifikationen af brændpunkter i specialets empiri vil jeg derfor søge efter beklagelser, der er ytret gentagne gange fra en eller flere af parterne. Jeg stiller det ikke som betingelse, at beklagelserne ytres gensidigt, og ej heller, at beklagelserne har været italesat som problemer overfor de øvrige parter, eller at de har manifisteret sig som problemer eller konflikter, der tidligere har været søgt løst.

Med henblik på at fremanalysere modsigelsesforhold i relationerne, søger jeg, i identifikationen af brændpunkterne, også efter evt. positive eller neutrale udtalelser om relationerne i brændpunkterne.

### Hvor opstår brændpunkter typisk henne?

Ifølge Seemann & Antoft (2002, s. 26) forekommer der ofte brændpunkter i grænseflader mellem organisationer på områder, hvor der er uenigheder på de områder, der er angivet på Figur 5:

Figur 5 Områder hvor der ofte opstår brændpunkter i grænseflader

- *Uenighed om, hvem der skal gøre hvad*  
(domænekonflikter, der typisk refererer til uklar arbejdsdeling)
- *Uenighed om behandlingsteknologi, arbejdsmetoder og principper*  
(teknologikonflikter, der typisk skyldes forskelle i professions- og sektorlogikker)
- *Uenighed om mål og vurderingskriterier*  
(parters gensidige beklagelser over hinandens resultater/output)
- *Forskelle i de involverede parters interne strukturer, kulturer og processer*  
(gør det vanskeligt for samarbejdsparter "at nå hinanden" - også selvom der ikke er tale om behandlingsideologiske modsætninger)
- *Forskelle i parternes ønsker til samarbejdsform/rerelationsudformning*  
(f. eks. skriftlige samarbejdsaftaler, herunder aftaler om mødehyppighed; stram eller ad hoc udformet tværgående mødestruktur).

Kilde: Seemann & Antoft (2002, s. 26).

Ifølge Seemann & Antoft (2002) vil jeg altså kunne forvente at finde brændpunkter, der relaterer sig til de i Figur 5 angivne områder. I analysen vil jeg derfor spejle de identificerede brændpunkter i disse områder med henblik på at forstå, hvilken form for uenighed, brændpunkterne i min grænseflade omhandler.

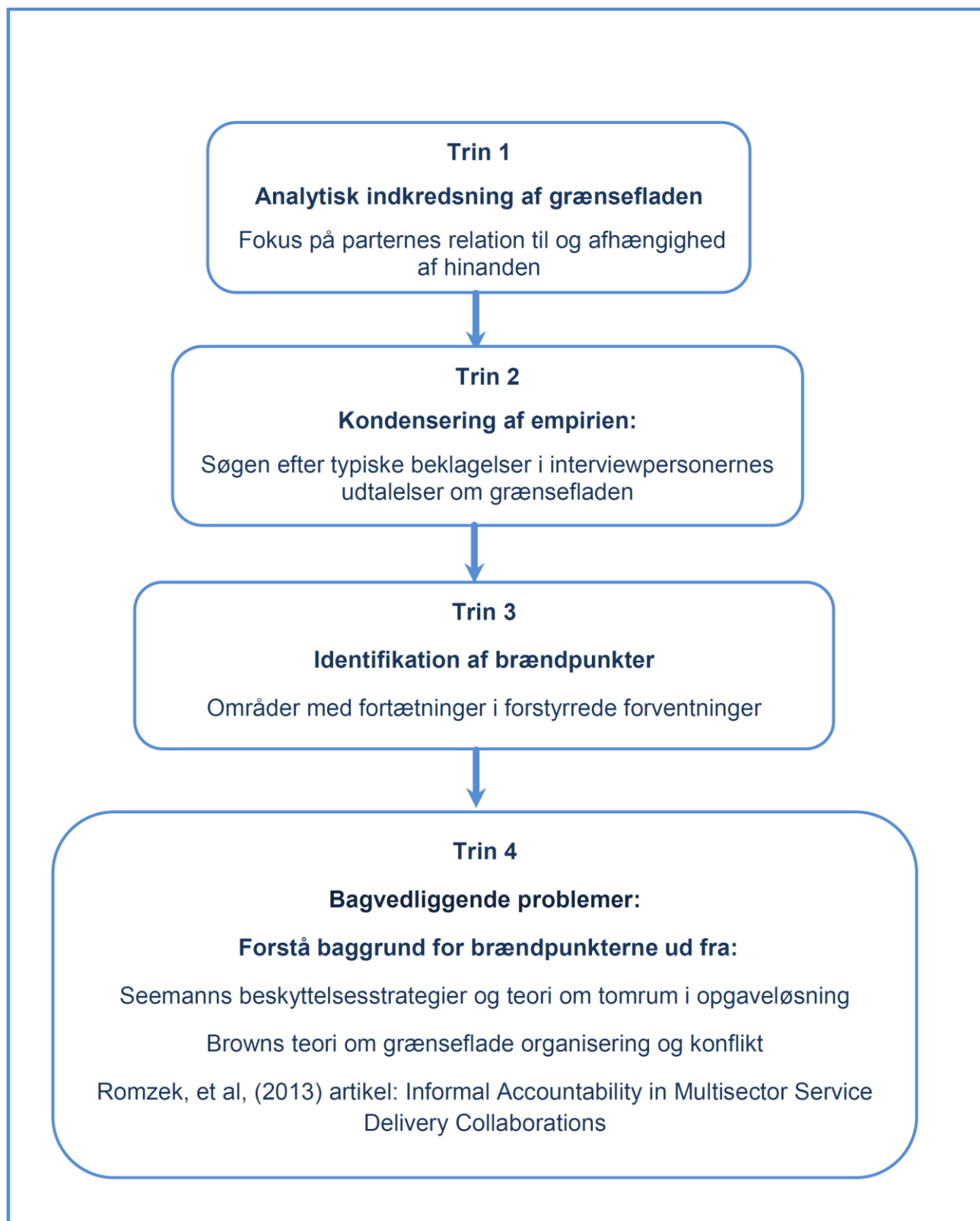
### Analysemodellen

Brændpunktsanalysemodellen er udviklet til at analysere grænseflader mellem to eller flere parter, der har en konkret grænsefladerelation og en etableret opgaveafhængighed med hinanden. Grænsefladen som min empiri kan belyse adskiller sig imidlertid herfra, da det, som omtalt i case-præsentationen, ikke var muligt for interviewpersonerne at udpege, hvilke af deres erfaringer, der omhandlede samarbejdet med hinanden, og hvilke der omhandlede øvrige botilbud og hospitaler. Derfor anvender jeg brændpunktsanalysemodellen som fremgangsmåde for analysen, mens jeg vælger at spejle de empiriske fund, der fremkommer i analysen, i undersøgelser der er foretaget på og teorier der er udviklet til interorganisatoriske grænseflader mellem parter, der har et indbyrdes samarbejde, frem for en direkte applikation af teorien på empirien.

Jeg anvender kort sagt modellen til at identificere de meningsbærende enheder i form af brændpunkter, der udgør dele af hele grænsefladen. Herefter teorirelateres brændpunkterne ex post, ved at spejle dem i lighedspunkter med den valgte teoriramme samt resultater fra lignede studier (Olsen, 2002).

På baggrund af den beskrevne fremgangsmåde og grafiske fremstilling af analysemodellen i Seemann & Antoft (2002, s. 12, figur 1) har jeg opstillet Figur 6 over analysemodellen, som jeg anvender den. Efter figuren beskriver jeg de enkelte trin i analysen.

Figur 6 Grafisk opstilling af den anvendte analysemodel



### **Trin 1: Analytisk indkredsning af de grænsefladen**

De interorganisatoriske grænseflader er ifølge Seemann & Antoft (2002) selv omkring meget veldefinerede opgaver ofte så komplekse og omfangsrige, at det kan være nødvendigt af ressource- og tidsmæssige hensyn, at foretage en analytisk indkredsning af de grænsefladeparter og relationer, der skal indgå i analysen.

#### *Anvendelse i analysen*

Jeg indleder derfor brændpunktanalysen med en analytisk indkredsning af grænsefladens parter og deres indbyrdes relation og afhængighed.

### **Trin 2: Kondensering af empirien**

På trin to indfanges parternes egne beskrivelser og vurderinger af de relationer, hvori de indgår i grænsefladen. På baggrund af disse beskrivelser kortlægges parternes beklagelser over nogen eller noget i grænsefladen. Der dannes derved et mønster af typiske eller gentagne beklagelser omkring relationerne (Seemann & Antoft, 2002; Seemann, 1996).

#### *Anvendelse i analysen*

I analysen foretager jeg dette ved en induktiv søgen og kondensering efter interviewpersonernes beklagelser over nogen eller noget i grænsefladen (Kvale, 1997). Dog anvender jeg ikke ren induktiv tilgang, da der er en vis grad af teoristyring i og med, det er på baggrund af brændpunktanalysen, at det netop er parternes gentagne beklagelse, jeg søger efter. Omvendt er min analyse heller ikke direkte deduktiv, eftersom jeg ikke anvender et forhåndsbestemt begrebsapparat til at sortere interviewpersonernes udsagn efter (Olsen, 2002). Jeg foretager kondenseringen på baggrund af min forforståelse, og kondenseringsmetoden adskiller sig herved fra den fænomenologiske og fordomsfrie tilgang til kondensering, som beskrives af Kvale (1997, s. 192-4). Jeg har ikke sat et analytisk inklusionskriterie i kondenseringen, om at beklagelserne skal være gensidigt ytret, siden det ikke er sikkert, at brændpunkter opleves som kritiske af alle parter, og idet jeg ikke antager at interviewpersonernes forståelseshorisonter er modsigelsesfrie (Højbjerg, 2004). Jeg har derimod aktivt søgt også at fremanalysere evt. positive oplevelser af grænsefladerelationerne, med henblik på fremanalysering af modsætningsfyldte og asymmetriske relationer, samt at udfordre min fordom om, at relationerne i grænsefladen er konfliktfyldte.



### **Trin 3: Identifikation af brændpunkter**

Efter parternes typiske beklagelser er identificeret, fremanalyseres hvilke frustrerede forventninger, der ligger til grund for beklagelserne – med andre ord, hvad det er der truer eller generer de parter, som ytrer beklagelserne. I analysen fokuseres i stigende grad på de relationer og områder, hvor der kan identificeres fortætninger i netværksparternes frustrerede forventninger til hinanden. Disse punkter udgør brændpunkterne (Seemann & Antoft, 2002; Seemann, 1996).

### **Anvendelse i analysen**

I analysen identificerer og navngiver jeg brændpunkterne i empirien, ved at foretage en analyse af hvad interviewpersonernes beklagelser handler om på baggrund af den kondenserede empiri.

### **Trin 4: Bagvedlæggende problemer og beskyttelsesstrategier**

Ifølge Seemann og Antoft (2002, s. 12) er brændpunkterne symptomer på bagvedliggende problemer i grænsefladen, som brændpunktsanalysen ikke kan belyse. Da Gouldners teori om gruppekonflikter endvidere ikke tilbyder en forståelse af processer på interorganisatorisk niveau, er man ifølge Seemann og Antoft (2002, s. 12) på dette trin nødt til at benytte andre teorier til at forstå eller forklare de bagvedliggende problemer. Da analysemodellen ikke tilbyder retningslinjer for udvælgelsen af teoriapparat til dette, må man ifølge Seemann og Antoft (2002) støtte sig op ad forestillinger om, hvilke type forklaringer/årsager man leder efter.

Ifølge Seemann & Antoft (2002, s. 12) vil det ofte i forbindelse med identifikationen af brændpunkterne være muligt at identificere forskellige beskyttelsesstrategier, som en eller flere af parterne benytter for at beskytte sig mod modstridende krav, forventninger og ustabile relationer i brændpunktet. Det er det vigtigt at inddrage beskyttelsesstrategierne i brændpunktsanalysen (Ibid.). Beskyttelsesstrategierne kan både have en positiv effekt, fordi de hjælper parterne med at håndtere ustabilitet i grænsefladen, men beskyttelsesstrategierne kan også have dysfunktioner, der kan skabe problemer i grænsefladen. Seemann har identificeret en række af disse beskyttelsesstrategier og der af følgende dysfunktioner, bl.a. i forbindelse med en analyse af udviklingen af i distriktspsykiatrien i Viborg Amt; se (Seemann, 2008, s. 197-200; 1996, s. 240-44).

### *Anvendelse i analysen*

Jeg analyserer baggrunden for brændpunkterne ud fra teoretisk spejling i Browns (1983) teori om grænsefladeorganisering og konflikter, Gustafsson og Seemanns model for svingninger og tomrum i interorganisatoriske opgaveløsninger (1988) samt artiklen *Informal Accountability in Multisector Service Delivery Collaborations* (Romzek, et al., 2013). De dele af teorierne jeg anvender i fortolkningen af problemerne bag brændpunkterne beskriver jeg uddybende i afsnittet der omhandler analysen af de bagvedlæggende problemer. Selvom Seemann & Antoft (2002, s. 12) angiver, at det er vigtigt at inddrage beskyttelsesstrategierne i brændpunktsanalysen, fremgår det ikke tydeligt, hvordan eller hvor de skal inddrages. Parternes beskyttelsesstrategier kan både anskues som en reaktion på de problemer, der ligger til grund for brændpunkterne og som en medvirkende årsag til disse problemer. Dysfunktionerne ved beskyttelsesstrategierne er netop problemer i grænsefladen. Jeg har valgt at inddrage identifikationen af parternes beskyttelsesstrategier og mulige dysfunktioner heraf i analysen af de bagvedlæggende problemer, da det bidrager til forståelsen af problemerne i grænsefladen. Seemann har imidlertid identificeret beskyttelsesstrategierne i specifikke grænseflader, hvor parterne havde en direkte relation til hinanden, og adskiller den undersøgte grænseflade sig ved, at den ikke er specifik mellem de deltagende parter. Jeg har derfor ikke applikeret Seemanns beskyttelsesstrategier på empirien, men spejlet min empiri i beskyttelsesstrategierne for at undersøge, om jeg kunne genfinde beskyttelsesstrategierne i min empiri. Jeg introducerer de, af Seemanns beskyttelsesstrategier, som jeg genfinder i min empiri, i analyseafsnittet i takt med jeg anvender dem i min analyse.

## Analyse

Jeg indleder analysen med en indkredsning af grænsefladen på baggrund af Brown, efterfølgende vil jeg identificerer brændpunkterne i grænsefladen og afslutningsvis vil jeg analyse af problemerne bag brændpunkterne i grænsefladen. I analysen vil jeg anvende de anonymiserede navne på interviewpersonerne, og jeg gengiver derfor skemaet over interviewpersonerne her.

Interviewform	Fagligbaggrund og funktion	Betegnelse i specialet
<b>Botilbud BO, der er et § 108 tilbud uden døgnbemanding</b>		
<b>Gruppe</b>	Sygeplejerske, Leder af BO	Bea
	Social- og sundhedsassistent, Kontaktperson Medicinansvarlig	Bet
	Læreruddannet, Kontaktperson	Ben
	Social- og sundhedsassistent, Kontaktperson	Birthe
	Pædagog, Kontaktperson	Bob
	Pædagog, Hjemmevejleder og Støttekontaktperson	Brit
	Pædagog, Hjemmevejleder og Støttekontaktperson	Bit
	Pædagog, Hjemmevejleder	Birna
	Støttekontaktperson	Bodil
	Ergoterapeut, Støttekontaktperson	Bell
<b>Botilbud RS, der er et § 108 tilbud med døgnbemanding</b>		
<b>Gruppe 1</b>	Social- og sundhedsassistent, Kontaktperson	Rie
	Social- og sundhedsassistent, Kontaktperson, (deltog ved begge gruppe interviews).	Rit
<b>Gruppe 2</b>	Pædagog, Kontaktperson	Rut
	Sygeplejerske, Kontaktperson	Rya
<b>Hospitalsafsnit LA</b>		
<b>Gruppe</b>	Afdelingssygeplejerske med udviklings og specialfunktion	Lis
	Socialsygeplejerske for hele Hospital	Liv
<b>Enkeltperson</b>	Ledende sygeplejerske	Le
	Sygeplejerske	Li
	Social- og sundhedsassistent	Lea
	Social- og sundhedsassistent	Lil
<b>Pilotinterview</b>		
Organisation	Fagligbaggrund og funktion	Betegnelse i specialet
<b>Hospital</b>	Sygeplejerske med erfaring fra forskellige somatiske afdelinger.	Pi
<b>Botilbud</b>	Social- og sundhedsassistent med erfaring fra forskellige botilbud.	Pia

## Grænseflader ifølge Brown

Ifølge Brown (1983) er relationerne mellem organisationer ofte fordret af fælles mål og/eller en gensidig (asymmetrisk som symmetrisk) afhængighed i forhold til kritiske ressourcer og informationer, men relationen kan også være mere eller mindre pålagt af en magtfuld tredjeparts krav. Afgrænsningen af en grænseflade defineres derfor ofte ud fra et fælles mål og gensidig afhængighed, der presser parterne til at opretholde en relation.

Grænseflader kan derfor ifølge Brown bl.a. defineres ud fra følgende elementer:

- I. Et fælles opgavehensyn, hvor parterne er afhængige af hinanden (evt. asymmetrisk) for at løse en mere eller mindre fælles opgave.
- II. En fælles autoritet eller afhængighed af en tredjepart.
- III. Fælles social identifikation baseret på fælles mål, lighedspunkter fx fælles professionstilhørsforhold.
- IV. Tæt fysisk placering hvor parterne indgår i samarbejde alene pga. deres indbyrdes tætte placering (Brown, 1983, s. 218-19).

## Indkredsning af grænsefladen

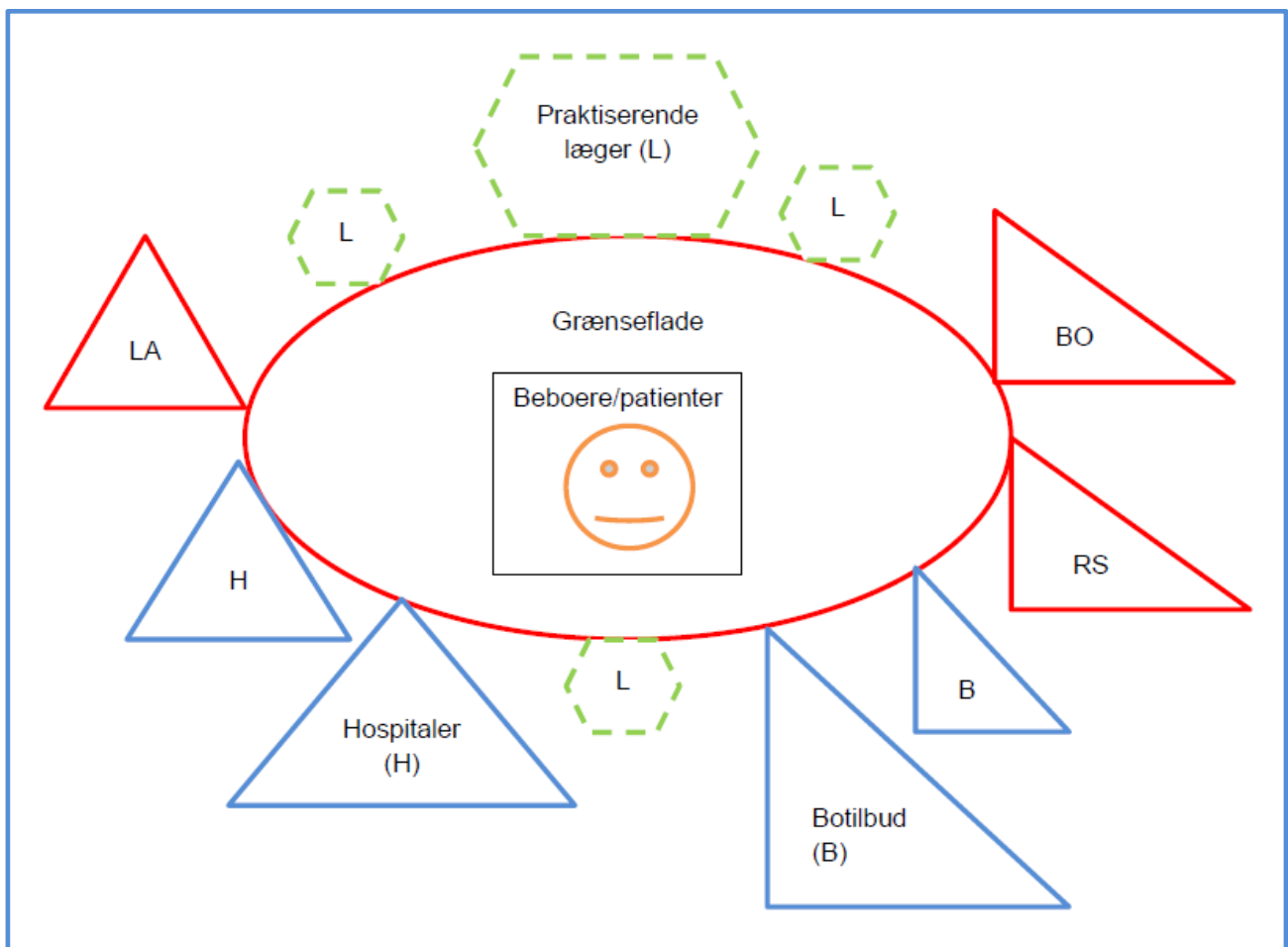
Grænsefladerne i specialet er afgrænset af et fælles opgavehensyn: løsningen af somatiske udrednings- og behandlingsopgaver for beboere på botilbuddene. Parterne har ikke fælles autoritet eller ledelse, men er begge offentlige organisationer som i deres opgaveløsning er pålagt at indgå i relation med hinanden, når de har en fælles klient (en indlagt beboer). Derudover spiller den fysiske placering ind på etableringen af grænsefladen, da LA og de to botilbud indgår i den samme overordnede grænseflade, fordi de to botilbud ligger inden for LAs fysiske optageområde. Ved alle interviewene spurgte jeg interviewpersonerne om, hvornår et samarbejde med den anden part var nødvendigt for deres opgaveløsning, samt hvad de fik ud af samarbejdet. Det fremgik tydeligt gennem interviewene, at botilbuddene er afhængige af hospitalerne i forhold til at få løst en af deres kerneopgaver: at støtte beboerne i at tage hånd om eget helbred ved at modtage nødvendig udredning og behandling. LA angav derimod at være meget lidt afhængige af botilbuddene. Jeg spurgte endvidere interviewpersonerne om, hvad der karakteriserer de beboere/patienter hvor et samarbejde er nødvendigt.

## Parternes afhængighed af hinanden i opgaveløsningen

Jeg har i udgangspunktet valgt, at indkredse grænsefladen til relationen mellem botilbud og hospitalsafdelinger. Da der under interviewene på LA og de to botilbud imidlertid

gentagne gange blev peget på beboernes egne læger, som en vigtig part i relationen mellem botilbuddene og hospitalerne, er de privatpraktiserende læger delvist inddraget i afgrænsningen af grænsefladen her. Da jeg i forbindelse med forprojektet Sørensen, et al., (2013), jf. s. 6 undersøgt på grænsefladen mellem privatpraktiserende læger og botilbuddene, har jeg i specialet valgt at fokusere problemstillingen på relationen mellem botilbuddene og hospitalsafdelingerne. De privatpraktiserende læger indgår derfor ikke i specialets empiri, og jeg vil også kun inddrage dem i analysen i de tilfælde, hvor det fremgår af empirien, at de har en indflydelse på relationen mellem botilbuddene og hospitalerne. I disse tilfælde relaterer jeg specialets empiri til resultaterne i mit forprojekt. Den indkredsede grænseflade ser dermed ud som det fremgår af Figur 7. I det følgende vil jeg redegøre for hvordan parterne indgår i relation til hinanden, samt hvordan de gensidigt er afhængige af hinanden, for at kunne varetage deres sundhedsmæssige opgaver over for borgerne i botilbuddene.

Figur 7 Den indkredsede grænseflade



### Botilbuddenes afhængighed af hospitalerne

Botilbuddene er angivet med B, eller forkortelserne RS og BO på Figur 7. På begge botilbud gives udtryk for en stor afhængighed af hospitalerne i opgaven med at støtte beboerne i at varetage eget helbred<sup>4</sup>.

*Det er relevant med samarbejde med hospitalerne, for alle vores borgere er en gruppe mennesker, som ikke kan tage sig så godt af deres eget helbred derfor er samarbejdet rigtig vigtigt. Vi tager ofte med borgeren til tjek for, fx sukkersyge. Vi har et samarbejde, hvor vi får beboerne til at følge op aftalerne på hospitalet. De har ikke alle sammen ressourcerne til, at tage afsted alene, så er det ofte vores opgave at følge dem derop (Rie).*

Begge botilbud udtrykker dog samtidig stor frustration over, at deres behov i opgaveløsningen ikke altid bliver mødt af hospitalerne. På begge botilbud ytres ligeledes afhængighed af og frustrationer over beboernes læger, hvilket jeg uddyber i næste afsnit, hvor jeg identificerer brændpunkter i grænsefladen.

### Hospitalernes afhængighed af botilbuddene

De somatiske hospitalers (angivet med H på Figur 7) kerneydelse er akut og specialiseret udredning og behandling af patienter, der indlægges med somatiske problemstillinger, enten akut eller via praktiserende eller anden behandlende læge. Hospitalernes funktionsområde er med andre ord målrettet patienter med somatiske problemstillinger. Det er den behandlingsansvarlige læge på hospitalet, der alene har beslutningskompetencen for, om en patient kan indlægges eller udskrives. Hospitalerne kan derfor uafhængigt af botilbuddene vælge at udskrive en indlagt beboer, dog står der i sundhedsaftalene for Region Hovedstaden 2011-2014, at hospitalerne skal bestræbe sig på at advisere kommunen om en udskrivelse (Region Hovedstaden, 2010). Hospitalerne er imidlertid ikke afhængige af botilbudene for at kunne udføre deres kerneopgave, medmindre der er tale om en umyndiggjort patient, eller patienten ikke selv kan kommunikere (Region Hovedstaden, 2011). Dette fremgår af empirien, da der på LA gives udtryk for, at de kun har brug for botilbuddene ved indhentning af oplysninger om patientens habituelle situation, og kun hvis patienten ikke selv kan oplyse om dette, samt evt. i forbindelse med udskrivelse.

---

<sup>4</sup> Se s. 27 for en beskrivelse af botilbuddenes kerneopgaver.

Den ledende sygeplejerske på LA udtrykker fx således:

*Når patienten bliver indlagt, har vi brug for oplysninger fra botilbuddene, om hvordan det går der hjemme og så ved udskrivning, hvis en patient fx skal hjem med ilt, så skal vi vide om patienten ryger eller om andre ryger på botilbuddet (Lee).*

På LA gives endvidere udtryk for at samarbejdet med botilbuddene både betyder en lettelse, men også i nogle tilfælde en komplicering, af deres opgaver. Dette uddyber jeg i den følgende brændpunktsanalyse.

### **De privat praktiserende lægers indflydelse på relationen mellem hospital og botilbud**

På botilbuddene angiver de at være afhængige af beboernes læger, når de oplever at en af beboerne har behov for hospitalsbehandling:

*Vi skal ofte først i kontakt med lægen eller lægevagten, hvis beboeren ønsker det eller hvis vi vurderer at der er indikation for indlæggelse (Rit).*

De praktiserende læger fungerer som beboernes primære adgang til udredning og behandling, både i lægens egen praksis, men også til specialiseret udredning og behandling – herunder hospitalsbehandling. Lægen er dermed gatekeeper for beboerens adgang til hospitalsbehandling. Derudover er det beboernes læge, der har ansvaret for det meste af medicinordinationen, og lægerne spiller derfor en vigtig rolle i grænsefladen mellem botilbuddene og hospitalerne (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013). Lægerne indgår ikke direkte i min empiri, da specialets fokus er rettet på relationen mellem botilbud og hospitaler, og lægerne er derfor indtegnet på Figur 7 med stiplede linie.

### **Beboerne/patienternes indflydelse på relationen mellem hospital og botilbud**

En sidste men ikke mindre væsentlig samarbejdspartner i forhold til botilbuddenes og hospitalernes løsning af deres kerneopgave er beboeren/patienten. Beboere/patienter i denne grænseflade indkredsnes til botilbudsbeboere, der har et forløb eller indlæggelse på en somatisk afdeling. Beboerne er både modtagere af botilbuddenes og hospitalernes ydelser og er derfor afhængige af adgangen til disse ydelser, og at udbuddet møder deres behov. Beboerne har endvidere ret til at fravælge ydelserne. Det er vanskeligt at fremstille et kendetegn af en beboer, da såvel diagnose og funktionsniveau som sociale forhold varierer meget. Et fællestrekk er dog, at de alle har psykiatiske problematikker i så alvorlig og invaliderende grad, at de har behov for midlertidig eller permanent støtte i dagligdagen (Greve, 2012). Endvidere er det ikke alle beboerne på de to udvalgte botilbud, som personalet på botilbuddene og hospitalerne indgår i et samarbejde omkring, da nogle af



beboerne på BO, selvstændigt klarer kontakten med hospitalet. På BO karakteriseres de beboere, hvor et samarbejde er relevant på følgende måde:

*For nogle beboer er et samarbejde meget relevant, det er typisk de borgerer, der ikke kan overskue, ikke kan huske eller er angst for at møde op til hospitalsaftaler. Andre borgerer klarer det hele selv og der er vi overhovedet ikke er involveret (Bell).*

*Vi har en del beboer med misbrug, og når de bliver indlagt kan det være rigtig svært for hospitalerne at rumme dem, fordi de fx vil ryge eller drikke og nogen af dem kan være udadreagerende. Det er hospitalerne er ikke gearet til at rumme, så der kræver det, at vi er inde over forløbet (Bea).*

Af det tidligere citat med Rie, fremgår det derimod at et samarbejde er relevant for alle beboerne på RS.

Selvom relationen mellem både botilbud og beboer og hospital og patient må siges at være en central og vigtig relation, inddrager jeg den ikke direkte i min empiri og den indkredsede grænseflade, da mit fokus er på relationen mellem de professionelle aktører. Jeg vil derfor kun inddrage beboerne i det omfang, relationen til eller egenskaber ved beboerne påvirker relationen mellem botilbuddene og hospitalerne. På botilbuddene ytres fx frustration over, at hospitalerne ikke kan rumme beboernes psykiatriske problemstillinger og evt. anderledes adfærd – herved påvirker beboeren relationen mellem botilbud og hospital, hvilket jeg uddyber nærmere i de følgende analyseafsnit.

### **Konklusion på indkredsning af og afhængighedsforhold i grænsefladen**

Af indkredsningen af grænsefladen fremgår det, at afhængigheden i grænsefladen ikke er symmetrisk. Botilbuddene er afhængige af hospitalerne for at løse deres kerneopgave – at støtte beboerne i at varetage eget helbred fx ved at modtage udredning og behandling på hospital, mens hospitalerne kan løse deres kerneopgave – udredning og behandling af deres patienter – stort set uafhængigt af botilbuddene. Botilbuddene er endvidere ofte afhængige af beboernes læger, når de har behov for et samarbejde med hospitalerne. Samarbejdsrelationen mellem botilbuddene og hospitalerne afhænger endvidere af den beboer samarbejdet omhandler. Hvis beboerne selvstændigt kan varetage kontakten med hospitalerne, indgås der ikke et samarbejde mellem botilbuddene og hospitalerne. Beboernes adfærd, fx i form af misbrug, kan endvidere være årsagen til at et samarbejde er nødvendigt. Parterne er dog alle i forskellig grad afhængige af, at de andre i grænsefladen kan udføre de opgaver de ikke selv kan, og de kan derfor frustreres over

relationen til den anden part, hvis denne ikke kan udfylde behovet fuldt ud. Dette kommer til udtryk som brændpunkter i grænsefladerelationen, som jeg vil identificere i det følgende afsnit.

### **Identifikation af brændpunkter i grænsefladen**

I det følgende vil jeg fremanalysere brændpunkter i grænsefladen ud fra Seemann og Antofts (2002) brændpunktsanalysemodel, jeg beskrev i analysestrategi afsnittet.

### **Parternes overordnede perspektiv på grænsefladen**

Af den samlede empiri tegner sig et billede af, at alle de adspurgte parter overordnet set oplever, at relationen mellem botilbuddene og hospitalsafdelingerne fungerer tilfredsstillende. Alligevel fremgår der en række brændpunkter i grænsefladen, som jeg vil indkredse i nedenstående analyse.

Af min bearbejdning af empirien fremgik det, at de to botilbud ikke adskilte sig væsentligt fra hinanden i forhold til, hvilke klagepunkter de oplevede over samarbejdet med hospitalerne. Derfor vil jeg i det følgende angive, hvad botilbuddene samlet set har givet udtryk for, og beskrive det eksplicit, hvis de to botilbud oplevede relationerne forskelligt på nogle punkter.

## 1. Brændpunkt: Udskrivningsparat?

Af empirimaterialet fremgår gentagne beklagelser relateret til, hvornår indlagte beboere vurderes som værende færdigbehandlede og dermed udskrivningsparate. Brændpunktet relaterer til sig derfor til *uenighed om vurderingskriterier*, nærmere betegnet uenighed om udskrivningsvurderings-kriterier jf. (Seemann & Antoft, 2002, s. 26).

### *For tidlig udskrivelse*

Personalet på både RS og BO udtrykker frustration over, at hospitalerne udskriver deres beboere for tidligt. I botilbuddenes opfattelse løser hospitalerne ikke sine opgaver tilstrækkeligt, fordi de ikke formår at fastholde beboerne i et behandlings- eller udredelsesforløb, til beboerne er færdigudredte eller -behandlede. Dette fremgår af følgende to citater:

*Der bliver måske ikke brugt så meget energi og ressourcer på at få dem til at blive og så bliver de ikke undersøgt for det de egentlig kom ind for (Brit).*

*Vi kan godt blive lidt i tvivl om, hvad der egentlig er sket under indlæggelsen fordi de måske kommer hjem med præcis den samme problematik og funktion som de kom ind med, det er ikke altid at der så tydelige forbedringer (Rya).*

Botilbuddene klager over, at de tidlige udskrivelser betyder ekstra plejeopgaver, de ikke altid føler sig i stand til at løfte. Beklagelserne omhandler endvidere botilbuddenes uopfyldte forventning om, at hospitalet gør en forskel for beboerne, enten i form af en klar diagnose og behandlingsplan eller forbedret helbredstilstand. Det fremgår særligt af sidste citat, hvor Rya udtrykker at beboerne kommer hjem med samme problem og funktionsniveau, som de havde inden indlæggelsen. Brændpunktet omhandler derfor også skuffede forventninger til hospitalets output – da hospitalerne ikke altid leverer den forventede forskel for beboerne.

### *Tvivl om botilbuddenes forventninger*

På LA giver de udtryk for frustrationer over manglende indsigt i botilbuddenes forventninger til deres output. På LA savner de fx oplysninger om, hvilket funktionsniveau patienterne forventes at have ved udskrivningstidspunktet. Den ledende sygeplejerske på LA, udtrykker det således:

*Jeg tror nogle gange vi har svært ved at vurdere hvor selvhjulpne de skal være inden vi udskriver dem. Hvad kan de forskellige botilbud? Hvor meget hjælp kan patienten få og hvad med deres medicin? (Le).*

Hvor botilbuddenes frustrationer omhandler skuffede forventninger til hospitalets output og deraf følgende ekstra plejeopgaver, omhandler frustrationerne fra LA skuffede forventninger om input fra botilbuddene i form af oplysninger om botilbuddenes kompetencer, kapacitet og forventninger til patientens funktionsniveau. LA oplever, at de manglende input gør det vanskeligt at imødekomme botilbuddenes forventninger og behov.

#### *Frustrationer over udskrivelsen af indlagte beboere til botilbud*

RS og BO giver endvidere udtryk for en oplevelse af, at hospitalerne udskriver deres beboere tidligere end borgere, der bor selvstændigt, fordi de bor i botilbud med plejepersonale til rådighed:

*Vi oplever da bestemt også, at de bliver udskrevet før de er færdigbehandlet - fordi de ved, at vi har assistenter og sygeplejersker her og derfor tror at vi kan overtage behandlingen (Brit).*

*[Svar på spørgsmålet om hvad hospitalet kunne gøre mere af for at bedre samarbejdet] De kunne beholde dem [de indlagte beboere] lidt længere. Det virker lidt til – at når de bor her, hvor der er døgn dækning, så kommer de før hjem end andre borgere ville, fordi vi har sygeplejersker og assistenter (Rut).*

Af beklagelserne fremgår det, at botilbuddene har uopfyldte forventninger til, at hospitalerne ligestiller beboerne med øvrige patienter og færdigbehandler dem uanset deres boform. Frustrationerne omhandler samtidig en *uenighed om hvem der skal gøre hvad* – da botilbuddene oplever at de overtager pleje- og behandlingsopgaver, som de mener, burde være hospitalernes opgave.

LA giver udtryk for, at de ikke tager hensyn til, om en patient bor på botilbud eller ej, når de vurderer, om en patient er udskrivningsklar. De oplever, at problemerne opstår, når patienternes plejeb behov er steget før eller under indlæggelsen. Når det handler om patienter, der bor selvstændigt, har LA mulighed for tage hånd om patientens øgede plejeb behov ved udskrivelsen, ved at få patienten visiteret til hjemmehjælp, rehabilitering eller plejehjemsbolig. Men når det handler om patienter, der bor på botilbud, er LA afhængig af at vide, om det pågældende botilbud kan møde patientens nye behov eller ej. LA frustreres derfor over manglende information om, hvordan det enkelte botilbud er indrettet, og hvad det kan levere af pleje. Da det er botilbuddene selv der afgør, om de er i stand til selv at løfte plejeopgaven, evt. ved tilkøb af eksterne plejeydelser, eller om de ikke kan løfte plejeopgaven, og den indlagte beboer derfor skal visiteres til et helt andet

botilbud. Der opstår dermed en usikkerhed hos LA omkring hvornår de kan udskrive patienter til pågældende botilbud.

LA anser det for botilbuddenes opgave at informere LA om deres kompetenceniveau, og de frustreres derfor, når de selv er nødt til at indhente de nødvendige informationer. LA giver dog udtryk for, at botilbuddene generelt er gode til at levere disse oplysninger. LAs frustration over manglende viden om botilbuddenes formåen, afspejles i frustrationer fra botilbuddenes side. Begge botilbud oplever, at hospitalerne ikke kender dem og deres behov og oplever, at hospitalerne derfor fejlvurderer botilbuddenes rolle og opgave og enten udskriver beboerne med for højt plejebehov eller får en beboer visiteret hjemmehjælp – selv om det er botilbuddenes ansvars- og kompetenceområde. På RS, der er et botilbud med døgnbemanding rettet mod beboere med behov for omfattende personalenærvær, giver de udtryk for, at hospitalerne ofte fejltolker dem som et plejehjem. De oplever derfor, at hospitalerne udskriver beboerne med behov for hjælpemidler, RS ikke har, eller med et højere plejebehov end de normalt kan yde. BO, der ikke er et døgntilbud og hvis beboere generelt er mere selvhjulpne end beboerne på RS, har også oplevet, at hospitalerne forventer, at de kan yde døgnpleje og derfor udskriver beboere, der har behov døgntilsyn. lederen på BO beretter om situationen således:

*Vi har oplevet at der er blevet visiteret hjemmeplejeydelser hertil. Det kan de slet ikke bestemme, hvad vi skal lave på vores botilbud. Det er os, der suverænt skal bedømme beoernes plejebehov, uanset om de så har lovet ti timers hjemmehjælp om ugen på hospitalet, så er det vores beslutning og en del af vores normering. Hvis der kommer en hjem med behov for to timers pleje om dagen, så er det stadig os, der skal levere det, ikke hjemmeplejen. Er der ydelser vi ikke kan løfte så skal vi købe os til det ude i byen (Bea).*

Af ovenstående citat fremgår endvidere, at man på BO har oplevet, at hospitalerne har fået en af deres beboere visiteret til hjemmehjælp – selvom det BOs opgave at yde eller tilkøbe hjælp til beboerne. Af Beas udtalelse fremgår desuden en frustration over, at hospitalet dermed har overskredet BOs autonomi omkring vurderinger af beboernes plejebehov.

### **Opsummering af brændpunkt 1**

Af ovenstående kan der indkredses et brændpunkt omkring udskrivningen af indlagte beboere. I brændpunktet opstår uenighed om, hvilket funktionsniveau og plejebehov beboerne skal have på udskrivningstidspunktet. Botilbuddene oplever at de presses til at

varetage plejeopgaver, som de mener hospitalerne burde varetage. Derudover rummer brændpunktet en *domænekonflikt*, jf. tidligere nævnte typiske områder for brændpunkter (Seemann & Antoft, 2002, p. 26), da der dels fremgår uenighed om, hvem der kan og skal vurdere beboerens plejebehov, og hvem der skal levere plejeydelserne, og dels fremgår uenighed om, hvem der er ansvarlig for, at hospitalerne har kendskab til botilbuddenes kompetencer og forventninger.

## 2. Brændpunkt: "Rigtige patienter"?

Hospitalernes håndtering af patienter med psykiatriske problemstillinger er et andet punkt, der giver anledning til frustrationer. Botilbuddene oplever, at hospitalernes behandlingsteknologier og metoder er så skarpt fokuseret på somatisk behandling, at de ikke forstår og ikke kan rumme beboernes psykiatriske problemstillinger:

*Det er jo også fordi hospitalerne ikke er gearet til psykisk syge patienter, de optræder jo meget anderledes end andre patienter og de har behov for at blive skærmet (Rit).*

*Sygehuset skal helbrede og medicinere og i de tilfælde, hvor en af vores [beboere], siger at de ikke vil [behandles eller deltage i undersøgelse] så slipper de borgeren og så er den potte ude (Birthe).*

I brændpunktet her kan der derfor siges at være *uenigheder om behandlingsteknologi og arbejdsmetoder* jf. (Seemann & Antoft, 2002, s. 26).

Botilbuddene oplever endvidere, at hospitalernes principper, i form af normer og regler, bevirker at hospitalerne ikke kan rumme patienter med psykiatriske problemstillinger.

Lederen på BO italesætter det med, at beboerne ikke opfører sig som "rigtige patienter":

*Jeg tror også at det er fordi at beboerne i socialpsykiatrien generelt ikke opfører sig som rigtige patienter og de formår ikke at følge de normer og regler der er [på hospitalet] og det kan være rigtig svært at gradbøje reglerne (Bea).*

Botilbuddenes beklagelser omhandler uopfyldte forventninger til, at hospitalerne gennemfører udredningen og behandlingen af beboerne. Botilbuddene oplever, at hospitalerne afslutter et udrednings- og behandlingsforløb for tidligt, fordi de ikke forstår og ikke kan rumme beboernes psykiatriske problemstillinger. Botilbuddene oplever derfor, at de skal gøre en ekstra indsats for at få hospitalerne til at fuldføre udredningen og behandlingen, enten i form af forhandlinger med pågældende hospitalsafdeling eller ved selv søge at påvirke beboerne til at udvise en adfærd, der passer bedre ind i hospitalsregi.

### *Manglende ressourcer til at rumme patienter med psykiatriske problematikker*

LA deler botilbuddenes frustration over deres manglende rumlighed over for patienter med psykiatriske problemstillinger. LA giver nemlig udtryk for en frustration over, at de ikke har de nødvendige ressourcer til at imødekomme og rumme patienter, der har en udadreagerende adfærd eller som har behov for afskærmning.

LAs frustrationer over de ekstra behov de skal imødekomme for denne patientgruppe kan opdeles i to underområder:

Det ene område omhandler frustrationer over afdelingens strukturelle forhold, hvor afdelingens økonomi, fysiske rammer og formål ikke efterlader megen plads til at imødekomme patienternes behov. Den ledende sygeplejerske på LA udtrykker det som følger:

*Hvis det er nogen der er meget udadreagerende eller hvis de stikker af herfra så må vi jo have fast vagt på, og det koster rigtig mange penge og det er en meget stor økonomisk belastning for afdelingen.[---]Vi er jo slet ikke nummeret til at foretage psykiatrisk støtte hele tiden. Så det betyder, at der går personale fra vores almindelige opgaver vi også skal løse. Vi skal jo også skærme de andre patienter her, især hvis vi har en, der er meget truende. Ressourcemæssigt kan vi altså godt mærke, at vi har en del patienter med psykiatriske problemstillinger her (Le)*

Det andet område omhandler frustrationerne over, at personalets træning, interesser og kompetencer ikke er rettet mod håndteringen af psykiatriske problemstillinger:

*Jeg har det fint med og synes det er spændende med de her patienter – der opfører sig lidt anderledes – men derfor er det ikke sikkert at alle mine kolleger har det ligedan – man har valgt at være her, fremfor på en psykiatrisk afdeling, fordi ens interesse og styrker ligger på det medicinske område og ikke det psykiatriske (Lea).*

*Det gælder både patienter der fx har et misbrug eller en sindslidelse – nogle gange kan de være helt utroligt svære at rumme her. De kan jo være angste og have behov for afskærmning eller være aggressive over for andre patienter og personalet og det er vi jo slet ikke gearet til her – på samme måde som de er på psykiatrisk afdeling. Vi er næsten også kun kvinder her, på en psykiatrisk afdeling, er jeg overbevist om, at de er flere mænd (Lis).*

I forhold til de hospitalsansattes håndtering af patienter med psykiatriske problematikker, ytrer botilbuddene beklagelser relateret til netop dette. Botilbuddene giver udtryk for frustrerede forventninger til, at hospitalerne og de privatpraktiserende læger møder og behandler beboerne ligeværdigt med andre patienter.



### *Normative vurderinger af indlagte beboere*

Botilbuddene oplever, at nogle somatisk professionelle træffer normative vurderinger om beboerne på baggrund af en mangelfuld psykiatrisk viden og forståelse:

*Der er også mange fordomme, vi har oplevet at mange læger fx siger: "det er også hans egen skyld at, han er ved at drikke sig ihjel" eller "at han ikke vil stoppe med at ryge" – der er ikke den store sympati for de her mennesker (Bell).*

*[Svar på spørgsmål om hvad hospitalerne kan gøre mere af] Måske en bedre forståelse for de psykiatriske patienter i somatikken og måske også en større empati. Der er nogen gange, der bliver kigget lidt skævt til vores borgere, fordi de opfører sig anderledes (Rie).*

Af ovenstående citat fremgår det, at uenighederne om principperne og arbejdsmetoderne også rummer en uenighed af normativ karakter. Da botilbuddene klager over, at de somatisk professionelle træffer normative vurderinger af beboerne som "ikke rigtige" eller "selvforskyldte" patienter, og beboernes behov for somatisk udredning og behandling derfor ikke bliver opfyldt tilstrækkeligt.

### *Opsummering af brændpunkt 2*

På baggrund af ovenstående kan der identificeres et brændpunkt omkring hospitalernes rummelighed for patienter, der ikke opfører sig som "rigtige patienter" – hermed menes patienter der, grundet psykiatriske problematikker måske udviser en anden adfærd end hospitalernes vanlige patientgruppe. Brændpunktet relaterer sig til *uenighed om behandlingsteknologi, arbejdsmetoder og principper jf.* (Seemann & Antoft, 2002, s. 26).

Botilbuddene oplever, at de for at sikre beboerne den nødvendige behandling må forhandle på deres vegne for at opnå en større rummelighed og forståelse. Omvendt oplever LA, at et højt antal af patienter med særlige behov presser fokus og ressourcer væk fra deres kerneopgave – den somatiske udredning og behandling.

På botilbuddene kobles de somatisk professionelles normative vurderinger sammen med en manglende viden om psykiatri på hospitalerne, og manglende viden er netop et tredje punkt, der tegner sig et mønster omkring.



### 3. Brændpunkt: Viden

Beklagelserne omkring manglende viden omhandler uenighed om, hvilken viden og tilgang, der er den vigtigste i behandlingen af beboerne. Brændpunktet her relaterer sig derfor til *uenighed om behandlingsteknologi, arbejdsmetoder og principper jf. (Seemann & Antoft, 2002, s. 26).*

#### *Hospitalsansatte der mangler viden om psykiatri*

Botilbuddene udtrykker frustration over at de privatpraktiserende læger og de hospitalsansatte ikke kan varetage beboernes psykiatriske problemstillinger, fordi de mangler viden på området. Dette kommer fx til udtryk under gruppeinterviewet på RS:

*Det er ikke alle personaler eller læger der kan håndtere den del [håndteringen af beboernes adfærd, der er relateret til sindslidelse], det er nok en fordel hvis det er nogen der har noget psykiatrisk erfaring (Rut).*

Botilbuddenes frustrationer over manglende psykiatrisk erfaring på hospitalerne er tæt knyttet til de første to brændpunkter, hvor manglende viden dels blev nævnt som årsag til for tidlig udskrivelse og at hospitalsansatte fremstod afvisende overfor beboerne. I brændpunktet her fremgår endnu et aspekt ved manglende viden: at de hospitalsansatte ikke ved, hvordan de kan skabe rammer der imødekommer beboernes behov for psykisk støtte. Botilbuddene oplever at manglende psykisk støtte til beboerne under indlæggelse, fører til at beboerne udskriver sig selv eller forlader hospitalsafdelingen, uden at informere nogen først, og kommer hjem til botilbuddet med uklar udrednings- og behandlingsplan.

#### *Botilbudsansatte der mangler medicinsk viden*

På LA gives ligeledes udtryk for frustrationer over manglende viden på botilbuddene. LA oplever at mange botilbud mangler sundhedsfaglig fokus og viden. LA oplever at den manglende viden fører til indlæggelser, der kunne have været forebygget, eller at beboerne først bliver indlagt når, de har fremskredne sundhedsbehov.

Afdelingssygeplejersken på LA udtrykker det fx således:

*Jeg syntes tit at patienterne har hængt lige i neglene og så bliver de indlagt her og så opdages det, hvor dårlige de egentlig er. De er måske gradvist faldet i funktionsniveau – de har måske ikke spist eller kunnet gå så meget som de plejer. Men hvis man nu er pædagog [uden sundhedsfaglig viden] og måske kun er der[i patientens bolig] fra kl. 8-4 på hverdage, så opdager man måske ikke de her små tegn (Lis).*

Af citatet fremgår det, at LA dels har uopfyldte forventninger til, at personalet på botilbuddene foretager opsøgende og forebyggende indsatser – så beboerne enten bliver indlagt tidligere i symptomudviklingen og behandlingen bliver mindre omfattende eller indlæggelser helt kan undgås. Frustrationerne fra LA omhandler dog også udskrivning, som det fremgår af nedenstående citat:

*De patienter vi har her, er altså rigtigt syge, og man kan da godt høre om dem, man taler med, har sundhedsfaglig viden eller ej. For når det handler om helbredet for beboerne, der kommer de til kort [de uden sundhedsfaglig viden]. Der kan vi godt finde på at invitere dem herind og instruerer dem i fx hjemme-ilt, hvis en patient skal have ilt derhjemme. Så kan de komme herind og så må vi instruere dem i hvordan man gør – for ellers kan vi ikke udskrive – hvis de ikke har nogen erfaring med medicin, så er de jo nødt til at få undervisning i det (Le).*

LA har en forventning om, at botilbuddene kan løfte plejeopgaver omkring beboerne og at udskrivelsen derfor forløber hurtigt og ukompliceret. At LA generelt oplever og forventer at udskrivelsen af patienter til botilbud, er mindre kompliceret og går hurtigere end fx udskrivelsen af patienter der bor i egen bolig eller er hjemløse, fremgår af følgende citater fra socialsygeplejersken og SOSU-assistenten:

*Oftest er der ikke brug for mig, når der er et botilbud, for så er det jo mindre kompliceret for der har de jo et tilbud med kontaktpersoner mm. (Liv).*

*Det går oftest uproblematisk, når vi udskrives patienter til deres botilbud – så der er ikke behov for udskrivningskonferencer (Lil).*

Manglende sundhedsfaglig viden hos botilbudspersonalet betyder at LA ikke kan udskrive beboere med komplicerede plejebestanden, og derfor skuffes LAs forventninger om ukompliceret udskrivelse, da botilbuddets manglende sundhedsfaglige viden komplicerer udskrivelsen og betyder ekstra opgaver for LA, fx i form af instruktion og undervisning.

### **Opsummering brændpunkt 3**

Brændpunktet om den manglende viden kan dels relatere sig *til uenighed om behandlingsteknologier m.fl.* men der fremgår samtidig en domænekonflikt – idet der er uenighed om hvilken rolle hvem skal spille i grænsefladen. Botilbuddene forventer at hospitalerne yder helhedsorienteret indsats der både rummer psykiatrisk og den somatisk pleje af beboeren og de skuffes når dette ikke opfyldes. Omvendt forventer LA at botilbuddene yder en præhospital forebyggende indsats, samt at de kan varetage behandlingen efter udskrivelsen og skuffes når dette ikke opfyldes. Begge parter peger på

den anden parts mangel på essentiel viden som grundlaget for at forventningerne ikke mødes, der kan derfor indkredses et brændpunkt omkring manglende viden.

#### 4. Brændpunkt: Informations- og dokumentationsflow

Af empirien fremgår det, at selvom både botilbuddene og LA giver udtryk for, at den gensidige informationsudveksling og opgavefordeling generelt fungerer godt, kan der alligevel identificeres en række gentagne beklagelser, der relaterer sig til *domænekonflikter – konflikter om hvem der skal gøre hvad jf.* (Seemann & Antoft, 2002, s. 26).

#### *Detektivarbejde*

Begge botilbud fortæller, at de i forbindelse med indlæggelse af beboerne mangler oplysninger fra hospitalerne om, hvor deres beboer er indlagt og på hvilken afdeling. De oplever, at de må udføre et unødvendigt "detektivarbejde" i søgen efter beboeren i et stort kaotisk hospitalsvæsen med lav intern kommunikation og koordinering. De savner, at hospitalerne er opsøgende i kontakten og videregivelsen af information:

*[-] Så er det detektivarbejdet starter – vi må gætte os frem, på hvilket hospital og på hvilken afdeling er beboeren? Det er som regel Bispebjerg Hospital eller Riget, så vi starter som regel med at ringe til dem (Rit).*

*Vi har faktisk haft en borger, vi ikke kunne finde, først troede vi at vedkommende var død, fordi alle hospitalerne sagde, at vedkommende ikke var dér - men så viste det sig endelig at neurologisk afdeling havde en patient indlagt, de ikke kendte identiteten på og som godt kunne passe til beskrivelsen af vores borger. De havde faktisk selv hentet vedkommende her på adressen i ambulance og alligevel var der ingen på hospitalet, der vidste noget om identiteten fordi vedkommende var i koma og informationen om afhentningssted og adresse åbenbart ikke var kommet igennem systemet på hospitalet (Bell).*

*Ofte er det et detektivarbejde man skal ud i [for at finde rundt i hospitalsvæsenet] bare for at finde ud af, hvor er vores beboere havnet henne, fordi det jo består af en masse små enheder og de taler slet ikke sammen (Gruppeinterview BO).*

Frustrationer over den manglende information fremstår i empirien som hovedsageligt ytret af botilbuddene, da LA giver udtryk for, at botilbuddene generelt er gode til at opsøge afdelingen og videregive vigtige information om patientens habituelle funktionsniveau og vaner, men at det er problematisk, når det ikke forekommer. Socialsygeplejersken på LA oplever fx at manglende information om, at patienten bor på botilbud og information om, hvad botilbuddet kan tilbyde betyder en unødige ekstra arbejdsopgave for hende:

*Nogle gange får jeg til opgave, at finde ud af hvor en patient bor og når jeg så har gravet i et stykke tid, finder jeg måske endelig ud af, at patienten bor på et botilbud. Det kunne være smart, hvis botilbuddene fra starten havde meldt ud – det er vores beboer der ofte bliver indlagt hos jer (Liv).*

Frustrationerne der udtrykkes på både LA og botilbuddene omhandler uenighed om, hvem der skal kontakte hvem i forbindelse med, at en beboer bliver indlagt. LA giver udtryk for, at de savner, at botilbuddene er opsøgende, når en beboer er indlagt. Omvendt er botilbuddene frustrerede over, at hospitalerne ikke altid er opsøgende med oplysninger om en beboer er indlagt og på hvilken afdeling.

#### ***Hvem er ansvarlig for informations- og dokumentationsflowet?***

Uenigheden om opgavedelingen udspiller sig ikke kun ved indlæggelser, men i høj grad også udskrivelser. Botilbuddene klager over at hospitalerne ikke altid sender medicinlister og epikriser<sup>5</sup> med ved udskrivelsen af deres beboere, hvilket betyder ekstra arbejde for botilbuddet samt risiko for forsinkelse og fejl i medicineringen af beboeren:

*Det der tit går galt er, at vi ikke får epikrise eller medicin til 3 dage med hjem [-] Vi har brug for epikriser, medicinlister og evt. den nye medicin borgerne skal have, for vi ligger jo ikke inde med alt muligt medicin, vi bare kan eller må give borgerne, på samme måde som hospitalerne gør. Vi skal først have fat i borgernes egne læger eller psykiater og have dem til at lave recepter og det er jo ikke sikkert at vi kan det, når borgeren bliver udskrevet en søndag eftermiddag (Rya).*

LA klager på den anden side over manglende oplysninger fra botilbuddet om, hvilke ydelser de kan yde, og om de fx er sundhedsfagligt personale og døgnbemanding:

*Svagheden er at vi ikke ved hvad de kan derude, om det udelukkende er socialpædagoger eller om der også er sygeplejersker og SOSU- assistenter de forskellige steder. Det kunne det måske være meget godt hvis der var en liste med hvor der står noget om bostedet, at der fx. er døgnbemanding og sygeplejersker eller ej (Le).*

På LA gives dog udtryk for, at problemet ofte kan løses med et telefonopkald, så længe de blot er informeret om, at patienten bor i et botilbud.

---

<sup>5</sup> Epikrise er et notat, hospitalet skal udarbejde ved udskrivelse af en patient. Epikrisen skal bl.a. indeholde oplysninger om diagnose, et resumé af journal samt evt. forslag til eller plan for efterbehandling (Dons, 2007).

#### *Opsummering af brændpunkt 4*

Af ovenstående analyse kan der indkredses et brændpunkt, angående hvem der skal gøre hvad i forhold til at sikre informations- og dokumentationsflowet i grænsefladen. LA mener, at det er botilbuddene, der bør informere dem om en indlagt patients situation, mens botilbuddene savner at hospitalsafdelingerne kontakter dem, når en beboer bliver indlagt og sender dokumentation, når beboere udskrives. Begge parter giver dog samtidig udtryk for, at de som regel selv prøver at finde og kontakte hhv. hospital og botilbud når de mangler information. Dette betyder en hyppig telefonaktivitet og indimellem også en ”detektivindsats” hos alle parter, der fører til frustrationer over manglende informations- og dokumentationstilførsel fra den anden part.

Frustrationerne parterne ytrer i brændpunktet her omhandler endvidere frustrationer, der kan relateres til parternes manglende indsigt i hinandens kompetencer og funktioner. Frustrationer over manglende kendskab til hinandens organisationer udgør et sidste gennemgående mønster i empirien.

#### **5. Brændpunkt: gensidigt manglende kendskab**

Af empirien fremtræder et mønster af gensidige beklagelser over dels egen manglende indsigt i modpartens organisation, og dels modpartens manglende indsigt i egen organisations virkemåde og behov. Frustrationerne kommer blandt andet til udtryk som *uenighed om samarbejdsform jf. (Seemann & Antoft, 2002, s. 26).*

#### *Uoverskuelige systemer.*

LA giver udtryk for, at de oplever botilbudsområdet som komplekst og klager over, at det er vanskeligt at vide, hvilke tilbud der kan hvad, og hvordan de skal kontaktes:

*Det kunne være skønt for os, at vide hvordan de [botilbuddene] ser ud og hvad der kræves [af patienten] for at komme der hen og bo og hvad de kan tilbyde patienten når de kommer hjem? (Liv).*

*Ja det er svært at vide, hvad de kan de forskellige tilbud – og hvad de [beboerne] må og ikke må der – nogen steder må man gerne fx. tage stoffer og andre steder ikke (Lis).*

Frustrationerne LA udtrykker her hænger sammen med frustrationerne i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse i de øvrige brændpunkter.

### *Manglende inddragelse*

For botilbuddene opleves hospitalsvæsnet også som et stort og usammenhængende system præget af manglende intern koordinering og kommunikation, der bevirker at botilbuddene oplever problemer med at blive inddraget i planlægningen af beboernes indlæggelsesforløb:

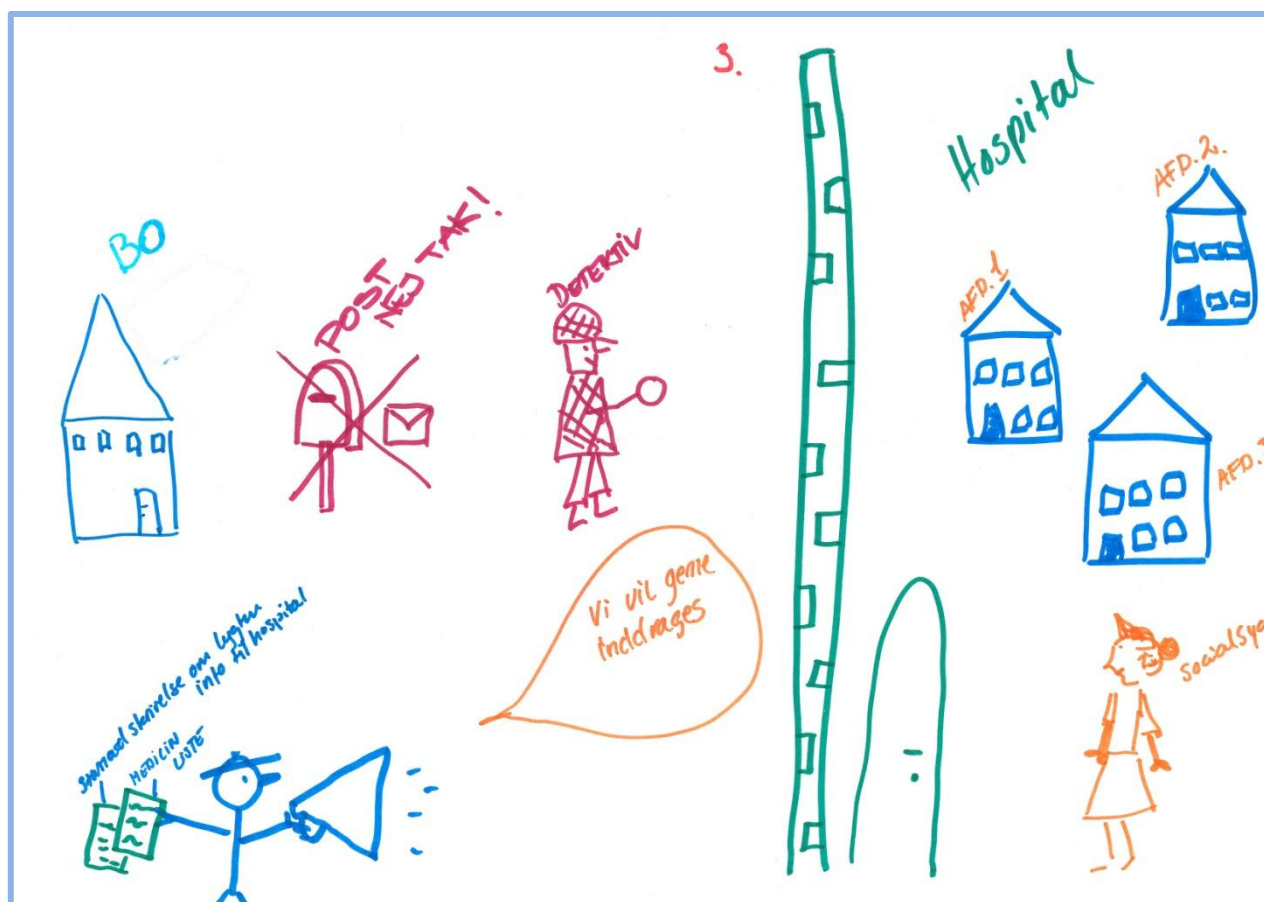
*Man bliver også lidt træt, når man lige som har fortalt det hele [oplysninger om den indlagte beboer] til en afdeling, så forventer man, at de sørger for at den information bliver videregivet eller får det skrevet ind i journalen, hvis de flytter borgeren til et andet sted – men det gør de ikke (Bit).*

*Der er ikke direkte eller nem adgang til hospitalet eller de ansatte. {---} Men vi har et ønske om, at de ikke blot inddrager os, men også at de bare en gang imellem inviterer os ind i det rum, hvor vores viden og kendskab om beboeren kan blive brugt (Bet).*

Af citaterne fremgår en frustration over samarbejdsformen, da begge botilbud giver udtryk for frustrerede forventninger om inddragelse i beslutninger om beboernes behandlings- og udskrivningsplan. Hvilket dels fremgår af interviewudskrifterne, men i høj grad også udtrykkes på tegningerne der blev produceret i forbindelse med interviewene.

En gruppe medarbejdere på BO tegnede fx en BO-ansat, der forsøger at råbe hospitalerne op med beskeden om, at de gerne vil inddrages, Tegning 1.

Tegning 1 Samarbejdet tegnet af ansatte på BO



På Tegning 1 ses et andet tiltag BO har gjort mhp. inddragelse. BO har udarbejdet en pjece der beskriver botilbuddet, som de sammen med medicinlisten giver beboerne med ved indlæggelse. På tegningen ses, at den BO-ansatte holder pjecen og medicinlisten samt en megafon der illustrerer kontaktforsøget.

På BO giver de udtryk for, at det kan virke nytteløst med alle deres forsøg på at blive inddraget på hospitalerne. Da de fx oplever, at deres forsøg på at få deres pjece frem til det rette personale på hospitalerne ofte mislykkes. Pjecen forsvinder som regel internt i hospitalets system, hvor BO ingen indflydelse har på processen. BO udviser frustration over, at deres arbejde for at viderebringe vigtig information til de rette samarbejdspartnere på hospitalet går til spille, fordi informationerne ikke bliver videregivet internt i hospitalet.



### *Oplevelse af at hospitalerne ikke forstår botilbuddenes behov*

Botilbuddene klager endvidere over hospitalernes manglende forståelse for, at de har behov for at få skriftlig tilbagemelding på medicinændringer og indlæggelsesforløb:

*Der er nogle medicinændringer vi ikke bliver informeret om eller hvor vi ikke bliver inddraget - vi bliver ikke orienteret om, at folk bliver sat op og ned i medicin og det er ikke sikkert at beboerne lige får sagt til os, hvad der er ændret. Vi skal jo have deres korrekte opdaterede medicinlister på skrift, men det ved de ikke fordi vi ikke inddraget (Bell).*

*Hvis de kun giver mundtlige beskeder til borgeren selv, er det er sjældent vi får den skriftlige dokumentationen – altså at vi får epikriserne og medicinlisterne som vi skal bruge i vores indsats med borgerne (Rit).*

Af ovenstående citat fremgår endvidere at botilbuddene er frustrerede over at hospitalerne ikke altid involverer personalet på botilbuddene, når de kommunikerer med beboerne. Botilbuddene er i deres opgaveløsning afhængige af informationer fra hospitalet; fx omkring beboernes indlæggelsesforløb eller planlagte behandlinger.

### *"Post nej tak"*

På Tegning 1 har personalet på BO tegnet en rød postkasse med kryds over; den skal illustrere at der på BO er frustrationer over, at hospitalerne sender vigtige informationer; om fx lægeaftaler, blodprøvetagninger mv. direkte til beboerne via post. Ikke alle beboere husker at åbne og læse deres post, og de der gør, kan glemme at informere botilbudspersonalet om evt. planlagte konsultationer på hospitalet. Dette betyder vanskeligheder for botilbuddene i forhold til at støtte beboerne i at møde op til planlagte undersøgelser og behandlinger. Personalet på begge botilbud giver udtryk for, at problemet opstår, fordi botilbuddenes funktion ligger i en gråzone, mellem på den ene side at fungere som selvstændige myndige borgers hjem og på den anden side er underlagt institutionslignede krav, om fx at kontrollere disse borgers medicin og overvåge deres helbredstilstand. Rut fra RS udtrykker det således:

*Det der går galt er, at vi på en og samme gang er institution og borgernes eget hjem – som de bare kan udskrives til lige som ved eget hjem – men samtidig er der jo mange ting, vi skal have styr på og vi har derfor behov for epikrise, medicinlister mv. (Rut).*

Hospitalerne skal på deres side behandle de indlagte beboere på samme måde som alle andre myndige patienter, og derfor kommunikerer de direkte med beboerne selv og ikke



gennem personalet på botilbuddet, hvilket skaber vanskeligheder for botilbuddene i forhold til at opfylde institutionelle krav.

#### *Vanskeligt at etablere et tættere samarbejde*

Begge botilbud giver udtryk for frustration over en mangel på direkte samarbejde med hospitalerne, fx i form af invitation til læge-, indlæggelses- og udskrivningssamtaler, da de ser det som en løsning, der vil kunne afhjælpe problemerne med det manglende kendskab parterne imellem. Botilbuddene giver dog samtidig udtryk for, at det kan være urealistisk at etablere et tættere samarbejde af ressourcemæssige årsager og fordi samarbejdsforløbene ofte er for kortvarige og sporadiske. LA giver ligeledes udtryk for et ønske om et tættere samarbejde med botilbuddene, men også her oplever de vanskeligheder med at få etableret kontakten og finde ressourcer til dette.

#### *Opsummering af brændpunkt 5*

På baggrund af ovenstående kan der indkredses et brændpunkt omhandlende parternes manglende kendskab til hinanden. Alle parterne oplever at bruge mange ressourcer på finde frem til hinanden i samarbejdsrelevante situationer. Der fremgår endvidere svingninger om samarbejdsformen, botilbuddene frustreres over, at hospitalernes manglende kendskab til deres behov betyder, at hospitalerne ikke tilpasser deres arbejdsform og derfor udelukkende kommunikerer med beboerne. Botilbuddene søger derfor inddragelse i hospitalernes indsats med de indlagte beboere og frustreres over manglende inddragelse og indbydelse til fx læge-, og udskrivningssamtaler. Alle parterne giver udtryk for et ønske om bedre kendskab til hinanden og tættere samarbejde evt. ved kommunikation ansigt-til-ansigt, men der er uenighed om, hvem der skal tage initiativet hertil, og alle giver udtryk for, at et tættere samarbejde kan være for ressourcekrævende.

## Opsummering på identificerede brændpunkter

I ovenstående brændpunktsanalyse har jeg identificeret følgende brændpunkter:

Brændpunkt	Relateret til områder ud fra Seemann & Antoft (2002, p. 26).
1. Udskrivningsparat?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Uenighed om vurderingskriterier</li><li>- Uenighed om hvem der skal gøre hvad</li></ul>
2. "Rigtige patienter"?	<ul style="list-style-type: none"><li>- Uenighed om behandlingsteknologi, arbejdsmetoder og principper</li></ul>
3. Viden	<ul style="list-style-type: none"><li>- Uenighed om behandlingsteknologi, arbejdsmetoder og principper</li></ul>
4. Informations- og dokumentationsflow	<ul style="list-style-type: none"><li>- Domæne konflikter – konflikter om hvem der skal gøre hvad.</li><li>- Forskelle i parternes ønsker til samarbejdsform</li></ul>
5. Gensidigt manglende kendskab	<ul style="list-style-type: none"><li>- Forskelle i parternes ønsker til samarbejdsform</li></ul>

Brændpunkterne kan ifølge Seemann & Antoft (2002, s. 26) ses som symptomer på bagvedliggende problemer i grænsefladen, i de følgende afsnit vil jeg fremanalysere disse.

### Fortolkning af de bagvedliggende årsager

I de følgende afsnit vil jeg analysere bagvedliggende årsager, til de identificerede brændpunkter i en fortolkende vekselvirkning mellem empirien, mine fordomme, den udvalgte teoriramme og resultaterne af eksisterende studier. Jeg vil først anvende Gustafssons og Seemanns (1988) teori om tomrum i opgaveløsninger i grænseflader, til at forstå hvordan opgaveløsningen i grænsefladen hænger sammen med de identificerede brændpunkter. Herefter vil jeg anvende Seemanns (1996, s. 240-41; 2008, s. 198) beskyttelsesstrategier til, at forstå hvordan parternes handlinger hænger sammen med frustrationerne parterne ytrer i brændpunkterne. Afslutningsvis vil jeg anvende de

interorganisatoriske dele af Browns (1983) teori om grænsefladeorganisering og konflikter til at forstå sammenhængen mellem organiseringen af og konflikter i grænsefladen og de identificerede brændpunkter. Jeg vil endvidere, hvor det er relevant, inddrage resultaterne af mit forprojekt, samt artiklen *Informal Accountability in Multisector Service Delivery Collaborations* (Romzek, et al., 2013), til at uddybe min analyse. I det følgende vil jeg løbende redegøre for den teoretiske ramme, i takt med jeg sætter den i spil med empirien.

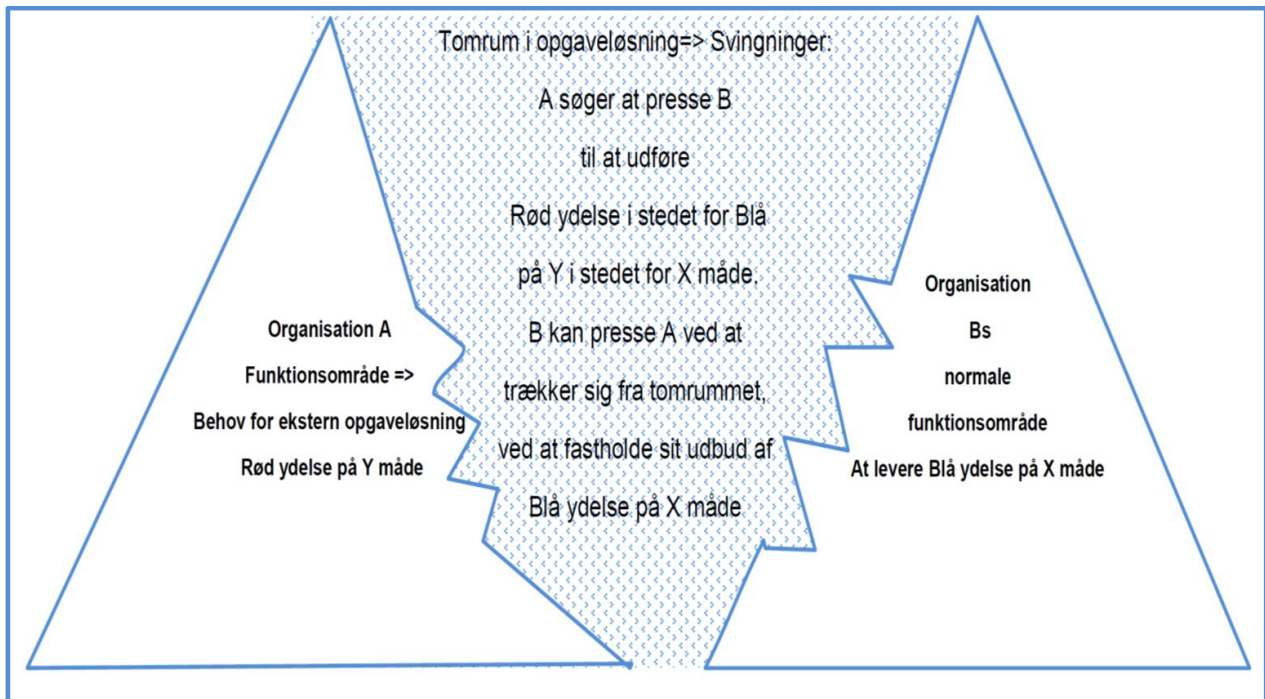
## **Brændpunkterne forstået ud fra teori om tomrum i opgaveløsningen**

Af den analytiske afgrænsning af grænsefladen fremgår det, at der er et asymmetrisk afhængighedsforhold mellem botilbuddene og hospitalerne. Den asymmetriske afhængighed kommer til udtryk i alle brændpunkterne, i form af botilbuddene frustrationer over manglende inddragelse, for tidligt udskrevne patienter, for lidt rummelighed og manglende dokumentation, som botilbuddene har svært ved at ændre på. Den asymmetriske afhængighed medfører endvidere en risiko for, at botilbuddene oplever vanskeligheder med at få hospitalerne til at opfylde deres behov og dermed at der opstår et tomrum i opgaveløsningen (Gustafsson & Seemann, 1988). I det følgende vil jeg derfor analysere baggrunden for brændpunkterne ud fra denne forståelse af tomrum i opgaveløsningen.

## **Præsentation af teori om tomrum i opgaveløsningen**

Ifølge Gustafsson & Seemann (1988) kan opstå et tomrum i mellem de enkelte grænsefladeparters behov for ekstern opgaveløsning og de løsninger de øvrige parter tilbyder inden for deres normale funktionsområde. Der opstår derfor svingninger i grænsefladen, hvor parterne gensidigt søger at presse hinanden til enten at løse opgaven selv eller til at opfylde behovet, ved at presse eller overtale dem til, at løse andre opgaver eller løse dem på en anderledes måde end vanligt. Tomrummet i opgaveløsningen har jeg illustreret på Figur 8.

Figur 8 Tomrum i organisationers opgaveløsning



Figurforklaring: Tomrummet er symboliseret ved skraverede felt mellem organisationerne (trekanterne) A og B

Kilde: Figuren er udarbejdet på baggrund af figur 1 i Gustafsson & Seemann (1988, s. 158).

Seemann (1999; 2008) påpeger, at offentlige institutioner ofte er underlagt begrænsninger i valget af ydelser og samarbejdspartnere og kan derfor have svært ved at tilpasse sig hinandens behov. Dog påpeger Seemann, at der på det udførende frontlinjeniveau ofte er et spillerum af en vis størrelse, da det ofte er op til de fagprofessionelle at definere de endelige behov og indsatser. Derfor har de udførende frontlinjeaktørers forståelse, tolkning og adfærd stor betydning for hvordan forhandlingerne om tomrummet udspiller sig i grænsefladen.

### Analyse af tomrum i opgaveløsningen

Både botilbuddene og hospitalerne er underlagt politisk styring, der definerer hvilke ydelser de skal levere, til hvem og under hvilke forhold de skal leveres. Det betyder, at de alle har begrænsninger i deres muligheder for at tilpasse sig og imødekomme hinandens behov. Botilbuddene er afhængige af hospitalernes specialistfunktion i forhold til udredning og behandling af deres beboere. Hospitalerne er selvfølgelig lovgivningsmæssigt forpligtet til at behandle alle borgere i deres optageområde og dermed også beboerne på botilbuddene, men de somatiske hospitalsafdelingers normale funktionsområde er samtidig specialiseret til og fokuseret på patienter med snævre somatiske problemstillinger

– hvori der ofte ikke er medtænkt patienter med psykiske problematikker (Lægeforeningen, 2011).

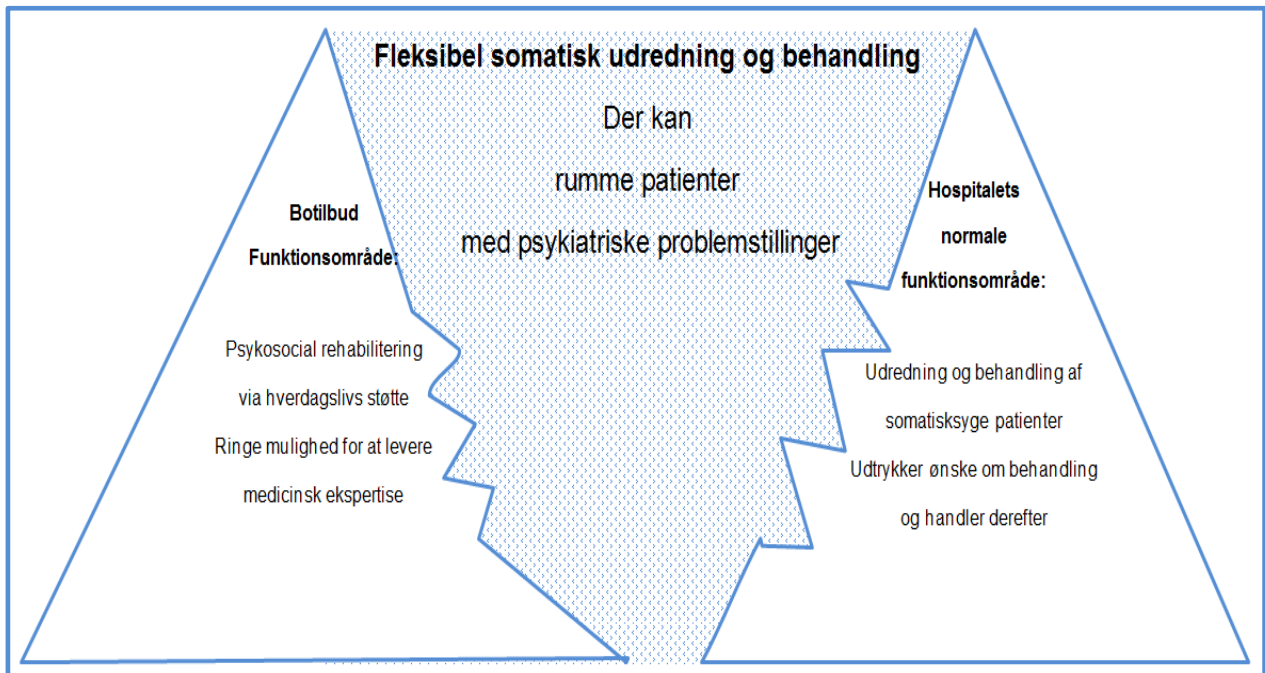
### **Beboerne falder uden for hospitalernes normale funktionsområde**

Af identifikationen af brændpunkterne fremgår det at botilbuddene oplever at hospitalerne ikke kan rumme deres beboere. Dette kan skyldes at hospitalernes specialisering på somatiske problematikker betyder at patienter der, udover somatiske sygdomme, også har psykiatriske problematikker og evt. en anderledes adfærd falder uden for afdelingernes normale funktionsområde. Dette fremgår af empirien, da både botilbuddene og LA angiver, at de somatiske afdelinger har vanskeligt ved at rumme udadreagerende patienter samt ved at motivere beboerne til at forblive i et udrednings- og behandlings forløb. At beboernes behov falder uden for de somatiske afdelingers normale funktionsområde betyder, at såvel beboerne som hospitalerne kan afslutte beboernes behandlingsforløb, inden der er opnået tilfredsstillende resultater. De somatiske afdelingers normale procedure er nemlig at udskrive eller afslutte ambulante forløb for patienter, der ikke følger hospitalets regler og procedurer – hvis de fx ikke kan overholde rygeforbud eller udebliver fra aftaler gentagne gange.

### **Tomrum i botilbuddenes opgaveløsning**

Af identifikationen af brændpunkterne fremgår det, at botilbuddene oplever at hospitalernes funktionsmåde bevirker, at de enten udskriver beboerne for tidligt eller beboerne udskrives sig selv. Når hospitalerne udskrives beboerne for tidligt, eller når beboerne selv fravælger indlæggelse, udredning eller behandling, fordi hospitalerne ikke kan imødesee deres behov, opstår der et tomrum mellem de opgaver, hospitalerne løser og de opgaver, botilbuddene selv kan løse. Botilbuddene har vanskeligt ved enten selv at opfylde behovet – da de ikke selv rummer medicinske specialister – eller ved at få opfyldt behovet af andre samarbejdspartere – fx private hospitaler – af økonomiske årsager. Der opstår derfor et tomrum i botilbuddenes opgaveløsning omkring beboernes somatiske helbred, dette er illustreret på Figur 9 (Gustafsson & Seemann, 1988).

Figur 9 Tomrum i behandlingsopgaven mellem botilbud og hospital



Figurforklaring: Tomrum i behandlingen er symboliseret ved skraverede felt

Kilde: Figuren er udarbejdet på baggrund af figur 1 i Gustafsson & Seemann (1988, s. 158).

Figur 9 illustrerer at tomrummet i opgaveløsningen medfører svingninger i grænsefladen, hvor botilbuddene på den ene side søger at udfylde tomrummet ved at presse hospitalerne til at overskride deres normale funktionsområde i form af en større rummelighed, slækning af procedurer og regler samt at yde en særindsats for at imødekomme deres beboeres behov. På den anden side kan hospitalerne trække sig fra tomrummet ved at følge deres vanlige regler og procedurer og dermed afslutte eller udskrive beboere, der ikke kan rummes inden for hospitalets normale funktionsområde. Hvorved de presser botilbuddene til at forhandle for at få løst deres opgave. I identifikation af brændpunkterne fremgår både situationer, hvor det er lykkedes botilbuddene at få hospitalerne til at strække sig, endda meget langt, for at tilpasse behandlingen til deres beboere. Brændpunktsanalysen viser dog samtidig at begge botilbud gives udtryk for at dette forekommer alt for sjældent.

#### Hospitalernes fordel i forhandlinger om opgaveløsning

Den asymmetriske afhængighed i grænsefladen betyder, at hospitalerne har en fordel i forhandlingerne i tomrummet, og botilbuddene oplever derfor at de ofte falder ud til hospitalernes fordel, hvilket blandt andet kommer til udtryk i brændpunkterne *Udskrivningsparat? "Rigtige patienter"* og *Viden*. Forhandlingerne i disse brændpunkter handler netop om hospitalernes vurderinger af, hvornår beboerne er færdigbehandlede,

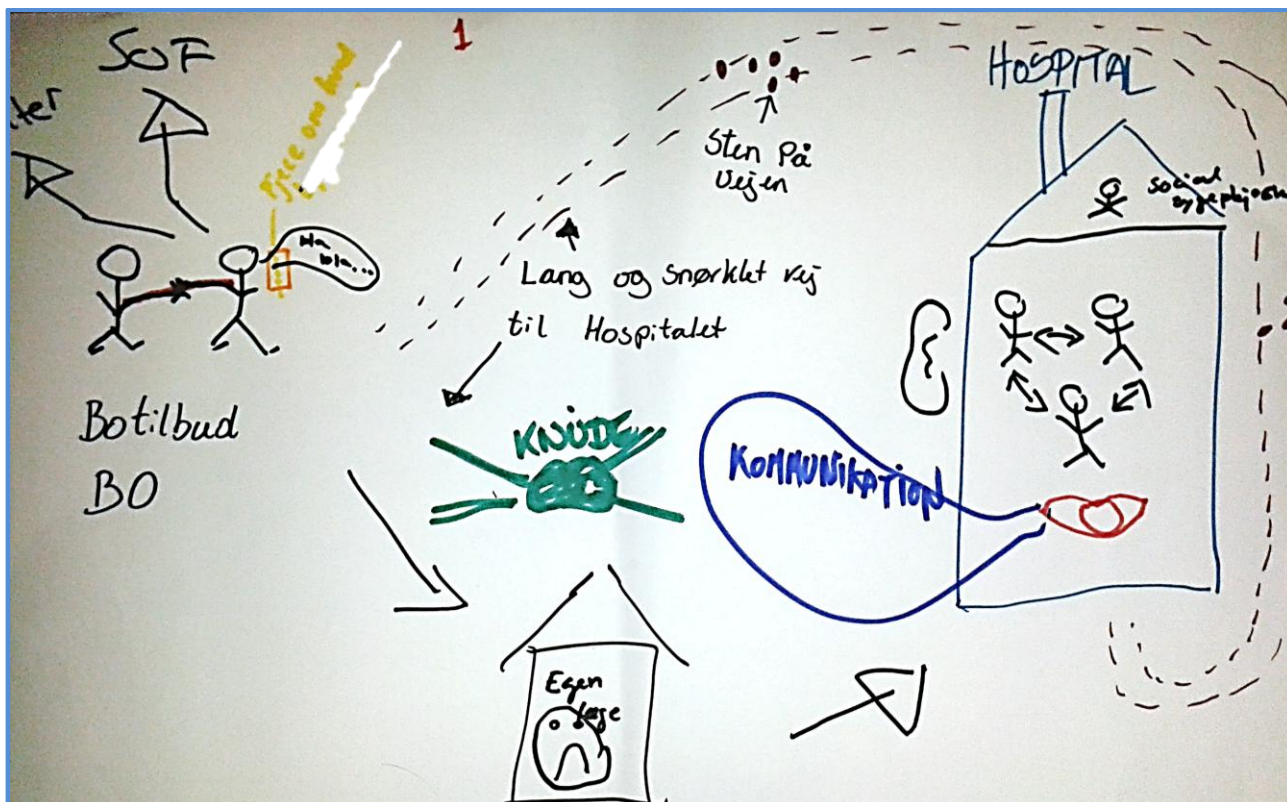
hvilket påvirkes af hospitalernes rummelighed overfor beboerne, der ifølge botilbuddene hænger sammen med hospitalernes psykiatriske viden og forståelse.

### **Botilbuddenes afhængighed af privatpraktiserende læger**

Af brændpunktsidentifikationen fremgår det, at der for botilbuddene ligger endnu en udfordring i forhold til at få løst opgaven omkring beboernes helbred: afhængigheden af samarbejdet med de privatpraktiserende læger. I botilbuddenes relation til lægerne tegner sig samme billede af frustrationer, som ved relationen til hospitalerne. Botilbuddene fremstår som værende mere afhængige af lægerne end omvendt, og lægernes normale funktionsområde og virkemåde er heller ikke målrettet beboernes psykiatriske behov. Botilbuddene giver udtryk for frustrationer over vanskeligheder med at få indlagt en beboer, da de privatpraktiserende læger fungerer som gatekeepere i adgangen til hospitalet, så de skal først "overbevises" om en given beboers indlæggelsesbehov, før beboeren kan indlægges. Botilbuddene giver udtryk for, at denne "overbevisningsproces" betyder, at beboernes vej til hospitalsbehandling bliver lang og indviklet. Dette fremgår eksempelvis af Tegning 2, der er tegnet af en gruppe under interviewet på BO. På tegningen er angivet en beboers vej til hospitalet, der går over den praktiserende læge, på vejen er tegnet sten, der skal symbolisere, at der er hindringer på vejen.



Tegning 2 Vejen til hospitalet over egen læge



Figurforklaring: personalet på BO beskriver at den brune stiplede linje – fra personale og beboer på BO i venstre side til hospitalet i højre side – viser at vejen til hospitalet er lang og snørklet og fyldt med forhindringer. Hvor en stor forhindring på vejen er beboernes egen læge.

### Frustrationer over lægernes konsultationsprocedure

Botilbuddenes frustrationer omhandler endvidere, at adgangen til lægen og akutservicen 1813 er indrettet med specifikke og korte telefontider eller komplicerede automatiske telefonsystemer, der udtrætter og forvirrer beboerne. Beboerne kan derfor opgive, inden de er kommet igennem til lægen. Dette resultat understøttes af resultaterne i mit forprojekt, hvor en barriere ved adgangen til lægen og dermed også til hospitalet var, at lægernes konsultationsprocedure kræver forudgående tidsbestilling. I forprojektet påpeges denne barriere af borgere med sindslidelse af lægerne selv samt af personalet på det socialpsykiatriske botilbud, der deltog i projektet (Sørensen, et al., 2013). Ydermere angives i både empirien til specialet og resultaterne af forprojektet, at lægernes strukturelle rammer med max. ti minutter pr. konsultation medfører vanskeligheder ved at imødekomme beboernes behov og er en barriere for en tilstrækkelig udredning af beboernes helbredstilstand, hvorved evt. indlæggelsesbehov overses (Ibid.).

### Frustrationer over lægers fordomme

Endelig fremgår det af empirien til specialet, at personalet på botilbuddene samt af empirien til forprojektet, at også borgerne med sindslidelse og deres pårørende oplever, at lægerne kan have vanskeligt ved at håndtere psykiatriske problemstillinger. De giver udtryk for en oplevelse af, at beboernes behov for udredning og behandling ikke altid bliver mødt, fordi lægerne har fordomme om og træffer normative vurderinger af beboerne (Sørensen, et al., 2013). Dette kommer til udtryk i brændpunkterne *Gensidigt manglende kendskab til hinanden*, *"Rigtige patienter"* og *Viden*. Botilbuddenes investering i en beboeres indlæggelse bliver derfor af en betydelig størrelse – da den ofte starter ved forhandlinger med beboernes læge – og de frustreres derfor yderligere af manglende output fra hospitalet.

### Tomrum i informations- og dokumentationsudvekslingen

Af brændpunktsidentifikationen fremgår det endvidere, at botilbuddene oplever et tomrum i forhold til at opfylde dokumentationskravet, de er underlagt. På RS påpeges det, at der opstår problemer som følge af, at botilbuddene er meget forskellige, og at botilbuddene udgør en hybrid mellem en institution – der er underlagt dokumentationskrav – og et hjem for hovedsageligt myndige borgere:

*Det der går galt er, vi både er borgernes eget hjem – som de bare kan udskrives til, lige som ved eget hjem – samtidig er der mange ting vi skal have styr på, fx epikriser, medicinlister, deres lægeaftaler mv (Rut).*

Hospitalerne kommunikerer derfor med beboerne efter samme procedure som andre borgere – primært skriftlig henvendelse med post direkte til beboerne. Denne form for kommunikation skaber problemer for botilbuddene, som bl.a. har til opgave at støtte beboerne i at møde op til undersøgelser og behandlinger på hospitalerne. Ikke alle beboere husker at tjekke deres post eller oplyser personalet om, at de fx er indkaldt til en undersøgelse på hospitalet, hvorfor botilbuddene får vanskeligheder ved at støtte beboerne i udrednings- og behandlingsforløb. Botilbuddene skal endvidere holde ajourførte medicinlister på alle deres beboere, hvilket skaber udfordringer i relationen til hospitalerne. Hospitalernes vanlige procedure er at undlade at sende epikriser og medicinlister til andre end patienternes egen læge og evt. patienten selv<sup>6</sup>. Botilbuddene er

---

<sup>6</sup> Der intet lovkrav om at hospitalerne skal sende det til patientens botilbud (Dons, 2007).

derfor afhængige af, at hospitalerne vælger at afvige fra deres vanlige procedurer og tilsender dem den opdaterede medicinliste og epikrise.

Dermed opstår svingninger, som kommer til udtryk ved frustrationer over samarbejdsform og dokumentations- og informationsflow i brændpunkterne. Botilbuddenes rolle og plads i grænsefladen er samtidig meget uklar, da den varierer afhængigt af beboernes myndigheds- og funktionsniveau og det enkelte botilbuds støtteniveau. Der opstår derfor også frustrationer over det gensidigt manglende kendskab til hinanden.

### **Konklusion på tomrum i opgaveløsningen**

Ovenstående analyse, viser at hospitalernes normale funktionsområde ikke fuldt ud imødekommer botilbuddenes behov i opgaveløsningen. Der opstår derfor et tomrum i opgaveløsning, og de presses til at forhandle med hospitalerne. Da botilbuddene er mere afhængige af hospitalerne end omvendt oplever botilbuddene, at forhandlingerne for ofte falder ud til hospitalernes fordel, hvilket botilbuddene frustreres. Disse frustrationer kommer til udtryk i alle de identificerede brændpunkter i grænsefladen. Botilbuddene frustreres yderligere over hospitalernes output, da de ofte har anvendt mange ressourcer i forhandlinger med de indlæggende læger, forud for kontakten med hospitalet.

Parterne benytter forskellige strategier til at beskytte sig i disse forhandlinger, og i næste analyseafsnit, vil jeg uddybe hvordan disse strategier hænger sammen med de identificerede brændpunkter.

## **Brændpunkterne forstået ud fra beskyttelsesstrategier og dysfunktioner**

Der vil (som bekendt) ifølge Seemann & Antoft (2002) ved indkredsningen af brændpunkterne i grænsefladen være muligt at identificere en række beskyttelsesstrategier, som parterne i grænsefladen anvender. I det følgende vil jeg først præsentere og herefter spejle mine empiriske fund i disse beskyttelsesstrategier og mulige dysfunktioner.

### **Præsentation af beskyttelsesstrategier og mulige dysfunktioner**

Som jeg vil redegøre for i det følgende, fremgår det af empirien at parterne benytter sig af følgende tre af Seemanns (1996, s. 240-41; 2008, s. 197-98) beskyttelsesstrategier: "Alle er nødt til at være med i alting", "Forsøg på netværksdominans" (herefter Dominans) og "Gensidig beskyttelse". Jeg vil derfor først præsentere disse og herefter redegøre for, hvordan parternes anvendelse af disse hænger sammen med brændpunkterne. Af min empiri fremgår det endvidere, at der opstår problemer som følge af, at parterne ikke har mulighed for at benytte en fjerde beskyttelsesstrategi; "Udstrakt brug af uformelle kontakter" Jeg præsenterer derfor også denne her, men jeg behandler først problemet i et senere analyseafsnit, der omhandler parternes manglende uformelle kontakter i grænsefladen.

#### **Beskyttelsesstrategi: Alle er nødt til at være med i alting**

Parterne i en grænseflade kan ikke regne med at de øvrige parter kan vurdere, hvilke situationer og sager de bør inddrages i. For at beskytte sig mod, at de andre parter i grænsefladen træffer beslutninger, der går imod egne behov og interesser, kan parterne benytte beskyttelsesstrategien: at komme med i alle beslutningsprocesser. Dette har en fordel i at det får parterne til at mødes, og der skabes grundlag for et bedre kendskab til hinanden. Det er dog samtidigt meget tids- og ressourcekrævende at mødes konstant, og dysfunktionen ved denne beskyttelsesstrategi er derfor høje koordineringsomkostninger – der kan stjæle ressourcer fra parternes kerneopgaver (for specialet her fx fra borger/patient kontakt og behandling). Ved udstrakt brug af denne strategi opstår der risiko for, at parternes opgaver træder i baggrunden, for samarbejdsregulerende aktiviteter (Seemann, 1996, s. 240-41; 2008, s. 198).

#### **Beskyttelsesstrategi: Forsøg på dominans**

Stærkere parter i en grænseflade kan søge at indrette grænsefladen sådan at grænsefladens fælles opgaver løses på den stærke parts præmisser og metoder. Dette

kan virke fremmende for opgaveløsningen i grænsefladen, da det hermed bliver tydeligt for de øvrige parter, hvad den dominerende part står for, hvilket bevirker mindre opgave- og rolleforvirring. Men det indeholder samtidig risikoen for mange konflikter i grænsefladen, da de dominerede parter ikke har mulighed for at finde sig til rette på en fornuftig plads i grænsefladen. Disse konflikter kan medføre, at medarbejderne i de dominerede organisationer slides og køres trætte af den manglende medbestemmelse i opgaveløsningen. Samtidig er der risiko for, at de, der er afhængige af ydelserne der produceres i grænsefladen (beboerne/patienterne), bliver kasterbolde i mellem parternes systemer (Seemann, 1996, s. 240; 2008, s. 197).

#### **Beskyttelsesstrategi: Gensidig beskyttelse**

Professionelle normer og gensidig respekt for hinandens fagområder og kompetencer, kan få parterne til at yde en gensidig beskyttelse. Dette fordrer til indgåelse af samarbejde på trods af evt. uoverensstemmelser og derved virker gensidigbeskyttelse fremmende for grænsefladeaktiviteterne. Hvis den gensidige beskyttelse, udvikler sig til at blive et mål i sig selv, kan strategien dog have den dysfunktion, at opgaverelevant indhold i relationerne forskydes over på uproduktivt og samarbejdsregulerende aktiviteter (Seemann, 1996, s. 241; 2008, s. 198).

#### **Beskyttelsesstrategi: Udstrakt brug af uformelle kontakter**

Koordineringsopgaver og konfliktløsning via de formelle systemer i grænseflader er ofte vanskelige og tidskrævende, blandt andet fordi der følges kommandoveje, som kan være præget af minimal eller ingen indbyrdes kontakt og meget forskellige traditioner. For at lette samarbejdet og koordineringen på tværs af grænsefladeparterne understøttes tværgående opgaveløsninger ofte af såkaldt uformel koordinering. Den uformelle koordinering kan spænde fra meget fasttømrede konstellationer af vanlige samarbejdspartnere, evt. med fælles interesser og mål, til løse bekendtskaber og kontakter. Uformelle kontakter er derfor vigtige for opgaveløsningen i grænseflader, men meget omfattende brug af uformel koordinering kan tendere eller udvikle sig til skjult koordinering og aktivitet mellem udvalgte parter i grænsefladen. Herved bliver vigtige udvekslinger i grænsefladen ugennemsigtige, og magtbalancen forrykkes i sådan en grad, at andre grænsefladeparter får vanskeligt ved at indgå konstruktivt i samarbejdet. Problemet er særligt udbredt i grænseflader, der er præget af besværlige

modsætningsforhold og hvor nogle parter kan have svært ved at beskytte egne vitale interesser og behov på anden vis (Seemann, 1996, s. 240-41; 2008, s. 198).

### **Beskyttelsesstrategier i den udvalgte grænseflade**

I indkredsningen af grænsefladen fremstår botilbuddene som mere afhængige af hospitalerne end omvendt, og denne asymmetriske afhængighed genfindes i mønstret af beskyttelsesstrategier parterne hovedsageligt anvender. LA anvender hovedsageligt *forsøg på dominans* mens botilbuddene søger *at være med i alting*, hvilket jeg vil uddybe i det følgende.

#### **LA benytter forsøg på dominans i grænsefladen**

LA er placeret i en dominant position i grænsefladen, grundet den asymmetriske afhængighed og at LA alene besidder beslutningskompetence for udskrivningstidspunktet. Den ledende sygeplejerske på LA udtrykker fx at beslutningskompetencen for patienternes færdigbehandlingsstatus suverænt ligger hos lægerne i hospitalsregi, men at hun er klar over, at de ikke altid imødekommer botilbuddenes forventninger til beboernes funktionsniveau ved udskrivelsen:

*Det er jo den behandlingsansvarlige læge, der vurderer hvornår en patient skal udskrives.[---] Nogle gange er patientens helbred måske ikke helt rettet godt nok op, i forhold til hvad der forventes og måske også hvad de kan håndtere på botilbuddene, når vi mener at patienten er klar til udskrivelse (Le).*

LAs anvendelse af dominans strategien har, på den ene side, den positive effekt på grænsefladerelationen, at den mindsker rolleforvirringen, da begge botilbud giver udtryk for, at de på ingen måde er i tvivl om, hvilken rolle hospitalet spiller i grænsefladen, mens LA tydeligt giver udtryk for forvirringer over botilbuddenes rolle.

#### **Dysfunktion af forsøg på dominans i grænsefladen**

På den anden side kan der identificeres en dysfunktion, siden botilbuddene giver udtryk for at de udtrættes i kampen for at opnå medindflydelse (Seemann, 1996, s. 240; 2008, s. 197). Begge botilbud beretter fx om ihærdige – ofte nytteløse – forsøg på at opnå medindflydelse på hospitalernes beslutninger. Rit omtaler netop denne dysfunktion:

*Der går da meget tid med den slags ting [om at komme i kontakt med hospitaler og læge] så der er da nogle opgave man må udsætte til en anden dag (Rit).*



Kampen for at opnå medindflydelse betyder, at der går megen tid og ressourcer fra botilbuddenes borgerrettede kerneopgaver, og dette slider på og udtrætter de ansatte på botilbuddene

### **Botilbuddene søger at komme med i alting**

Botilbuddenes indsats for at opnå medindflydelse og blive inddraget i beslutningerne, kan også tolkes som beskyttelsesstrategien *at alle skal være med i alting*, der ifølge Seemann (1996, s. 240; 2008, s. 197) kan have dysfunktioner i form af høje

koordineringsomkostninger og uproduktivt samarbejde. Denne dysfunktion kan i høj grad findes i empirien, da det fremgår af indkredsningen af brændpunkterne, at begge botilbud angiver at bruge meget tid og ressourcer på at komme i kontakt med hospitalerne.

Derudover angiver såvel botilbuddene som LA, at de ofte må ringe gentagne gange til hinanden for at koordinerer indsatsen.

Samtidig må botilbuddene *søge at komme med i alting*, fordi de på ingen måde kan tage det for givet, at hospitalerne ved, hvilke beslutninger de skal inddrages i. Det fremgår fx af, at de på LA giver udtryk for at have svært ved at kende forskel på de forskellige botilbud og ikke ved, hvad de enkelte tilbuds kompetencer og behov er. Botilbuddene oplever derfor, at hospitalerne enten undervurderer deres kompetence- og serviceniveau og fx får visiteret en af beboerne til hjemmehjælp, eller at hospitalerne overvurderer deres kompetence- og serviceniveau, og beboerne derfor udskrives med et for højt plejebenhov i forhold til botilbuddets kompetencer. At hospitalerne i forbindelse med en udskrivelse får beboerne visiteret til hjemmehjælp truer endvidere botilbuddenes autonomi, hvilket fremgår af den tidligere citerede udtalelse fra lederen på BO, hvor hun bl.a. ytrer: *Det kan de ikke, de skal ikke bestemme hvad vi skal lave på vores botilbud (Bea)*. Som respons herpå øger botilbuddene indsatsen for at opnå medindflydelse og indtage en bedre plads i grænsefladen. Dette dræner botilbuddenes ressourcer yderligere.

### **Beskyttelsesstrategiernes konsekvenser for beboerne**

De to anvendte beskyttelsesstrategier har endvidere dysfunktioner i form af konsekvenser for beboerne. Begge botilbud beretter i brændpunkterne om et højt ressource- og tidsforbrug i deres opsøgende indsatser, hvilket betyder, at de har mindre tid og færre ressourcer til direkte beboerrettede ydelser. Samtidig betyder hospitalernes mulighed for at udskrive beboerne uafhængigt af botilbuddene, at beboerne risikerer at blive udskrevet

med somatiske problemstillinger og plejebehov, som botilbuddene ikke kan løfte, hvilket kan medføre mindre optimal pleje for beboerne og evt. genindlæggelser. Ifølge Seemann (1996, s. 240; 2008, s. 197) kan dysfunktionerne af beskyttelsesstrategierne *Dominans* og *Alle skal være med i alting* netop have som konsekvens, at modtagerne af ydelserne bliver kasterbolde mellem systemerne, og at der er færre ydelser til rådighed, hvilket på baggrund af ovenstående kan siges at være gældende i grænsefladen her.

#### **Positiv effekt af forsøg på dominans i grænsefladen**

Der er dog et andet område, hvor hospitalernes anvendelse af *Dominans* kan siges at have en positiv indflydelse på dynamikkerne i grænsefladen. Det fremgår fx af det tidligere citat af Le, på s. 73, hvor hun beretter om, at LA instruerer botilbudspersonalet i anvendelsen af hjemmeilt. Dette kan tolkes som, at LA søger at indrette grænsefladen efter sit medicinske fokus. Ved at instruere personalet fra botilbuddene i den nødvendige somatiske pleje af en patient fastholder LA opgaveløsning efter deres egne præmisser – at udskrive patienten med det aktuelle plejebehov – ved at tilpasse botilbuddenes kompetencer. Af empirien fremgår det endda at botilbuddene ser positivt på denne form for dominant adfærd, da de på begge botilbud beretter om positive oplevelser med lignede undervisningsforløb fra hospitalernes side og giver udtryk for ønske om flere tiltag af denne art.

#### **Parterne udviser Gensidig beskyttelse**

Det er ikke kun beskyttelsesstrategierne *Dominans* og *Alle skal være med i alting*, der fremgår af empirien. I forhold til flere af brændpunkterne ses endvidere, at alle parter benytter strategien *Gensidig beskyttelse*. Af empirien fremgår det, at parternes anvendelse af denne strategi har en regulerende virkning på grænsefladerelationen, da den får parterne til at indgå i samarbejde med hinanden på trods af deres forskellighed, hvorved svingningerne i brændpunktet reduceres. Både botilbuddene og LA udtrykker en respekt for hinandens forskellige faglige viden og kompetencer, og samtidig beretter de alle om situationer, hvor de netop har inddraget den anden part i arbejdet, fordi de besad viden og kompetencer, der var forskellig fra deres egne. Det gælder fx de ovenfor nævnte situationer, hvor botilbuddene søger at lære af hospitalernes somatiske viden, men der fremstår også situationer, hvor hospitalerne søger at udnytte botilbuddenes faglige kompetencer:



*De ved en masse om den psykiatriske pleje af patienten, som vi nok ikke ved, og så kender de patienten bedre – så det er da en hjælp at få vejledning fra dem, som fx information om at patienten bliver angst, når det er mørkt udendørs og det kan håndteres ved at tænde lyset og trække gardinerne for på stuen (Lil).*

Alle parter erkender her hinandens forskellige kompetencer og har fokus på deres fælles mål – om at behandle beboeren – og udnytter forskelligheden til at opnå en bedre fælles opgaveløsning.

### ***Dysfunktion ved parternes Gensidige beskyttelse***

Der fremgår på den anden side også situationer i empirien, hvor parternes anvendelse af *Gensidig beskyttelse* har den dysfunktion, at parterne i hensynet til hinanden accepterer en mindre optimal opgaveløsning. Det fremgår blandt andet af følgende citater, hvor de på begge botilbud giver udtryk for en utilfredshed med, at hospitalerne ikke ved nok om psykiatriske problemstillinger. Samtidig forstår botilbuddene og har respekt for, at hospitalerne har travlt, og at deres videns- og fokusområde ligger på det somatiske og ikke på det psykiatriske område. Botilbuddene har derfor i disse tilfælde ikke søgt at ændre på situationen:

*Der er noget med forskelligt fagligt fokus at gøre, de skal jo tænke på medicin og helbredelse. Hvis de så også skal tage sig af et hav af patienter, så er de måske slet ikke opmærksomme på, at de her patienter kræver lidt ekstra, og det er måske også noget med ressourcer og tid at gøre, for er der travlt, er der jo ikke tid til at fastholde de patienter der har behov for det (Birna).*

*Der er også gange, hvor de ikke er opmærksomme på, at en beboer har behov for en fastvagt, for at kunne blive på hospitalet. Så det får de ikke altid – vi kunne selvfølgelig bede hospitalet om, at stille med en fastvagt – det gør vi nok ikke – måske fordi, vi godt ved hvor dyrt det er eller hvor travlt de har der (Bell).*

Det sidste citat fra Bell illustrerer, at botilbuddene nogle gange vælger at se bort fra den uoptimale opgaveløsning, til trods for utilfredsheden over hospitalernes manglende psykiatriske viden og forståelse.

På LA gives ligeledes udtryk for frustrationer over, men samtidig forståelse for botilbuddenes manglende sundhedsfaglige viden:

*Det er måske ikke så meget sundhedsmæssig viden de har på botilbuddene, men de ved en masse om patienternes dagligdag og adfærd – det er jo også det der er deres fokus (Lil).*

*Jeg vil mene, der er behov for, at de kan opdage og reagere på de sundhedsmæssige ting. Botilbuddene er rigtig gode til det, de primært skal tage sig af – relationsarbejdet – og det er der også klart behov for men – der er altså ikke megen sundhedsfaglig viden (Liv).*

Men heller ikke på LA har de søgt at ændre på problemet i disse tilfælde. Dysfunktionen af den *Gensidige beskyttelse* fremstår i empirien som uoptimale opgaveløsninger, fx manglende fast vagt til en indlagt beboer, eller beboere der bliver indlagt med for fremskredne symptomer. Ingen af parterne er fuldt tilfredse med disse løsninger, men af hensyn til hinanden har ingen af dem forsøgt at ændre på dette. Problemerne kommer til udtryk i form af brændpunkt 3: *Viden*, hvor alle parterne giver udtryk for frustration over, at den anden parts manglende viden, medfører en mindre optimale opgaveløsning, men da ingen af dem har søgt at ændre på det bliver problemet ved med at opstå og kommer til udtryk i deres gentagne beklagelser over manglende viden. En anden dysfunktion der kan identificeres ved den *Gensidige beskyttelse* er, at der opstår uløste opgaver, der bliver ved med at skabe problemer i grænsefladen. Der opstår fx gentagne problemer som følge af, at det ikke er lykkedes parterne at skabe en varig løsning på indlæggelser, der kan rumme patienter med både psykiatriske og somatiske problematikker, eller skabe en botilbudsløsning der kan rumme beboere med stigende plejebehov.

### **Konklusion på beskyttelsesstrategier**

Analysen her viser, at parternes benyttelse af beskyttelsesstrategierne, har positive effekter i og med parterne indgår i samarbejde med hinanden, på trods af forskelligheder og der skabes en rollefordeling i grænsefladen. Omvendt har beskyttelsesstrategierne en række dysfunktioner der skaber frustrationerne der kommer til udtryk i brændpunkterne. Dysfunktionen af beskyttelsesstrategierne *Dominans* og *Alle skal være med i alting*, er at botilbuddene udtrættes og spilder ressourcer, hvilket fører til botilbuddenes gentagne beklagelser over manglende inddragelse fra hospitalernes side. Alle de anvendte beskyttelsesstrategier har endvidere konsekvenser for beboerne, at der er færre ressourcer til rådighed i den direkte indsats til dem.

Problemerne omkring de spildte ressourcer skyldes dog ikke udelukkende beskyttelsesstrategierne, men hænger også sammen med organiseringen af grænsefladen. I det næste afsnit, vil jeg redegøre for hvordan problemerne i brændpunkterne kan forstås ud fra grænsefladens organisering.

### **Brændpunkterne forstået ud fra grænsefladeorganisering**

Jeg har tidligere defineret grænseflader ud fra Browns teoriapparat, som de arenaer hvor aktører fra forskellige organisationer kommer i relation med hinanden. I det følgende vil jeg anvende udvalgte dele af Browns teori til tolkning af problemerne bag brændpunkterne. Jeg indleder afsnittet med en kort præsentation af den udvalgte del af teorien, hvorefter jeg vil belyse problemerne bag brændpunkterne ud fra teorien.

### **Præsentation af Browns teori om organisering og konflikter i grænseflader**

Ifølge Brown (1983, s. 1) er interaktionerne i grænseflader afgørende for grænsefladens karakter. Interaktionen kan både være veletableret og stabil – som fx ved fast tilrettelagte relationer mellem faste samarbejdsparter – eller de kan have en karakter af mere sporadiske, ad hoc kontakter. Uanset kontaktens udformning er det dog afgørende for grænsefladens udvikling og organisering, at der foregår en kontinuerlig kontakt:

*“Continued interactions between interdependent social units produce interfaces that are social units themselves. Continued contact encourages the development of boundaries and shared expectations that regulate the interaction of interface participants – the interface itself becomes an organized entity” (Brown, 1983, s. 19-20).*

Graden af reguleringer i grænseflader er meget varierende. Nogle grænseflader er stærkt regulerede med formelle regler, procedurer, opgavefordelinger samt stram struktur og lukkede grænser i forhold til informationsudveksling med omgivelserne. Andre grænseflader er præget af lav strukturering og regulering med stor åbenhed for informationsudveksling med omgivelserne samt manglende retningslinjer for interaktionsformen. Brown skelner mellem de to yderpunkter henholdsvis over- og underorganiserede grænseflader, der medfører hver deres fordele og ulemper for grænsefladesamarbejde (Brown, 1983).

### **Overorganiserede grænseflader**

Overorganiserede grænseflader er præget af stærk intern regulering, der har en fordel i, at der skabes tydelig rollefordeling, fælles værdier, kultur og struktur samt konsensus om mål og autoriteter. Men stærk intern regulering betyder samtidig indskrænket fleksibilitet og ringe mulighed for skønsbaserede beslutninger for aktørerne i grænsefladen.

Overorganiserede grænseflader har derfor begrænset mulighed for: at tilpasse sig akutte ændringer i omgivelserne, at udføre handlinger, der falder uden for de fastlagte procedurer samt udskiftning af aktører i grænsefladen. Aktiviteterne i sådanne grænseflader tenderer indspisthed og langsom reaktion. Kombinationen af lukkede eksterne grænser og stram intern regulering medfører adskillige problematiske grænseflademekanismer såsom lav grad af nytænkning og innovation. Ydermere betyder den interne stramme regulering sammenlagt med den lave grad af informationsudveksling, at potentielle konflikter undertrykkes, og dermed lukkes muligheden for produktiv udnyttelse af forskelligheder grænsefladeparterne imellem (Brown, 1983, s. 28-9).

### **Underorganiserede grænseflader**

Underorganiserede grænseflader er præget af lav intern regulering der medfører en uklar rolle- og autoritetsfordeling samt uklare, eller direkte modstridende, mål og værdier. Den lave grad af formel regulering betyder endvidere uklarhed om procedurer og stort behov for, at aktørerne i grænsefladen træffer og handler efter skønsmæssige beslutninger. De åbne eksterne grænser betyder vanskeligheder ved at adskille parterne i grænsefladen fra omgivelserne samt med at styre informationsudvekslingen, hvilket gør det vanskeligt for parterne at adskille relevante inputs fra irrelevante samt med at kontrollere, hvilken information der "lækkes" til omgivelserne. De åbne grænser medfører samtidig lav kontrol af til- og frastrømningen af aktører i grænsefladen og vanskeligheder ved at fastholde ressourcer. Dette betyder, at underorganiserede grænseflader ofte er præget af kaos og manglende ressourcer. Samtidig medfører manglende fokusering og ensretning af aktiviteterne, at tilgængelige ressourcer spildes til omgivelserne eller ikke udnyttes optimalt (Brown, 1983, s. 28-9).

## Grænsefladeadfærd og konflikter

Da grænseflader ifølge Brown (1983) opstår af en gensidig afhængighed mellem parterne, er der altid en form for sammenfald i parternes interesser, men der kan samtidig være flere modstridende interesser på spil, hvormed der kan opstå konflikter i grænseflader. Det er dog ikke modstridende interesser alene, der skaber konflikter, men også partenes adfærd. Brown definerer følgende fire typer af konflikter, der kan opstå i en grænseflade. Hhv. falsk konflikt, manifest konflikt, latent konflikt og ingen konflikt.

### Konflikttyper

#### *Falsk konflikt*

Falskkonflikt opstår, når parterne egentlig ikke har konfligerende interesser men alligevel udviser manglende samarbejdsvilje eller direkte fjendtlig adfærd (Brown, 1983, s. 4-6).

#### *Manifest konflikt*

Manifest konflikt opstår, når parterne både har konfligerende interesser og udviser manglende samarbejdsvilje eller direkte fjendtlig adfærd (Ibid.).

#### *Ingen konflikt*

Ingen konflikt opstår, når der er sammenfald mellem parternes interesser, og alle parter udviser samarbejdsvilje; her får alle parter udbytte af samarbejdet, og der opstår derfor ikke konflikt (ibid.).

#### *Latent konflikt*

Latent konflikt er situationer, hvor parterne samarbejder på trods af konfligerende interesser. Dette sker fx ved, at den ene part indordner sig den andens interesser. Denne tilstand rummer derfor mulighed for udviklingen til manifest konflikt (ibid.)

Ifølge Brown (Brown, 1983, s. 222) er konflikter i grænsefladen dog, ikke nødvendigvis negativt for grænsefladen, hvilken påvirkning konflikt har, afhænger af niveauet af konflikt i grænsefladen, hvilket jeg vil beskrive i det følgende.

### Konfliktniveauer

Konflikt kan ifølge Brown (Brown, 1983, s. 222 ff.) både have produktive og destruktive indflydelser på grænsefladedynamikkerne. Brown skelner mellem tre niveauer af konflikt og dertilhørende forskellig grænsefladeadfærd som parterne kan udvise, disse har jeg illustreret på Figur 10.

### For højt konfliktniveau

For højt konfliktniveau (Figur 10 A) hænger sammen med underorganiserede grænseflader, da manglende reguleringen af interaktionen og adfærden betyder vanskeligheder ved at hæmme konflikter. Ved for højt konfliktniveau kan de positive effekter af konflikt blive undermineret af, at aktørerne udøver uoverensstemmende eller direkte *interorganisatorisk krigsadfærd*<sup>7</sup> (Brown, 1983, s. 222-23).

### Interorganisatorisk krigsadfærd

Interorganisatorisk krigsadfærd opstår, når uenighed mellem organisationer i en grænseflade eskalerer til sådan et niveau, at parterne bevidst udøver adfærd, der generer den anden part. Ved længerevarende konflikter kan parterne udvikle negative stereotype forestillinger om hinanden og parterne kan derfor have vanskeligt ved at kommunikere med hinanden, hvorved konfliktniveauet øges yderligere (Brown, 1983, s. 221-22).

### For lavt konfliktniveau

For lavt konfliktniveau (Figur 10 B) kan udmønte sig i følgende to adfærdsmønstre:

### Interorganisatorisk isolation

Interorganisatorisk isolation er det ene adfærdsmønster, som for lavt konfliktniveau kan udmønte sig i. Adfærden ses ofte ved for lavt konfliktniveau i underorganiserede grænseflader. Det lave niveau af regulering og de åbne grænser i grænsefladen giver aktørerne mulighed for, at undvige at indgå i kritiske samarbejdsrelationer (afbøjede pile i Figur 10 B). Parternes undvigelse af kritiske relationer medvirker til, at forbindelsen mellem organisationernes og grænsefladens organisering svækkes yderligere (Brown, 1983, pp. 222-23). Her afholder parterne sig fra at håndtere sine indbyrdes forskelligheder, hvorved de bevarer en falsk fornemmelse af uafhængighed. Organisationerne kan prøve at undgå handlinger, der kan medføre uenighed med den anden part, hvormed fælles problemer ikke erkendes og løses (ibid.). Ifølge Seemann og Antoft (2002, s. 47) kan denne adfærd føre til handlingslammelse, hvor ingen er tilfredse med situationen, selvom ingen ændrer på den.

---

<sup>7</sup>Alle begreberne for grænsefladeadfærd i afsnittet er Seemann og Antofts (2002, s. 47) danske oversættelser af Browns begreber (Brown, 1983, s. 222).

### *Interorganisatorisk aftalt spil*

Interorganisatorisk aftalt spil er det andet adfærdsmønster, der kan opstå ved for lavt konfliktniveau. Adfærden ses ofte ved for-lavt konfliktniveau i overorganiserede grænseflader. Den stramme regulering i grænsefladen og de lukkede grænser hæmmer for udforskningen og kommunikationen af indbyrdes forskelligheder (Brown, 1983, s. 226). Her undertrykker en eller flere parter deres indbyrdes forskellighed og går dermed på kompromis med egen autonomi. Herved sker en utilsigtet sammensmeltning mellem parterne, hvori uenigheder og forskelligheder skjules, hvilket kan få konsekvenser for de øvrige parter i grænsefladen eller for helt tredje parter i omgivelserne (Brown, 1983, s. 222). Ifølge Seemann og Antoft (2002, s. 47) betyder sammensmeltningen, at der opstår et aftalt spil eller stillestående aftaler mellem parterne, der i yderste konsekvens kan have en karakter af "enig slendrian" – hvor alle har erkendt, at noget er galt, men ingen handler for at ændre på det (se Figur 10 B).

### *Passende konfliktniveau*

Ved et passende konfliktniveau (Figur 10 C) er konflikterne ifølge Brown (1983, s. 223-24) produktive, da parterne erkender og kan anvende deres forskellighed i opgaveløsningen. Passende konfliktniveau kan udmønte sig i følgende to forskellige interaktionsmønstre:

#### *Interorganisatorisk overenskomst*

Parterne erkender både de sammenfaldende og de konfligerende interesser mellem dem. Parterne søger her via forhandlinger og kompromisindgåelse en fælles løsning. Fokus er dog her på forskellen mellem parterne, og den ene parts interesseopfyldelse sker ofte på bekostning af den andens, og mønstret rummer derfor potentiale til manifest konflikt (se Figur 10 C) (Brown, 1983, s. 223-24).

#### *Interorganisatorisk problemløsning*

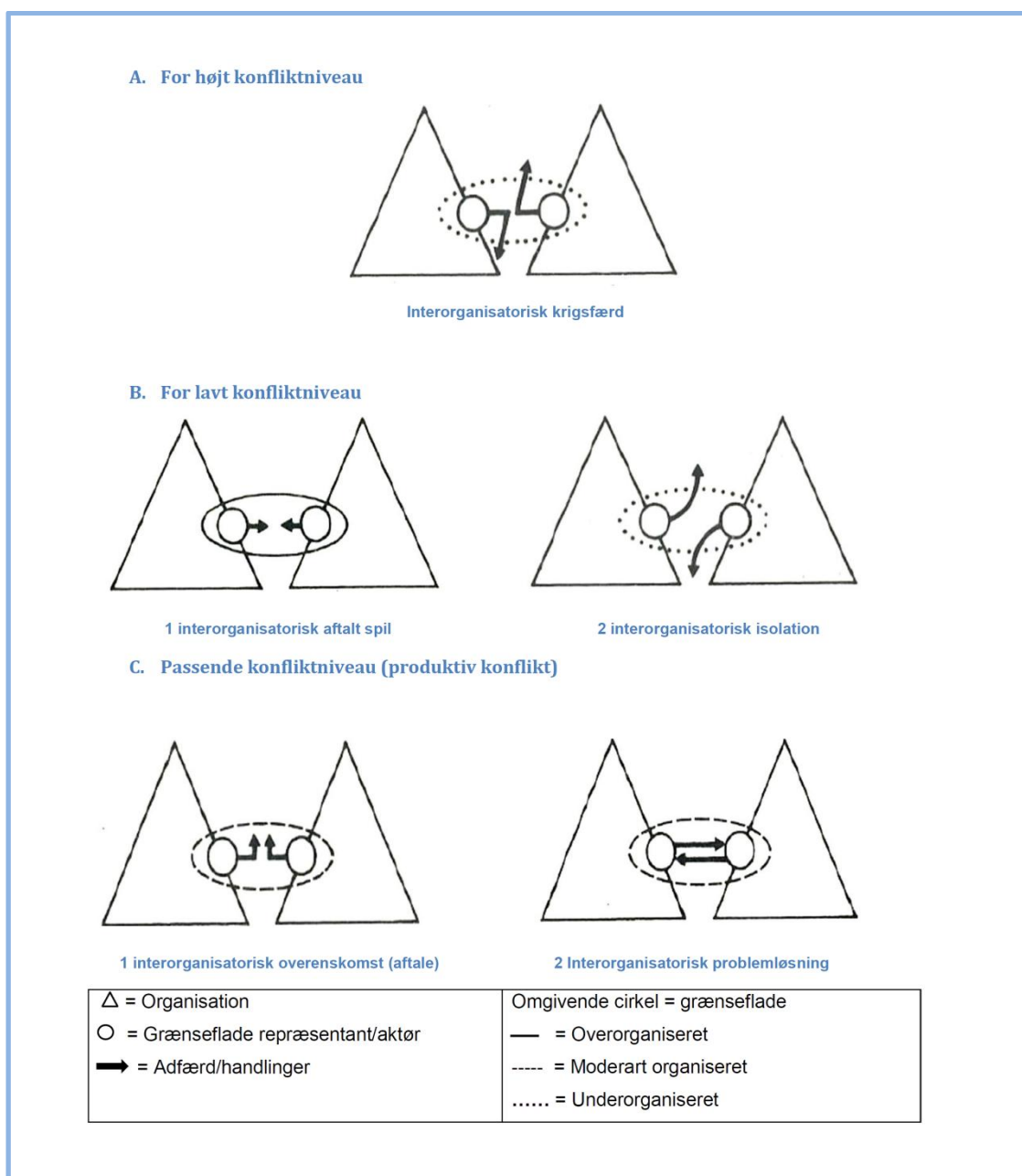
Parterne anser her deres fælles interesser som vigtigere end de konfligerende og har derfor fokus på fælles træk og anliggender. Dette adfærdsmønster kræver derfor tillid og en relativ åben informationsudveksling samt en søgen efter alternative løsninger, der kommer alle parter til gode. Adfærdsmønstret kan reducere parternes negative opfattelser af hinanden, forbedre informationsudvekslingen og skabe grundlag for tættere forbindelser. Adfærden fordrer derfor til bedre samarbejde, informationsudveksling og koordinering i fremtiden (Brown, 1983, s. 224). (se Figur 10 C)

Begge adfærdsmønstre ved passende konfliktniveauer hænger sammen med den moderate organisering i grænsefladen (store stiplede cirkler mellem trekkanterne på Figur 10 C). Ved interorganisatorisk overenskomst, hvor parterne har fokus på og forhandler om ulighedspunkterne i relationen, kan der opstå konfrontationer. Den moderate regulering i grænsefladen medfører, at parternes handlinger reguleres, og parterne accepterer de fælles begrænsninger, der er i grænsefladen. Samtidig er reguleringen ikke så stram, at den hindrer for indgåelsen af et kompromis, og konfliktoptrapning hæmmes herved (knækkede pile i samme retning på Figur 10 C, 1) (Brown, 1983, s. 226).

Ved *interorganisatorisk problemløsning* (Figur 10 C, 2) støtter de delvist åbne grænser i den moderat organiserede grænseflade en relativt åben informationsudveksling og åbner for muligheden for en kreativ fælles løsning, der kommer alle parter til gode.



Figur 10 Konflikter og adfærd i interorganisatoriske grænseflader



kilde: På baggrund af fig. 71. i Brown (1983, s. 225) Dansk oversættelse fra Seemann & Antoft 2002, s. 46-7).

### Interaktion og organiseringen i den udvalgte grænseflade

Grænsefladen, der belyses i specialet, har karakter af sporadiske, ad hoc relationer, da aktørerne på botilbuddene kun kommer i kontakt med LA eller andre hospitaler, når en af deres beboere har behov for indlæggelse med somatiske problemstillinger. Grænsefladen kan derfor ikke karakteriseres som veletableret. Grænserne i grænsefladen kan endvidere siges at være åbne og (meget) vanskelige at adskille fra omgivelserne, hvilket også

fremgik i udvælgelsen af empiriindsamlingssteder, hvor personalet på alle de tre deltagende organisationer havde store vanskeligheder med at udpege deres respektive samarbejdspartnere.

Grænsefladen bærer derfor hovedsageligt præg af en underorganisering – hvilket ifølge Seemann & Antoft (2002, s. 44) er meget karakteristisk for grænseflader, der går på tværs af primær- og sekundærsektor. Mange af problemerne, der udtrykkes i brændpunkterne hænger sammen med denne underorganisering. Der fremtræder dog også situationer i empirien, hvor grænsefladen har karakter af både moderat- og overorganisering. Eksemplerne hvor grænsefladen har præg af moderat- eller overorganisering, fremgår i empirien i primært af aktørernes grænsefladeadfærd, og jeg analyserer dem derfor først i afsnittet om grænsefladeadfærd, der kommer senere. I det følgende afsnit vil jeg analysere ud fra Browns teori om underorganiserede grænseflader, da dette er den udvalgte grænseflades dominante udtryk.

#### **Situationer, hvor grænsefladen fremstår underorganiseret**

Den tydeligste sammenhæng mellem grænsefladeorganiseringen og brændpunkterne er i brændpunkterne *informations- og dokumentationsflow* og *gensidigt manglende kendskab til hinanden*. Begge brændpunkter relaterer sig til *Domænekonflikter* og *Uenighed om samarbejdsformen* jf. Figur 5, s. 52. Begge botilbud og LA oplever forvirring over ansvars- og rollefordelingen i grænsefladen. Det udtrykkes fx meget eksplicit under interviewet med BO:

*Der er det her med aftaler, der ikke altid bliver overholdt, det er svært at finde ud af hvem der har ansvaret for hvad i det her system (Brit).*

Den lave grad af organisering i grænsefladen fører til, at alle parter bruger mange ressourcer på at orientere sig i grænsefladen og afdække, hvilke samarbejdspartnere der er relevant at inddrage i en konkret sag. Botilbuddene oplever fx, at de spilder mange kræfter på at "lege detektiver" for at finde ud af, hvor deres beboer er indlagt, og LA oplever "unødvendigt arbejde" for at indhente information om, hvorvidt en patient har et botilbud eller ej. Dette detektivarbejde er nødvendigt, da der mangler procedurer for informationsudveksling i forbindelse med indlæggelser, og der opstår derfor uenighed om, hvem der skal gøre hvad i samarbejdet.

Botilbuddene ser det som hospitalernes ansvar at kontakte dem, når en beboer bliver indlagt på en afdeling, mens LA giver udtryk for, at de ønsker, at botilbuddene selv kontakter hospitalet, hvis de mener, at deres beboer er indlagt der. Denne rolle- og opgaveforvirring fører til, at begge parter bruger mange kræfter på at lede efter hinanden.

#### *Forskelle i frustrationsniveauet mellem botilbuddene og LA*

Problemet er særligt udtalt for botilbuddene. Dette kan skyldes at hospitalerne indtager en mere dominant placering og har en tydeligere defineret rolle – udredning og behandling af indlagte patienter – mens botilbuddenes roller varierer meget alt efter, hvilket støtteniveauer der tilbydes på det pågældende botilbud, og hvor selvstændigt den pågældende beboer kan klare den aktuelle indlæggelse. Botilbuddene er endvidere mere afhængige af hospitalerne end omvendt, og de er derfor særligt udsatte for problemerne med de uklare grænser og rollefordeling samt den lave regulering af informationsflowet. Botilbuddene presses derfor til at bruge mange ressourcer på at definere egne roller og gøre hospitalerne opmærksomme på deres tilstedeværelse og funktion i grænsefladen. Dette fremgår tydeligt i botilbuddenes gentagne beklagelser over den manglende inddragelse.

Forskellen mellem parternes frustrationsniveau over *informations- og dokumentationsflowet* i grænsefladen kan med andre ord tolkes som forårsaget af dels manglende regulering og procedure for informationsudvekslingen, dels hospitalernes dominante beskyttelsesstrategi og tilsvarende botilbuddenes kamp for at komme med i alle beslutninger. Botilbuddene yder i deres indsats for at opnå medindflydelse en aktiv, opsøgende informationsindsats, hvormed de i det store hele tilfredsstiller hospitalernes behov for information. Samtidig er der ingen procedure der sikrer, at hospitalerne automatisk sender epikriser eller medicinlister til botilbuddene – faktisk tværtimod er hospitalerne forpligtigede til at rette henvendelse direkte til beboerne som myndige borgere. Der opstår derfor situationer, hvor botilbuddene er afhængige af, at de enkelte hospitalsafdelinger *vælger* at sende dem en epikrise og medicinliste, eller at beboerne viderebringer skriftligt dokumentation til personalet. Problemet for botilbuddene forstærkes derfor af hospitalernes manglende kendskab til dem og deres behov.

LA anerkender botilbuddenes opsøgende indsats, i og med de angiver, at botilbuddene generelt er gode til at være opsøgende med informationer om indlagte beboere. Men LA

oplever også udfordringer som følge af den lave regulering. Den ledende sygeplejerske Lee fortæller fx, at de ikke kan være sikre på automatisk at modtage information om patienten fra botilbuddene, da der ikke er etableret fastlagte procedurer for informationsudvekslingen med botilbuddene, som der fx er med plejehjemmene og hjemmehjælpen:

*Vi kender heller ikke alle de somatiske plejehjem, men der fungerer systematikken bare bedre, der kommer jo de der automatiske ad vice frem og tilbage, det gør der ikke med botilbuddene (Le).*

Af ovenstående citat fremgår det, at selvom LA heller ikke kender alle de somatiske plejehjem eller har regelmæssigt samarbejde med dem, betyder den faste regulering og rollefordeling, der er etableret i grænsefladen til plejehjemmene, at samarbejdet fungerer bedre her og ofte uden en ekstra eftersøgnings indsats. Problemet i forhold til botilbuddene er, at der hverken er kendskab eller faste regler og reguleringer at styre efter.

Der opstår derfor svingninger i grænsefladen om, hvem der har ansvaret for at sikre informations- og dokumentationsudvekslingen, og alle parter ytrer frustrationer over de mange ressourcer, de skal bruge på at orientere sig og adskille grænsefladeparterne fra omgivelserne. Den lave koordinering og regulering i grænsefladen kan hænge sammen med det ringe kendskab, parterne har til hinanden og den sporadiske og kortvarige karakter, deres relationer antager. Ifølge Brown (1983, s. 19-20) kræves der netop hyppig og kontinuerlig kontakt for at udvikle og regulere en grænseflade.

Problemet med den sporadiske og kortvarige kontakt påpeges da også af såvel begge botilbud som LA. Alle giver udtryk for et ønske om hyppig kontakt med den anden part – og gerne på den anden parts initiativ:

*Mange af indlæggelserne er over kort tid, det er ikke sådan nogle tre-måneders-forløb. Nogle gange når vi slet ikke at komme derop, før beboeren er hjemme igen, så der lærer vi jo ikke hverken sygeplejersker eller læger at kende (Birna).*

*[svar på spørgsmål om, hvad der får samarbejdet til at fungere] Kontinuerlig kontakt og samarbejde - men gensidigt ikke blot os der ringer til dem (Rut).*

*Vi skifter jo hele tiden personale ud og det gør de også på botilbuddene. Så det med at mødes ansigt til ansigt, det kommer ikke til at betyde så meget, for der alligevel ikke nogen der vil kende hinanden, om et halvt år, men telefonsamtaler er godt også gerne hele tiden (Liv).*

Af det sidste citat fra Liv fremgår en aktivitet, der nævnes ofte i empirien: telefoniske kontakt. Alle parter fortæller, at de bruger meget tid på at ringe til eller besvare opkald fra den anden part for at koordinere samarbejdet.

#### ***Vanskeligheder ved at fastholde aktører i grænsefladen***

Af empirien genfindes mange af de problematiske sider ved underorganiserede grænseflader, som Brown (1983) lister: at parterne har vanskeligt ved at adskille samarbejdspartnere fra de kaotiske omgivelser, at kontrollere informationsudvekslingen samt at fastholde ressourcer og grænseflade-repræsentanter. Præcis disse problematikker kan identificeres i den udvalgte grænseflade, da alle parterne netop klager over vanskeligheder med at sikre sig den nødvendige information, uden at skulle bruge for mange ressourcer på "detektivarbejde". Derudover klager alle parterne over, at de konstant må kontakte irrelevante botilbud eller hospitalsafdelinger, før de finder frem til den rette samarbejdspartner. Af ovenstående fremgår det endvidere, at grænsefladen i den grad må siges at være præget af vanskeligheder med at fastholde de samme grænsefladerepræsentanter. Alle parterne er enige om, at kontakt ansigt-til-ansigt virker regulerende og fremmende på relationen til den anden part, da det virker forpligtende, og aftaler dermed overholdes bedre. Alle påpeger samtidig, at det er for ressourcekrævende og nytteløst at bruge for mange ressourcer på at skabe en relation til hinanden, da kontakten mellem det enkelte botilbud og hospitalsafdeling sker for sporadisk og sjældent, og da der er for stor udskiftning af personale i grænsefladen.

Bet udtrykker det tydeligt her:

*Ansigt til ansigt kommunikation der bliver man jo nok mere forpligtede overfor hinanden, men det kan jo nok ikke altid lade sig gøre (Bet).*

LA og botilbuddene angiver, at de i stedet prøver at nå hinanden via telefonen, og at det derfor er afgørende, at der er nem adgang til en kontaktperson, der kender til den indlagte beboer. Af ovenstående fremgår det af problemerne, som kommer til udtryk i brændpunkterne, hænger sammen med grænsefladens underorganiserede karakter – den lave kontrol af til- og frastrømningen af aktører i grænsefladen og vanskeligheder ved at fastholde ressourcer i grænsefladen (Brown, 1983, s. 26-9). Den store udskiftning af aktører og det lave kendskab parterne har til hinanden, betyder at parterne endvidere har vanskeligt ved at benytte sig af beskyttelsesstrategien *brug af uformelle kontakter*, der ifølge Seemann og Antoft (2002) ellers kunne lette koordineringen og løsningen af komplicerede opgaver i grænsefladen.

#### **Er grænsefladen præget af for højt konfliktniveau og interorganisatorisk krigsadfærd?**

Da grænsefladen her fremstår underorganiseret, og da parterne har nogle forskellige interesser fx omkring en beboers udskrivelse, jf. brændpunktet *Udskrivningsparat*? Er det ud fra Brown (1983, s. 221) en sandsynlighed for at der opstår for højt konfliktniveau og parterne udviser interorganisatorisk krigsadfærd. Jeg finder imidlertid ikke tegn på hverken for højt konfliktniveau eller krigsadfærd i min empiri. Dette kan dog hænge sammen med, at min grænseflade er en generel grænseflade og ikke er en specifik grænseflade mellem to konkrete parter, der kan have opbygget gentagne skuffelser, irritationer og negative forestillinger over hinanden og derved have udviklet for højt et konfliktniveau. Som det vil fremgå af den følgende analyse, ud fra de øvrige konfliktniveauer fremgår der en række elementer, der bevirker, at konfliktniveauet reduceres og fraværet af krigsadfærden kan derfor også skyldes effekten af disse. Jeg kan blot ikke grundet sammensætningen af min empiri sige at der ikke findes for højt konfliktniveau eller krigsadfærd mellem nogle af parterne, blot konstatere at den ikke fremtræder i min generelle empiri.

#### **Situationer, hvor grænsefladen fremstår underorganiseret og med for lavt konfliktniveau**

Underorganiseringen, det manglende kendskab parterne har til hinandens behov samt det asymmetriske afhængighedsforhold i grænsefladen betyder, at hospitalerne i nogle tilfælde udviser grænsefladeadfærden *interorganisatorisk isolation*, da hospitalerne udfører deres opgave uden at inddrage botilbuddene. Botilbuddene efterlades med usikkerheden

og de ekstra opgaver forbundet med at indhente nødvendige oplysninger eller varetagelsen af ekstra plejeopgaver. Dette kommer til udtryk i botilbuddenes frustrationer over manglende inddragelse i brændpunkterne: *Udskrivningsparat?, Viden, "Rigtige patienter"* og *Informations- og dokumentationsflow*. Af empirien fremgår det dog, at selvom begge botilbud oplever irritation over for tidlige udskrivelser og manglende inddragelse er det sjældent, at de konfronterer hospitalerne med dette, hvilket kan hænge sammen med botilbuddenes afhængighed af hospitalerne i deres opgaveløsning, eller at de på baggrund af tidligere mislykkede forsøg på inddragelse har givet op.

Botilbuddene undertrykker således deres utilfredshed i disse situationer, og forholdene ændres derfor ikke. Problemerne med den manglende inddragelse bliver derfor ved at opstå i grænsefladen og kommer til udtryk som de gentagne beklagelser, der fremgår i nævnte brændpunkter.

Grænsefladens konfliktniveau fremstår i disse situationer som for lavt, idet botilbuddene undertrykker sine frustrationer, og da parternes forskellige ressourcer og behov ikke bliver anerkendt, bliver de heller ikke inddraget i opgaveløsningen. Der ligger derfor en latent konflikt i botilbuddenes undertrykte frustrationer over den manglende inddragelse, der kan føre til manifest konflikt i kritiske situationer fx omkring særligt komplicerede udskrivelser.

#### **Situationer, hvor grænsefladen er præget af overorganisering og for lavt konfliktniveau**

I andre situationer fremstår grænsefladen overorganiseret. Det gælder fx i den situation, hvor parterne anvender beskyttelsesstrategien *gensidig beskyttelse*, som jeg tidligere har beskrevet. Her erkender alle parterne, at der er et problem med manglende viden og kompetencer hos den anden part, der har betydning for kvaliteten af deres fælles opgaveløsning. Ingen handler imidlertid på det, fordi de respekterer den anden parts fastlagte rolle og funktionsområde samt ressourcemæssige og organisatoriske begrænsninger.

Botilbuddene og LA undertrykker her deres utilfredshed og forskellighed, hvorved konfliktniveauet holdes for lavt, og grænsefladeadfærden tenderer her *organisatorisk aftalt spil*. Denne tendens er uhensigtsmæssig, da det ifølge Brown (1983, s. 222) kan få konsekvenser for en tredjepart, som i tilfældet her er beboerne, der ikke får den optimale løsning nogen af stederne. Hvis denne adfærd bliver for fremherskende i grænsefladen, er der, jf. Seemann og Antoft (2002, s. 47), risiko for, at der udvikles en

stilletiende aftale parterne imellem om, at tingene er som de er, hvilket kan medføre en "enig slendrian" i indsatsen for beboerne. Parterne får derved ikke erkendt eller løst det fælles problem: at der fx mangler løsninger, der kan rumme indlæggelseskrævende eller plejkrævende borgere med somatiske og psykiatriske problemstillinger. Problemerne om manglende rummelighed og viden, der kommer til udtryk i brændpunkterne, bliver dermed ved med at opstå, uden nogen af parterne er i stand til at løse dem. At det på nogle områder kan være tilfældet i den udvalgte grænseflader fremgår blandt andet af Rie, der fortæller at: "Vi er jo nok bare er vant til at tingene kører som de gør".

**Situationer, hvor grænsefladen fremstår moderat organiseret og med passende konfliktniveau**  
Af empirien fremgår der på den anden side også situationer, hvor det er lykkedes parterne at skabe kreative fællesløsninger, og hvor grænsefladen har præg af moderat organisering og parterne udviser interorganisatorisk overenskomst adfærd. Det fremgår fx af brændpunktet "Rigtige patienter"?, hvor botilbuddene beskriver hospitalerne i nogle tilfælde har tilpasset deres procedurer for at imødekomme en beboers særlige behov, eller beretningen om, at de på LA i samarbejde med botilbuddene har skabt åbne indlæggelser for beboere med KOL.

I disse situationer fremstår grænsefladen med mindre rolleforvirring og tydeligere opgavefordeling og samtidig med fleksibel nok regulering til, at botilbuddene og hospitalerne kunne skabe en fælles løsning. Da botilbuddene er mere afhængige af hospitalerne end omvendt, oplever botilbuddene imidlertid at de fælles løsninger ofte bliver indgået med kompromis på deres bekostning. Dette fx ved at botilbuddene overtager en del af plejeopgaven, eller ved at personalet ledsager borgeren på hospitalet. Bea beretter om en sådan situation, hvor BO indgik en aftale med hospitalsafdelingen om, at en BO-ansat var medindlagt med beboeren for at få gennemført en undersøgelse:

*Der er også gange hvor vi til sidst har valgt at sende en medarbejder med under indlæggelsen, fordi det var så medicinsk vigtigt at beboeren blev der og gennemførte undersøgelsen. Selvom det jo slet ikke er os der skal stille med en fastvagt det er hospitalet der skal stille med dem det er jo der borgeren er (Bea).*

I situationen fremtræder grænsefladeadfærden *interorganisatorisk overenskomst*, da hospitalet og BO har indgået et kompromis for at opfylde det fælles mål: at beboerens undersøgelse gennemføres. Kompromisset er i høj grad indgået på bekostningen af botilbuddets interesser, da Bea pointerer, at det ikke er deres normale opgaveområde at



”*stille med en fastvagt*”, hvilket tyder på, at denne form for kompromis ikke kan indgås for ofte, da det vil udtrætte botilbuddet. Der ligger derfor en latent konflikt, der kan udvikle sig til manifest konflikt, hvis hospitalet søger at udøve sin dominerende position for at gennemføre sådanne løsninger for ofte.

#### *Parterne udviser interorganisatorisk problemløsning*

Af empirien fremgår der også eksempler på løsninger, der bærer præg af *Interorganisatorisk problemløsning*, hvor hospitalerne og botilbuddene har fundet en fælles løsning, der tilgodeser begges behov. Det fremgår af empirien da både LA og begge botilbud beretter om situationer, hvor hospitalet har holdt en beboers indlæggelse åben, så beboeren, ved behov, kan søge hjem på botilbuddet og opholde sig uden at blive udskrevet og få lukket sit forløb. Botilbuddet har på sin side påtaget sig plejeopgaver, som hospitalet ellers varetager for indlagte patienter, hvorved det i fællesskab er lykkedes hospitalet og botilbuddet at skabe en fleksibel behandlingsramme, der imødekommer beboerens behov. Det fremgår eksempelvis af den situation Rie beretter om her:

*Der er også nogle gange de ringer til os og siger: at:” vi kan ikke holde på beboeren her pga. de psykiatriske problemstillinger”, og så tager vi dem hjem og tager os af plejen. Det kan også være fordi borgeren selv ønsker at komme hjem. Vi har nogle [beboere] der kører frem og tilbage mellem indlæggelser – så er de hjemme og så tager de ind på hospitalet igen – der er hospitalet så begyndt at holde forløbene åbne, i hvert fald for mange af vores KOL borgere (Rie).*

BO giver ligeledes udtryk for at de har oplevet lignende løsninger for deres beboere der opfører sig som ”svingdørspatienter”:

*Jeg synes da nok også vi oplever en stor imødekommenhed over for borgere der aflyser den ene aftale efter den anden. Jeg synes faktisk der er meget stor rummelighed for nogle af de her svingdørspatienter, som vores borgere godt kan være, der kan de godt være meget vedholdende og gode til at give dem en chance mere (Ben).*

I personalegruppen på BO er der dog uenighed om, hvor ofte dette forekommer, og nogle giver udtryk for at de aldrig har oplevet den imødekommenhed fra hospitalet:

*Jeg har ikke den opfattelse, jeg synes aldrig jeg har oplevet dem specielt imødekomme overfor en af vores borgere (Bit).*

På begge botilbud gives udtryk for at hospitalerne indimellem formår at strække sig langt og ændre på deres procedure for at imødekomme deres beboeres behov, men at det sker alt for sjældent:

*En af vores beboere var indlagt på en afdeling på Bispebjerg [hospital] og han gik simpelthen derfra, fordi han ikke måtte ryge og drikke der, men vi får ham så genindlagt. De [hospitalet] slækkede så lidt på reglerne og tillod ham at gøre de her ting og han fik en enestue. Det de gjorde her var helt genialt - at de slækkede lidt på de normale regler og lod ham gøre som han havde behov for - men det er altså i de sjældne tilfælde vi sådan oplever dét! (Bell).*

*Andre istemmer- ja, det er altså ret usædvanligt!*

På begge botilbud udtrykkes en generel opfattelse af, at den fælles opgaveløsning for ofte sker på bekostning af botilbuddenes behov, og der tegner sig et billede af, at grænsefladen på dette område hovedsageligt bærer præg af moderat organisering og et produktivt konfliktniveau. Da grænsefladeadfærden tenderer mod interorganisatorisk overenskomst, der hovedsageligt sker på bekostningen af botilbuddenes interesser, fremstår der en latent konflikt på botilbuddenes side. Frustrationerne over, at kompromisset for ofte bliver indgået på botilbuddenes bekostning kommer til udtryk i brændpunkterne *"Rigtige patienter"?* og *Viden*.

### **Konklusion på grænsefladeorganisering og konflikter**

Analysen viser, at grænsefladen primært har karakter af underorganisering hvilket skaber flere af problemerne bag brændpunkterne. Alle parter anvender mange ressourcer på at orienterer sig og finde relevante samarbejdspartnere. Botilbuddene rammes hårdest af den manglende organisering, hvilket dels skyldes, at de er mere afhængige af hospitalerne end omvendt, hvorved hospitalerne kan dominere opgaveløsningen. Der ligger en latent konflikt på botilbuddenes side, da opgaveløsningen ofte indgås i kompromis til fordel for hospitalerne. Analysen viser ingen manifesterede konflikter i empirien, hvilket kan skyldes at parterne i mange situationer undertrykker deres forskellighed, men kan også skyldes at empirien omhandler en generel grænseflade og ikke specifikke grænsefladeparter, der kan have udviklet en stærk negativ relation. Konfliktniveauet i grænsefladen tenderer for lavt konfliktniveau, da parterne grundet undertrykkelsen af forskelligheden, ikke altid får anvendt denne konstruktivt. Der blokeres derved for, at parterne kan udvikle varige løsninger, der bedre kan imødekomme alle parter behov. Problemerne bliver derfor ikke løst, og kan dermed blive ved at skabe frustrationer og beklagelser, i form af

brændpunkterne, i grænsefladen. Der kan dog konstateres enkelte situationer, hvor det er lykkedes parterne at lave *interorganisatorisk problemløsninger* hvor alle parter vinder ved løsningen, men dette oplever parterne, navnlig botilbuddene, sker for sjældent.

At det er for sjældent det lykkedes parterne at etablerer varige løsninger der tilgodeser alle parters behov, kan hænge sammen med at underorganisering og den sporadiske kontakt, betyder at det er vanskeligt for parterne at opbygge uformelle relationer i grænsefladen. Hvilket også fremgår af brændpunktsidentifikationen, da alle parter giver udtryk for et ønske om tættere samarbejdskontakt end det er muligt at etablerer. Ud fra Browns teori fremgår det at kontakt i mellem parterne i grænsefladen er vigtig, men den tilbyder ikke en dybere indsigt i, hvordan kontakten mellem parterne styrker grænsefladen. Derfor har jeg i følgende og sidste analyseafsnit, valgt at anvende artiklen *Informal Accountability in Multisector Service Delivery Collaborations* (Romzek, et al., 2013), til at belyse hvad den manglende uformelle relation betyder for grænsefladen.

### **Brændpunkterne forstået ud fra muligheden for uformelle kontakter i grænsefladen**

At uformelle kontakter er betydningsfulde for dynamikkerne og funktionen i interorganisatoriske grænseflader fremgår blandt andet i artiklen *Informal Accountability in Multisector Service Delivery Collaborations*, (Romzek, et al., 2013) der omhandler en undersøgelse af betydningen af interpersonelle interaktioner blandt professionelle aktører interorganisatoriske grænseflader. Her fremgår det, at for at grænsefladessamarbejde kan fungere, må der være en blanding af formelle som uformelle ansvars- og forpligtigelsesbånd, der får grænsefladeparterne til indgå og udfylde den nødvendige rolle i samarbejdet. Afgørende for udviklingen af uformelle bånd er blandt andet opbygningen af en gensidig tillid, hvilket kræver kontinuerlig kontakt og fælles normer samt en tillidsfacilliterende adfærd. Barrierer for udviklingen af den gensidige tillid er derfor netop sjældnen og sporadisk kontakt og stor udskiftning af personalet i grænsefladen.

De uformelle bånd er særligt vigtige i grænseflader, der udelukkende bliver indgået på baggrund af fælles "klienter" og ikke et fælles output, da organisationerne ikke er direkte afhængige af hinanden i forhold til deres output, men må bindes sammen af et fælles norm om at *vill det bedste* for en fælles klient (Romzek, et al., 2013, s. 10-11).

Ifølge Romzek, et al. (2013) er der blandt frontlinjemedarbejdere i forskellige relationsprofessioner, en fællesnævner i form af et ønske om at *hjælpe*. Derfor deles også et fælles norm om at *ville det bedste* for den fælles klient. Det fælles klientfokus og den fælles norm motiverer medarbejderne til at indgå i samarbejde med hinanden på trods af forskellige mål og organisations- og professionstilhørsforhold.

### Uformel relation og tillid i grænsefladen

Mellem botilbuddene og hospitalerne, opstår der kun et samarbejde, når de har en fælles klient. Samarbejdet afhænger derfor i nogen grad af et fælles ønske om at *ville det bedste* for en indlagt beboer. Af empirien fremgår netop en sådan fælles norm, da alle parter udtrykker noget i stil med følgende udsagn fra Bet:

*Der er en vilje til at samarbejde på begge sider – for vi vil jo alle sammen gøre det så godt for de her mennesker (Bet).*

Af grænsefladeorganisering analysen fremgår det, at der er en stor udskiftning af aktører i grænsefladen samt en lav organisering og regulering. Dette betyder, at parterne har svært ved at opbygge og fastholde uformelle bånd, hvorved relationen og tilliden mellem dem, bliver mere afhængig af en fællesnorm om at *ville det bedste* for deres fælles klient. Botilbuddenes frustrationer over, at læger og hospitalsansatte har fordomme og træffer normative vurderinger om deres beboere, kan ses som et brud mod den fælles norm om at *ville det bedste*. Den skrøbelige tillid, der grundet den sjældne kontakt og underorganiseringen i grænsefladen er vanskelig at etablere, trues derfor alvorligt når parterne oplever at de andre ikke lever op til normen. På LA gives udtryk for frustration over botilbudsansatte, der ikke lever op til at *ville det bedste* for en indlagt beboer. I udsagnene fra LA skelnes der fx mellem engagerede og uengagerede botilbudsansatte. Af udsagnene fra LA fremgår det, at botilbuddene viser, at de vil deres beboere *det bedste* ved at være opsøgende og vise engagement i deres indlagte beboere. Lis udtrykker det fx således:

*Det er nok det her med hvilket engagement, de udviser fra botilbuddet – den måde de tager andel i at deres beboer er her, og viser interesse for den enkelte beboers væren og leben - det er dér man virkelig kan mærke, om de er oprigtigt interesseret i deres beboere eller ej (Lis).*

At der i grænsefladen er en norm om at *ville det bedste* fremgår endvidere af parternes begrundelser for de ekstra indsats og tilpasninger, de har ydet for at imødekomme nogle indlagte beboeres behov:

*Så må vi da betale for det ekstra døgn, for det nytter jo ikke noget at patienten mister sin plads, bare fordi han ikke kan tage af sted lige nu og her – det er jo for patientens skyld vi gør det her (Lis).*

I citatet begrunder Lis en ekstra indsats i form af en udsættelse af en patients afrejse til et genoptræningscenter med, at de gør det for patientens skyld.

Vanskelighederne ved at opnå uformelle relationer i grænsefladen, betyder endvidere, at parterne har svært ved at benytte beskyttelsesstrategien; *Udstrakt brug af uformelle kontakter* jf. Seemann (1996, s. 240-1; 2008, s. 198) jf. s 92. Der ellers ifølge Seemann, kan få samarbejdsprocesserne i grænsefladen til at forløbe lettere, da der herved kan løses opgaver uden at følge de tidskrævende formelle kommandoveje. De manglende uformelle relationer betyder dermed, yderligere ressourceforbrug for alle parter, hvilket ligeledes udtrykkes i brændpunkterne.

### **Betydningen af fælles norm og forskellige professionstilhørsforhold i grænsefladen**

I empirien fremstår, overholdelsen af normen om at *ville det bedste*, som vigtigere for interviewpersonerne end forskellige professionstilhørsforhold gør. I udgangspunktet havde jeg en fordom om, at der i grænsefladen opstår konflikter på grund af forskellige professionstilhørsforhold, men af empirien fremgår det, at interviewpersonerne tillægger det faglige fokus og viden større betydning end egentlige professionstilhørsforhold. Der kan selvfølgelig argumenteres for, at netop uenigheden om somatisk og psykiatrisk viden kan tolkes som et udtryk for en professions- og fagkamp. Det fremgår imidlertid af identifikationen af brændpunkterne, at selve professionstilhørsforholdet ikke ligger til grund for parternes beklagelser. Alle tre parter giver udtryk for, at det er sjældent – hvis ikke aldrig – at de oplyser om uddannelsesmæssig baggrund i samarbejdet, og at det ligeledes er sjældent, de interesserer sig for, hvilken faglig baggrund deres samarbejdspartner har.

Derimod lægger alle parter vægt på, hvilken viden de selv og den anden part besidder, og her fremgår stor uenighed om, hvilken viden der var den vigtigste i indsatsen for beboerne: somatisk eller psykiatrisk viden:

*I det lange samarbejde der betyder fagligheden ikke noget, det er nok nærmere fokus og faglig viden. Vi har fx mange pædagoger her der har et rigtig godt samarbejde med hospitalerne (Rya).*

I beklagelser over den manglende viden fremgår en frustration over, at den manglende viden medfører mindre optimal behandling af den fælles klient – hvor ved den anden part ikke leverer *det bedste*. Beklagelserne over den manglende viden kan derfor tolkes som en frustration over, at den anden part ikke kan yde det bedste for den fælles klient, fordi de ikke har den rette (sundhedsfaglige eller psykiatriske) viden.

### **Konklusion på betydningen af uformel relation og tillid i grænsefladen**

Analysen viser at problemerne med at oprette og fastholde uformelle relationer i grænsefladen, truer tilliden i mellem parterne. Dette afhjælpes af parternes fælles norm om at *ville det bedste* for de indlagte beboere. Omvendt kan svigt af denne norm fører til at tilliden trues alvorligt. Brændpunktet *Viden* fremstår i analysen mere, som en uenighed om, hvilken viden og tilgang der er vigtigst for at kunne yde *det bedste* for den fælles klient frem for en uenighed over fagforskelle. Min fordom om, at hospitalerne forventer at der er sundhedsfagligt uddannet personale på botilbuddene, kan derfor revideres, da empirien viser at det snarere er sundhedsmæssig viden, hospitalerne savner på botilbuddene end specifikke sundhedsfaggrupper. Det skal endvidere tages med i betragtningen, at en stor del af interviewpersonerne på begge botilbud faktisk havde sundhedsfaglig baggrund, og alligevel gik beklagelserne på, at den anden part manglende viden. Dette tyder på at overholdelsen af normen om at *ville det bedste*, er vigtigere for parternes relation end forskelle i uddannelsesmæssige baggrund og professionstilhørsforhold er. Analysen viser endvidere manglende uformelle relationer i grænsefladen, medfører at parterne har svært ved at benytte strategien med *Uformelle kontakter*, hvorved opgaveløsningen ofte må foretages via de ressourcekrævende kommandoveje. Manglen på uformel kontakt, er derfor medvirkende til parternes beklagelser over et højt ressourceforbrug.

## Konklusion

Formålet med specialet er at opnå en dybere indsigt i, hvordan grænsefladen mellem somatiske hospitalsafdelinger og socialpsykiatriske botilbud, opleves for de involverede professionelle aktører på frontlinjeniveau. Resultaterne viser, at aktørerne både på botilbuddene og LA overordnet set oplever, at samarbejdet i grænsefladen fungerer, og det lykkedes dem at få løst deres opgaver tilfredsstillende.

Grænsefladen, kan imidlertid primært karakteriseres som underorganiseret, og parterne oplever udfordringer i samarbejdet som følge heraf. Alle parter giver udtryk for at der spildes ressourcer på orientering i grænsefladen, hvilket dræner ressourcerne til løsningen af deres kerneopgaver. Jeg kan identificere en række brændpunkter bl.a. som følge af denne underorganisering, herunder at parterne har manglende kendskab til hinandens ydelser, behov og funktionsmåde, der betyder, at de har svært ved at opfylde hinandens behov i relationen. Parterne klager derfor over vanskeligheder ved at få vigtige informationer og dokumentation fra hinanden.

Derudover fremgår det, at der er en asymmetrisk afhængighed i grænsefladen, hvor botilbuddene er mere afhængige af hospitalerne end omvendt, og hospitalerne indtager derved en dominant placering. Hospitalerne og botilbuddene benytter overordnet set hhv. beskyttelsesstrategierne *Dominans* og *Alle skal være med i alting*, der medfører, at botilbuddene bruger mange ressourcer på at opnå medindflydelse, hvorved de udtrættes og frustreres over relationen. Analysen viser, at parterne i mange tilfælde undertrykker deres uenighed og forskellighed med mindre optimale opgaveløsninger og frustrationer til følge. Botilbuddene oplever, grundet den asymmetriske afhængighed og et tomrum mellem parternes normale funktionsområde, at der ofte indgås kompromisser omkring opgaveløsningen på deres bekostning, og relationen rummer derfor en latent konflikt på botilbuddenes side. Der fremgår imidlertid ingen manifest konflikt eller krigsadfærd mellem parterne, hvilket ellers ifølge Brown (1983) ellers kunne forventes, idet grænsefladen bærer præg af underorganisering, og da parterne har forskellige interesser, fx omkring udskrivningstidspunktet. Dette kan skyldes parternes undertrykkelse af forskellighed, men det kan også hænge sammen med, at den undersøgte grænseflade ikke er en specifik grænseflade mellem parter, der udtaler sig direkte om hinanden.



Af analysen fremgår det, at problemerne i grænsefladen særligt kommer til udtryk i brændpunkter omkring, hvornår en beboer vurderes udskrivningsparat, hospitalernes rummelighed overfor beboerne, der ikke opfører sig som "rigtige patienter", hvilken viden og tilgang der er den rigtige i behandlingen af beboerne, ansvarsfordeling i informations- og dokumentationsflowet i grænsefladen og endelig parternes manglende kendskab til hinanden. Det er særligt i disse situationer, at relationen er kritisk, og der er potentiale til udviklingen af manifest konflikt.

Af empirien fremgår dog også eksempler, hvor grænsefladen antager en mere organiseret form, og hvor det lykkedes parterne at finde fælles løsninger, der imødekommer alle parterers behov. Der fremgår endvidere et fællestæk hos parterne i form af et fælles ønske og norm om at *ville det bedste* for de indlagte beboere. Denne fælles norm fremgår af analysen, som et element der er med til at binde grænsefladen sammen og afhjælper nogle af de problemer, der forårsages af den lave organisering og sporadiske kontakt i grænsefladen.

Der fremgår imidlertid uenighed om, hvad dette "bedste" er, hvilket kommer til udtryk i brændpunkterne om *Viden* og "*Rigtige patienter*". Uenigheden om hvad det bedste er, kan ses som en medvirkende årsag til parternes oplevelse af, at den anden part ikke lever op til den fælles norm og tilliden mellem parterne trues herved. Den fælles norm og uenigheden om, hvad det bedste er, fremgår af empirien som havende større betydning for relationen mellem parterne, end forskellen i professionstilhørsforholdet har i sig selv. Jeg har på baggrund af dette revurderet min fordom om, at forskelle i aktørernes professionstilhørsforhold i sig selv er årsag til konflikt i grænsefladen. Jeg har ligeledes fået revurderet fordommen om, at hospitalerne forventer, at botilbuddene kan og skal levere somatisk pleje på niveau med somatiske plejehjem. Her viser analysen, at der netop opstår uenighed om hvilket niveau af pleje, det enkelte botilbud kan og skal levere. Det viser sig på den anden side, at hospitalerne ikke udelukkende overvurderer botilbuddenes plejeniveau, men også undervurderer dem, og derfor får beboere visiteret til hjemmehjælp, selvom de bor på botilbud – hvilket ligeledes er årsag til frustrationer. De uafstemte faglige forventninger kan ikke udelukkende siges at være fra hospitalernes side, da botilbuddene ligeledes giver udtryk for uopfyldte forventninger om, at hospitalerne kan rumme og varetage beboernes psykiatriske problematikker. De uafstemte forventninger



hænger endvidere snarer sammen med grænsefladens underorganiserede karakter og parternes manglende kendskab til hinanden end til egentlige forskelle i professionstilhørsforhold.

Endelig fremstår grænsefladen i enkelte situationer som overorganiseret, hvor parterne grundet deres forskellige professions- og organisationstilhørsforhold udviser forståelse for hinandens forskellighed og tager hensyn til hinandens begrænsninger og derved beskytter hinanden. Parterne arbejder i disse situationer sammen uden at påpege den anden parts mangler, på trods af utilfredshed med den anden parts output. Dette medfører dog hindringer i for at parterne får skabt tilfredsstillende, langtidsholdbare opgaveløsninger, hvilket resulterer i, at problemerne med manglende rumlighed på hospitalerne og den manglende viden bliver ved at skabe problemer og kommer til udtryk som brændpunkter i grænsefladen.

Jeg har i min analyse genfundet flere af de grænsefladeproblematikker, som påpeges i den eksisterende litteratur. Jeg finder fx i lighed med Sinding, et al. (2013), at parterne oplever at manglende viden og fordomme om sindslidelse hos somatiske behandlere, samt manglende sundhedsfaglig viden hos botilbudsansatte fører til problemer med at sikre en velkoordineret indsats i grænsefladen. Jeg fandt endvidere en sammenhæng mellem brændpunktet om manglende viden og brud på den fælles norm om at *ville det bedste*. I min empiri viste normbruddet sig sammen med den sporadiske kontakt at være årsag til, at parterne havde svært ved at opbygge en gensidig tillid, hvilket er i tråd med fundene i Romzek, et al. (2013). Endvidere fremgik der i grænsefladen uenighed om udskrivningstidspunktet, hvilket er et brændpunkt der også fremgår af undersøgelsen af grænsefladen mellem psykiatriske hospitaler og botilbud (Fredslund, et al., 2011). At der opstår et brændpunkt om udskrivningstidspunktet, er endvidere ikke overraskende da, det i høj grad her handler om opgavefordelingen og domænekonflikt, hvilket ifølge Seemann & Antoft (2002, s. 26) er et klassisk brændpunkt.

### **Mulighed for analytisk generalisering af resultaterne**

Det var som bekendt ikke muligt for mig at finde grænsefladeparter, der havde en direkte relation med hinanden. Dette implicerer, at det ikke er muligt for mig at fremlægge resultater, der kan vise noget om en specifik grænsefladerelation mellem et botilbud og en hospitalsafdeling. Derimod kan resultatet sige noget om, hvordan den generelle

grænseflade mellem botilbud og somatiske hospitaler opleves af de professionelle aktører, og hvilke brændpunkter der opstår her. Resultaterne kan derfor sige noget om, hvordan professionelle aktører oplever sporadiske relationer og arbejdet i underorganiserede grænseflader. Dette var også hensigten med studiet, og resultaterne kan derfor siges at have besvaret problemstillingen. I mine empiriske fund genfandt jeg mange af de mønstre, der er beskrevet i den valgte teoriramme samt i de ovennævnte øvrige undersøgelser. Mine resultater understøttes derved af både den teoretiske ramme og af andre undersøgelser på lignende grænseflader.

### **Perspektivering**

Af analysen fremgår adskillige vigtige problemstillinger, der grundet det valgte snævre grænsefladeperspektiv ikke var muligt for mig at behandle i indeværende speciale.

Af brændpunktet om de "Rigtige patienter" fremgår fx botilbuddene oplever at der sker en normativ vurderinger af patienterne på hospitalerne, og samtidig viser analysen, at hospitalerne kan have vanskeligt ved at rumme patienter med psykiatriske problemstillinger inden for deres normale funktionsmåde. Det betyder, at der opstår et behov for en særindsats, som kan være vanskeligt at yde til alle patienter. Hospitalerne må derfor prioritere, hvem de yder den særlige indsats for. Jeg har i min analyse rettet fokus mod svingningerne, der skabes som følge af dette tomrum i opgaveløsningen, men mit anlagte perspektiv rummer ikke blik for, hvordan de hospitalsansatte håndterer den manglende rummelighed og prioritering. Specialets omfang og anvendte metode betyder endvidere, at det ikke er muligt for mig kvantitativt at vurdere, om tomrummet er et generelt problem, og dermed påvise et behov for et somatisk udrednings- og behandlingstilbud, der kan rumme denne patientgruppe inden for deres normale funktionsområde. Mine resultater peger dog på, at det er relevant at få undersøgt dette, siden det fremgår som en væsentlig årsag til problemerne med at skabe en velkoordineret indsats i den udvalgte grænseflade.

## Overvejelser om studiets kvalitet

I følgende afsnit vil jeg kaste et refleksivt blik på min specialeproces. Jeg vil reflektere over fordele og ulemper ved den valgte teoretiske ramme samt min empiri og metode.

### Betydningen af den valgte teoretiske ramme

At jeg valgte at anlægge et udelukkende interorganisatorisk grænsefladeperspektiv har medført, at mange af mine andre interessante fund i empirien ikke er fremanalyseret. Af empirien fremtræder fx interviewpersonernes oplevelser af, at den anden part træffer forkerte normative vurderinger af de indlagte beboere, men det var ikke muligt ud fra grænsefladeperspektivet at komme dybere ind i, hvordan disse normative beslutninger træffes af frontlinjeaktører. Jeg kunne derfor med fordel have valgt at supplere det teoretiske grænsefladeperspektiv med teorier med fokus på frontlinjemedarbejderes beslutningsprocesser.

Hvis jeg endvidere havde suppleret med et systemisk eller politisk-administrativt perspektiv, kunne jeg have belyst interviewpersonernes frustrationer over manglende rummelighed på hospitalerne ud fra et spørgsmål om kapacitet. Da specialeprocessen imidlertid er underlagt faste rammer, der begrænser omfang og tidsressourcer, valgte jeg at fokusere udelukkende på grænsefladen. Anlæggelsen af det rene grænsefladeperspektiv har på den anden side givet mig muligheden for at komme i dybden med at skabe en forståelse for de komplicerede processer, der udspiller sig i interorganisatoriske grænseflader og i særdeleshed i grænseflader, der er sporadiske og underorganiserede.

### Refleksion omkring de specifikke teorier

Browns grænsefladeteoretiske univers har muliggjort en forståelse af sammenhængen mellem kvaliteter ved grænsefladen og problemer, der kan opstå her. Universet Brown beskriver, er dog meget omfattende og indeholder flere analyseniveauer, end det har været muligt for mig at anlægge i specialet her. Browns begreber fremstår nogle steder mindre veldefinerede, fx er beskrivelsen af grænsefladeadfærd mindre tydeligt og har vist sig vanskelig at operationalisere. Derudover tilbyder Browns teori ikke forståelse af, hvilke situationer konflikterne opstår i. For at identificere hvilke relationer der rummer potentiale til konflikt, måtte jeg derfor supplere Browns teori med brændpunktsanalysen.

Brændpunktsanalysemodellen har dog også vist sig at have svagheder i anvendelsen: der

er fx uklarhed om, hvordan beskyttelsesstrategierne helt konkret indgår i analysemodellen. Da ingen af de valgte teorier tilbød en forståelsesramme for, hvordan den sporadiske kontakt konkret truer relationen mellem parterne, valgte jeg at benytte Romzeks et al. (2013) belysning af uformel kontakts betydning for grænsefladerelationer.

En samlet svaghed for mit udvalg af teorier er endvidere, at teorierne omhandler grænseflader mellem specifikke samarbejdspartnere, og jeg har derfor været nødt til at foretage en teoretisk spejling af mine fund frem for en direkte applikation af teorien på min empiri. Omvendt genfandt jeg adskillige af mønstre fra min teorier i min grænseflade, og jeg har søgt at afhjælpe, svaghederne ved de forskellige valgte teorier, ved at supplere med de øvrige teoriers perspektiv.

Mit valg af teoretiskramme samt fokus i specialet, nok været styret meget af min ubevidste fordom om, at grænsefladen var konfliktfuld. Jeg kunne derfor, i forbindelse med valget af fokus og teori, have arbejdet mere aktivt med, at gøre mig bevidst om hvilke underliggende fordomme jeg traf dette valg ud fra. Jeg har dog fået revideret denne og andre fordomme gennem processen, da grænsefladen har vist sig at være mindre konfliktfuld end jeg havde regnet med, hvorved jeg har levet op til min hermeneutiske hensigt om at lade mine fordomme udfordre.

### **Refleksion omkring empiri og anvendte metoder**

Foruden teoriramens betydning for resultatet af studiet har også kvaliteten af min indsamlede empiri og dermed også min metode stor betydning.

Med hensyn til empiriens kvalitet fremstår den indsamlede empiri righoldig, nuanceret og omfangsrig, men kvaliteten kunne være øget, hvis jeg fx havde inddraget interviewpersoner fra flere medicinske specialer, fremfor at reducere den til lungemedicinsk speciale. Endvidere kunne de praktiserende læger have været inddraget i specialets fokus, da særligt botilbuddene påpeger dem som vigtige grænsefladepartnere. Jeg fravalgte begge dele af pragmatiske årsager. Jeg brugte lang tid på at finde den ene hospitalsafdeling, der kunne og ville deltage, og derefter var specialeforløbet for fremskredet til, at jeg kunne inddrage yderligere afdelinger i empirimaterialet. Jeg fravalgte som bekendt endvidere lægerne, da jeg har belyst grænsefladen mellem lægerne og botilbuddene i forprojektet. Jeg er dog usikker på betydningen af inddragelse af yderligere medicinske specialer for kvaliteten af empirien, da flere af interviewpersonerne på LA

havde erfaring fra adskillige andre specialer og hospitaler, som de ligeledes berettede ud fra, hvorved erfaringer fra flere medicinske specialer faktisk er indfanget i empirien.

Empiriindsamlingsmetoden var grundet praktiske forhold i de organisationer jeg interviewede nødt til at være fleksibel, og jeg havde derfor meget lidt metodekontrol og styring omkring hvilke og hvor mange interviewpersoner, der deltog. På den anden side viste min metode, hvor jeg var forberedt på både gruppeinterview og enkeltinterview, sig at have en styrke i og med, at det var muligt at få interviewene gennemført, stort set uanset dagsformen på de enkelte steder. Resultatet blev endvidere en empiri, der byggede på en kombination af gruppeinterviews og enkeltinterviews, og som beskrevet i metodeafsnittet trækkes derfor på fordelene ved begge metoder, men selvfølgelig også ulemperne.

## Citerede værker

Alter, C. & Hage, J., 1993. *Organizations Working Together*. s.l.:SAGE Library of Social Research.

Antoft, R., 2005. *Demenshåndtering - magt og forhandling i interprofessionelle relationer*. Aalborg: Aalborg Universitet/FLOS.

Arbejdsgruppen om Højere middellevetid for psykiatriske patienter i Region Sjælland, 2011. *Delprojekt 4: Højere middellevetid for psykiatriske patienter*, s.l.: Psykiatrien Region Sjælland.

Baxter, H. et al., 2006. Previously unidentified morbidity in patients with intellectual disability. *British Journal of General Practice*, February, 56(523), p. 93–98.

Bengtsson, S., 2011. *Danmark venter stadig på sin psykiatrireform - Et rids af udviklingen de seneste årtier*, København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

Breidahl, K. N. & Seemann, J., 2009. Jobcentret som flerarmet julenisse - tegneøvelser som dynamo og diagnostisk værktøj i organisationsanalyser. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, December, s. 8-23.

Brown, D. L., 1983. *Managing conflict at Organizational Interfaces*. USA: Addison Wesley Publishing Company.

Case Management Advisor, 2013. Coordinate care for physical, mental health issues. *Case Management Advisor*, 8, 24(8), pp. 85-7.

Crompton, D., Groves, A. & Mcgrath, J., 2010. What can we do to reduce the burden of avoidable deaths in those with serious mental illness?. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 1 3, 19(1), pp. 4-7.

Dons, A. M., 2007. *Vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv.*. København: Sundhedsstyrelsen.

Ebsen, F. & Greve, J., 2012. Kap. 2: Behandling af personer med sindslidelse – institutionsstruktur og sygehusbehandling.. I: *Et liv i periferien: Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser*. Odense: Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag, s. 20-65.

Fredslund, E. K., Hvenegaard, A. & Madsen, M. H., 2011. *Opgaveudvikling på psykiatriområdet*, København Ø: DSI - Dansk Sundhedsinstitut.

Gadamer, H.-G., 2007. *Sandhed og metode*. Århus: Acedemica.

Gouldner, A. W., 1965. *Wildcat strike : A study in worker-management relationships*. New York: Harper & Row.

Greve, J., 2012. Kap.4: Socioøkonomiske og helbredsmæssige forhold blandt personer med en svær sindslidelse – en beskrivende analyse. I: J. Greve, red. *Et liv i periferien: Levevilkår og samfundsdeltagelse blandt danskere med svære sindslidelser*. Odense: Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag, s. 89-117.

Gustafsson, J. & Seemann, J., 1988. Foranstaltninger set på tværs – en brændpunktsanalyse. I: O. B. Jensen, red. *Helhedsveje*. Aalborg: ALFUFF, s. 155-170.

Halkier, B., 2010. Kap.5. Fokusgrupper. I: *Kvalitative metoder : en grundbog*. København K: Hans Reitzels Forlag, s. 121-136.

Højbjerg, H., 2004. Hermeneutik. I: L. Fuglsang & P. B. Olsen, red. *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag, s. 309-47.

Johansen, K. S., Larsen, J. & Nielsen, A., 2012. *Tværasektorielt samarbejde i psykiatrien - Videns- og erfaringsopsamling*, København Ø: KORA- Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Justesen, L. & Mik-Meyer, N., 2010. *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. København: Hans Reitzels Forlag.

Juul, S., 2012. Hermeneutik. I: S. Juul & K. B. Pedersen, red. *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori – en Indføring*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 107-48.

Kistrup, M., Madsen, J., Aggernæs, K. H. & Wang, A. G., 2009. Sektorsamarbejde i psykiatrien. *Ugeskr Læger* 171/48, 23 11, s. 3514-18.

Kvale, S., 1997. *Interview: en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzel.

Larsen, F. B., 2008. *Fysisk sygdom hos psykisk syge*. [Online]

Available at:

<http://www.cfk.rm.dk/files/Sundhed/CFK/Udgivelser/Befolkningsunders%C3%B8gelses/HVORDAN%20HAR%20DU%20DET/Hvordan%20har%20du%20det%20-%20ONLINE%202008/Online%20nr.%204%20-%20sygdom%20hos%20psykisk%20syge.pdf>

[Senest hentet eller vist den 14. 9. 2013].

Lauersen, T. M., Munk-Olsen, T., Nordentoft, M. & Mortensen, P. B., 2007. Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: A register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizo affective disorder, and schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry*, juni, Issue 68, pp. 899-907..

Laursen, T. M., 2011. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophrenia Research*, Issue 131, pp. 101-4.

Lawrence, D. & Kisely, S., 2010. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *Journal of Psychopharmacology*, 5. 10, 24(11), pp. 61-8.

Lægeforeningen, 2011. *Opsplitning forringer psykiatrisk behandling*. [Online]

Available at:

<http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/S%C3%B8gning?sw=Opsplitning+forringer+psykiatrisk+behandling&submit.x=0&submit.y=0>

[Senest hentet eller vist den 20. 11. 2013].

- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013. *Almen praksis*. [Online]  
Available at: <http://www.sum.dk/Sundhed/Praksissektorene/Almen%20praksis.aspx>  
[Senest hentet eller vist den 20. 1. 2014].
- Morgan, D. L., 1996. Focus groups. *Annual Review of Sociology*, Volume 22, pp. 129-52.
- Olsen, H., 2002. *Kvalitative kvaler - Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet*. Danmark: Akademisk forlag.
- Region Hovedstaden, 2010. *Sundhedsaftale for Region Hovedstaden 2011-2014 - Grundaftale og bilag*, s.l.: Sundhedskoordinationsudvalget.
- Region Hovedstaden, 2011. *Hospitals- og Psykiatriplan 2020*, s.l.: Region Hovedstaden.
- Regionshospitalet Silkeborg, Medicinsk afdeling 3, 2011. *Hvad betyder NIV-behandling*, Silkeborg: Midt - Region Midtjylland.
- Rockwool Fondens Forskningsenhed, 2012. *Svære sindslidelser har massive sociale konsekvenser*. København K: Rockwool Fondens Forskningsenhed.
- Romzek, B. et al., 2013. Informal Accountability in Multisector Service Delivery Collaborations. *Journal of Public Administration Research and Theory*, june, 6., pp. 1-30.
- Seemann, J., 1996. *Når organisationer skal samarbejde - Distriktpsykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer*. København: Munksgaard.
- Seemann, J., 1999. Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk. I: E. Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersen, red. *Når styringsambitioner møder praksis*. s.l.: Handelshøjskolens forlag, s. 87-115.
- Seemann, J., 2008. kap. 9 Interorganisatoriske perspektiver. I: T. Bømler, red. *Sociale organisationer i en omstillingstid*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 184-203.
- Seemann, J. & Antoft, R., 2002. *Shared Care - samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus. Aalborg Kommunes Demensudredningsmodel i praksis*.
- Sinding, C. et al., 2013. Stigmas and Silos: Social Workers' Accounts of Care for People With Serious Mental Illness and Cancer. *Social Work in Mental Health*, Issue 11, p. 288–309.
- Socialministeriet, 2011. *Vejledning nr. 4 til serviceloven: Vejledning om botilbud mv. til voksne efter reglerne i almenboligloven, serviceloven og friplejeboligloven*. [Online]  
Available at: <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=135619>  
[Senest hentet eller vist den 12. 2. 2014].
- Socialstyrelsen, 2013. *Socialpsykiatriske tilbud*. [Online]  
Available at: <http://www.socialstyrelsen.dk/handicap/socialpsykiatri/om-socialpsykiatri/socialpsykiatriske-tilbud>  
[Senest hentet eller vist den 2. 11. 2013].



Socialstyrelsen, 2014. *tilbudsportalen.dk*. [Online]

Available at: <http://www.tilbudsportalen.dk/>

[Senest hentet eller vist den 10. 2. 2014].

Syddanmark, R., 2013. *Strategi for forebyggelse og behandling af livsstilssygdomme for mennesker med en sindslidelse i Region Syddanmark*, s.l.: Region Syddanmark.

Sørensen, J., Holsaae, M. & Bentzen, H., 2013. *Barrierer for lige adgang til det primære sundhedsvæsen for personer med en intellektuel eller psykisk funktionsnedsættelse*, Høje-Taastrup: Danske Handicaporganisationer.

Tanggaard, L. & Brinkmann, S., 2010. 1. Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I: S. Brinkmann & L. Tanggaard, red. *Kvalitative metoder- en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 29-53.

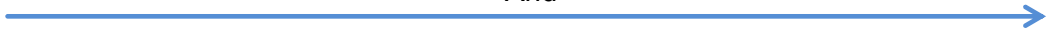

van der Voort, T. Y. et al., 2011. Collaborative care for patients with bipolar disorder: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 11, Issue 133.

Wahlbeck, K. et al., 2011. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, Issue 199, pp. 453-58.



## Bilagsafsnit

### Bilag 1 søgestrategi og historik

#### Danske søgeord:

Boolske operatører	"And" 			
	Søgeord			
"OR" 	Interorganisation*	Psykatri*	Somatik*	Somatisk hospital
	Grænseflade	Sind*	Medicinsk*	Somatisk sygehus
	Tværasektorielt*	Sindslidende*	Fysisk helbred	Somatisk afdeling
	sektorsamarbejde	Sindslidelse*	Fysisksundhed	Medicinskafdeling*
	Kommunalt og regionalt samarbejde	Psykisksyg*	fysisksygdom	
	patientforløb	Botilbud*		
	sammenhængede	Socialpsykiatri*		
	Sammenhængende patientforløb	Socialpsykiatriskebotilbud		
	Silodannelse	§ 107 tilbud		
	Shared care	§108 tilbud		

Engelske søgeord:

Boolske operatorer	"And" 				
	Søgeord				
"OR" 	Interdisciplinary *	Psychiatry	Somatic*	Community Mental Health Services	Hospital*
	Interface*	Psych*	Physical health	Housing*	Clinic*
	Interorganization*	Mentaly ill*	Physical* ill	housing services	Medic*
	inter-organization	Insane	Health	Residential faciliti*	Physical help
	Cross sector*	Psychiatric*		residential care facilities	Physical health
	Interprofessional*	Mental*		residential facilities care	Health care*
	Interprofessional Relations			Mental Health Services"	Medic care
	Cooperative*			housing for the mentally ill	
	Cooperative Behavior				
	Cohesive				
	Coordination				
	Continuity of Patient Care				
	Shared care				
	silo formation				
	Collaboration				

	Cooperat*				
	Integrated care				

### Anvendte databaser

- Cinahl: 139 hits 6 unikke relevante hits
- Pubmed/Medline: 247 hits 10 relevante
- Primo
- Psykinfo: 133 hits: 7 relevante abstrakts hvor af 3 artikler havde relevant indhold

## Bilag 2 Interviewguide enkeltpersoninterview

Formålet med spørgsmålet	Forsknings emne	Interview spørgsmål	Informantens svar	Evt. ændringer
<p>Gør det muligt at analysere ud fra fag- og professions teorier.</p> <p>At vurdere hvor meget erfaring informanten har med samarbejdet.</p> <p>Sekundært virker spørgsmålene som indledning på interviewet og bryder isen.</p>	<p><b>Informantens baggrund:</b></p> <p>Din alder</p> <p>uddannelse</p> <p>Arbejdsfunktion</p> <p>Erfaring med samarbejdet med socialpsykiatriske botilbud</p>	<p>Vil du først fortælle mig lidt om dig selv, hvad er du uddannet som, hvad er din arbejdsfunktion her på afdelingen.</p> <p>Har du haft patienter der boede på socialpsykiatriske botilbud?</p> <p>Hvor ofte vil du skyde på at du har et samarbejde med et botilbud omkring en patient?</p>		
<p>Hvordan karakteriserer informanten det interorganisatoriske netværk mellem botilbuddet og de somatiske hospitaler</p>		<p>Hvornår er det nødvendigt eller en fordel for jer at have et samarbejde med en patients botilbud?</p> <p>Hvad får I ud af et samarbejde?</p>		

		<p>Hvordan vil du beskrive samarbejdet med botilbuddene omkring jeres patienter/borgere?</p> <p>Er der nogle særlige botilbud hvor samarbejdet har fungeret særligt godt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad fungerer godt her?</li> <li>• Hvorfor fungere det godt her?</li> </ul> <p>Er der nogle botilbud hvor samarbejdet har fungeret særligt dårligt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad fungerer det dårligt her?</li> <li>• Hvorfor tror du det fungere dårligt?</li> </ul>		
<p><b>Til identifikation af Brændpunkter</b></p> <p>Hvilke</p>	<p><b>Brændpunkter i grænsefladen</b></p>	<p>Kan du fortælle mig om ét specifikt positivt</p>		

<p>brændpunkter ser informanten der er i grænsefladen?</p> <p>Hvordan karakterisere informanten brændpunkterne i det interorganisatoriske netværk med hospitalet/botilbuddet</p>		<p>samarbejdsforløb?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad var det der fungerede godt i forløbet?</li> <li>• Hvad tror du der var afgørende for at det fungerede godt?</li> </ul>		
		<p>Har du også erfaringer fra et forløb der gik mindre godt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad var det der var vanskeligt i forløbet?</li> <li>• Hvad tror du der var afgørende for, at det ikke forløb så godt?</li> </ul>		
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvis du skulle pege på de tre største styrker der er ved samarbejdet med</li> </ul>		

		<p>botilbuddene – hvad kunne de så være?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvad kunne så de tre største svagheder/problematikker ved samarbejdet være?</li> </ul>		
<p>Hvad betyder det forskellige mål og faglige fokus der er på patienten/borgeren</p> <p>Hhv. det medicinske fokus og mål om færdigbehandling fra hospitalerne og det socialfaglige dagliglivs fokus på botilbuddene?</p>	<p><b>Organisationernes Faglige fokus og mål og betydningen for samarbejdet.</b></p>	<p>Kan du beskrive hvad der er jeres mål med indsatsen her på afdelingen?</p> <p>Hvordan kommer det til udtryk i den indsats I yder overfor patienten?</p> <p>Hvilket mål tænker du at de har med indsatserne på botilbuddet?</p>		
		<p>Oplever du at der er forskelligt fokus på borgeren og mål med indsatser fra hhv. Botilbud og jeres afdeling?</p> <p>Hvis ja hvordan kommer det til</p>		



		udtryk?		
		Hvilken betydning har det for samarbejdet?		
Hvilken rolle ser informanten at de faglige- og professionelle tilhørsforhold og evt. forskelle spiller i samarbejdes relationen?	<p><b>Betydningen af professionstilhørsforhold.</b></p> <p>Hvad betyder professions og faglige tilhørsforhold for samarbejdet?</p>	<p>Oplever du at din samarbejdspartner på botilbuddets uddannelsesmæssig baggrund betyder noget for hvor godt jeres samarbejde fungerer?</p> <p>Er det fx lettere eller sværere hvis I har samme faglige baggrund?</p> <p>Hvis samarbejdet er med en person med anden faglig baggrund og fokus end dig selv, oplever du så at I ser forskelligt på patientens situation?</p> <p>- at I fx ser situationen med forskellige Faglige optikker?</p> <p>Betyder det noget for samarbejdet hvis I ser meget forskelligt på</p>		

		<p>patients situationen?</p> <p>Hvis ja: Hvilken betydning har det?</p> <p>Positive og negative?</p>		
Hvor tydelig er opgavefordeling og ansvar		<p>er tydeligt for alle parter</p> <p>medarbejdere, hvem der har ansvar, for</p> <p>hvilke opgaver i forbindelse med indlæggelse</p> <p>og udskrivelse af en patient/borger?</p> <p>hvordan kommer det til udtryk?</p>		

## Gruppeinterview om samarbejdet med socialpsykiatriske botilbud

### Dagsorden:

1. **Introduktion ved Heidi**
2. **Fælles præsentationsrunde**
3. **Diskussion: hvad er samarbejde?**
  - a. Er samarbejdet med botilbud overhovedet nødvendigt for jer?
  - b. Hvad karakteriserer de patienter, hvor et samarbejde er nødvendigt?
  - c. Hvad får I ud af det?
  - d. Hvad får patienten ud af det?
4. **Tegneopgave: 10 minutter**
  - a. Gå sammen i grupper (max. 3 personer)
5. **Fremlæggelse og diskussion af tegningerne**
  - a. Hvad symboliserer jeres tegning?
  - b. Hvor<sup>8</sup> opstår der /Opstår der udfordringerne i samarbejdet?
6. **Diskussion af:**
  - a. Hvilke af udfordringerne påvirker jeres arbejde mest?/ Hvordan oplever I samarbejdet?
  - b. Hvordan handler I, i forhold til udfordringerne i samarbejdet?
  - c. Hvorfor handler I som I gør?
  - d. Hvordan handler de ansatte på botilbuddene?
  - e. Hvorfor tænker I de ansatte på botilbuddene handler som de gør?
  - f. Hvilke forventninger /behov har I til de ansatte på botilbuddene?
  - g. Er der noget I ønsker de gjorde mere af?
7. **Hvad betyder det faglige fokus og mål for indsatsen?**
  - a. Er der forskelle på jeres faglige fokus og målsætning for jeres indsats og de ansatte på botilbuddene faglige fokus og mål?
  - b. Hvordan kan det mærkes i samarbejdet hvis I har forskelligt mål med indsatserne?
8. **Diskussion: spiller den faglige- og uddannelsesmæssige baggrund en rolle i samarbejdet?**
  - a. Er det fx lettere eller sværere at samarbejde, hvis I og de ansatte på botilbuddene har samme faglige baggrund?
  - b. Er der nogle faggrupper på botilbuddene, der er lettere at arbejde sammen med end andre?
9. **Hvilken samarbejdsform fungerer bedst for jer?**
  - a. Er det fx bedst hvis I har mødt/har mulighed for at mødes med de ansatte på botilbuddene ansigt til ansigt, eller er skriftligt eller telekommunikation vigtigere?

---

<sup>8</sup> Tekst der er rødt = spørgsmål der er ændret til den tekst der er angivet med blå

## Bilag 4 tegneopgave

### Tegneopgave:

- a. Gå sammen i grupper (max. 3 personer)
- b. Tegn samarbejdet med de ansatte på botilbuddene omkring jeres patienter som I ser det.
- c. Lav gerne metaforiske tegninger: såsom samarbejdet som skibe på et hav, eller edderkoppespind, mv.
- d. Angiv på tegningen:
  - i. Hvilken rolle, I spiller i arbejdet om jeres patienter og hvilken rolle de ansatte på botilbuddene spiller.(hvilke forventninger har I, til de hospitalsansatte?)
  - ii. Hvor der kan opstå udfordringer i samarbejdet.