

Sygeplejersker som "organisatorisk lim" i sundhedsvæsenet

Interorganisatoriske, professionelle og feminine perspektiver

Døssing, Anne

DOI (link to publication from Publisher):
[10.5278/vbn.phd.socsci.00084](https://doi.org/10.5278/vbn.phd.socsci.00084)

Publication date:
2018

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

[Link to publication from Aalborg University](#)

Citation for published version (APA):
Døssing, A. (2018). *Sygeplejersker som "organisatorisk lim" i sundhedsvæsenet: Interorganisatoriske, professionelle og feminine perspektiver*. Aalborg Universitetsforlag.
<https://doi.org/10.5278/vbn.phd.socsci.00084>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at vbn@aub.aau.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

**SYGEPLEJERSKER SOM
”ORGANISATORISK LIM”
I SUNDHEDSVÆSNET**

INTERORGANISATORISKE, PROFESSIONELLE
OG FEMININE PERSPEKTIVER

**AF
ANNE DØSSING**

PH.D. AFHANDLING 2018



AALBORG UNIVERSITET

SYGEPLEJERSKER SOM "ORGANISATORISK LIM" I SUNDHEDSVÆSNET

**INTERORGANISATORISKE, PROFESSIONELLE
OG FEMININE PERSPEKTIVER**

af

Anne Døssing



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Dissertation submitted April 2018

Ph.d. indleveret: April 2018

Ph.d. vejleder: Prof. Janne Seemann,
Aalborg Universitet

Ph.d. bi-vejleder: Lektor Viola Burau,
Aarhus Universitet

Ph.d. bedømmelsesudvalg: Lektor Jeppe Gustafsson
Aalborg Universitet

Lektor Susanne Boch Waldorff
Copenhagen Business School

Førsteamanuensis Ingunn Aase
Universitetet i Stavanger

Ph.d. serie: Det Samfundsvidenskabelige Fakultet,
Aalborg Universitet

ISSN (online): 2246-1256
ISBN (online): 978-87-7210-196-5

Udgivet af:
Aalborg Universitetsforlag
Langagervej 2
9220 Aalborg Ø
Tlf. 9940 7140
aauf@forlag.aau.dk
forlag.aau.dk

© Copyright: Anne Døssing

Trykt i Danmark af Rosendahls, 2018

Normalsider: 234 sider (å 2.400 anslag inkl. mellemrum).



CV

Anne Døssing er uddannet sygeplejerske og har en kandidatgrad i sygeplejevidenskab (cand.cur.) fra Aarhus Universitet.

Forud for ph.d.-projektet har Anne været ansat som adjunkt og senere lektor ved den sundhedsfaglige diplomuddannelse (SD) i VIA UC, hvor hendes faglige interesse især har været rettet mod kvalitet i sundhedsvæsenet i et fagligt, organisatorisk og et patient/borger-perspektiv.

Disse interesser afspejler sig bl.a. i, at Anne har været ansvarlig for tværprofessionelle diplommoduler og kompetenceudviklingsforløb med fokus på kvalitetsudvikling, sammenhængende patient/borger-forløb og patientinddragelse. Endvidere har hun været involveret i interne samt eksterne formidlings- og udviklingsprojekter centreret omkring forløbskoordinering og livet med kronisk sygdom.

Under ph.d.-forløbet har Anne været tilknyttet ”Centre for Organization, Management and Administration” (COMA) ved Aalborg Universitet samt været på et tre måneders forskningsophold ved School of Healthcare Sciences, Cardiff University.

ENGLISH SUMMARY

The insufficient integration of healthcare services is a long lasting and growing challenge in highly differentiated healthcare systems. Fragmentation particularly affects the relatively large group of patients with multi-morbidity (two or more co-existing chronic diseases) who need a range of individualized services from numerous healthcare providers. At the same time, the high level of task complexity in multi-morbidity alters the nature of the task so that patient pathways involve reciprocal interdependence and a constant need for the mutual adjustment of individual services.

In Denmark, numerous attempts have been made to promote coordination across healthcare organizations, and the tendency has been to focus on macro structures and the standardization of services. However, the coordination challenges cannot be solved merely by administrative coordination. Consequently, it is worth paying attention to inter-organizational coordination (IOC) at the operative level of healthcare.

When it comes to professional groups, the nursing profession offers a particularly interesting case: they are referred to as “organizational glue” in the research literature, yet insight into how nurses practice and interpret IOC is severely limited.

To address this challenge, a literature review is performed, focusing on IOC in public organizations and on the relationship between professions, organizations and gender. This leads to the formulation of the three research questions which guide the dissertation:

1. *How do nurses practice operational inter-organizational coordination in relation to patients whose cases involve a high level of task complexity?*
2. *How do gendered structures influence nurses' performance of inter-organizational coordination?*
3. *What is the professional self-concept of clinical nursing professionals when it comes to inter-organizational coordination?*

The answers to these questions are based on a theory-informed abductive research strategy associated with an interpretivist research paradigm combined with an idealist ontology and a constructivist epistemology.

The empirical study is designed as a synchronous qualitative case study with three embedded cases associated with the central organizational units in the Danish healthcare system:

- *Nurses from a medical department (bed units and outpatient clinics)*
- *Nurses from municipal institutions (community nursing and nursing homes)*
- *Nurses from general practice (five independent practices of varying size)*

The participants in the study were clinical nurses and nurse leaders, and data was generated through observation and focus groups with a focus on patients with multi-morbidity. These patients represent a key-case of IOC with high task complexity.

The study showed that participating nurses practice formal and informal IOC interchangeably. Typically, the nurses are very loyal to formal IOC mechanisms, and these are their first preference. However, when the nurses find formal IOC insufficient for the management of fragmentation, they temporarily switch to informal IOC. This adaptation is motivated by a strong professional commitment to making things work, to "being on top of thing" (especially medicine), and to safeguarding adequate care and treatment.

Informal IOC is divided into supplementary and by-passing practices.

Telephone calls are preferred for supplementary IOC, and this informal practice is linked with various coordination goals: appropriate behavior, transfer confirmation, handling mistakes, unravelling the pathway, mediation, instant peer-guidance and gathering missing information.

By-passing IOC deviates from formal rules and involves pro-forma coding, the divergent administration of materials, contact without patient consent and esoteric coordination.

The nurses' IOC practices are partly loyal to formal rules and partly based on informal agency. Informal agency is both a problem and a necessity in a strongly differentiated healthcare system with profound task complexity.

The nurses' IOC practices involve a reconstruction of traditional gendered structures, including hierarchical elements. The nurses "do femininity" in IOC in the form of a flexible and compensating coordination practice centered on the needs of others. They attend to the patients' need for integrated services, they attend to organizational needs by taking care of practical arrangements when patients are moved through the system, they play an active role in the orchestration of services by weaving in relevant actors, and they try to manage functional gaps by making health problems someone's problem. Moreover, the nurses attempt to attend to the need of other professionals by following up on activities and by carrying out supportive organizing work across organizational boundaries.

IOC is often practiced as an implicit task for which the nurses are held accountable without formal acknowledgement, and the nurses "do hierarchy" by actively engaging in adaptive and informal IOC while refraining from engaging in standardized, formal IOC. Furthermore, the nurses are differentiated among themselves, in that the domestic knowledge of patients' everyday lives with multi-morbidity is associated with the feminine sphere and regarded as being of less importance in IOC. Consequently, nurses from the municipality are placed at the lowest level in the internal professional hierarchy.

The nurses' professional self-concept when it comes to IOC can be characterized as a non-homogeneous mixture of rejection, profound ambivalence and inclusion.

The rejection of IOC as a legitimate nursing task is associated with the administrative character of this work. Ambivalence towards IOC is reflected in numerous accounts related to the demarcation of the nursing job, to (un)awareness of IOC tasks, to nursing education, and to the location, working tools and distribution of IOC tasks among staff members. The inclusion of IOC in nursing is associated with a functional understanding of nursing and the interpretation of IOC as an integral part of caring for patients.

Overall, the professional self-concept of nurses when it comes to IOC involves the rejection of any IOC monopoly, a clear emphasis on the IOC expertise of nurses, and some disconnection between IOC and the core concept of caring.

The conclusions reached in addressing the first research question contribute to the existing knowledge of operative coordination in healthcare in three main ways: 1) they identify specific informal IOC practices and divide these into supplementary IOC and by-passing IOC; 2) they demonstrate how informal IOC practices support formal IOC in an adaptive interplay shaped by predictable and unpredictable need for IOC in a complex system; and 3) they connect the adaptive interplay between formal and informal IOC to a concurrent organizational and professional ambition of achieving integration.

The conclusions reached in addressing the second research question contribute empirically to the field by demonstrating how nurses “do femininity” in performing organizational tasks. Moreover, the conclusions contribute to the organizational literature of professions by 1) verifying that feminine institutions influence how female dominated professions practice organizational work, and 2) pointing out that the organizational capacity of these professions is not limited to the organization to which the professionals are affiliated but can be stretched across organizational boundaries. On the basis of the analytical findings, professional transformation is rejected as a relevant explanation of the nurses’ IOC involvement. Rather, the findings suggest that the reconstruction of gendered organizational behavior can lead to the transfer of organizational competences to new organizational tasks in response to contextual changes influencing the patients’ needs.

The conclusions reached in addressing the third research question indicate that the concept of “hybrid professionalism” is most consistent with the prevailing ambivalent interpretation of IOC. Nevertheless, there are findings that suggest that IOC may be located both outside and inside nursing, and, therefore, neither “dirty work” nor “organized professionalism” can be rejected as relevant theoretical perspectives. As a result, it is not possible to draw firm theoretical conclusions regarding the professional self-concept of clinical nursing professionals when it comes to IOC.

Overall, the dissertation contributes to the field by integrating three theoretical perspectives which otherwise appear relatively independently in the scientific literature. Theoretical insight regarding IOC in public organizations is integrated with insights drawn from recent organizational studies of professions regarding the

relationship between organizations and professions, and both of these perspectives are then combined with theoretical insight from the "gender and organization" literature.

In sum, the dissertation link professional perspectives with gendered organizational structures in an inter-organizational setting, and as a result, it extends the level of understanding about the way in which female dominated professions practice and interpret IOC.

DANSK RESUME

I højt differentierede sundhedsvæsen er mangelfuld integration af sundhedsydelser en langvarig, men stadig tiltagende udfordring. Fragmentering rammer især den relativ store gruppe af patienter med multisygdom (2+ kroniske sygdomme), som er afhængige af multiple, individualiserede sundhedsydelser fra en række aktører. Samtidig påvirker multisygdom i sig selv opgavens karakter pga. en høj opgavekompleksitet, hvorved disse patientforløb er karakteriseret ved en reciprok afhængighed mellem de involverede aktører og et kontinuerligt behov for gensidig tilpasning.

Hidtil er der i Danmark implementeret en række tiltag møntet på at skabe sammenhæng på tværs af sundhedsvæsnets organisationer med en tendens til at fokusere på makrostrukturer og standardisering af indsatser. Administrativ koordinering kan imidlertid ikke alene løse koordineringsudfordringer, hvorfor det også er relevant at rette opmærksomhed mod interorganisatorisk koordination (IOC) på det operative niveau i sundhedsvæsenet. I den sammenhæng udgør sygeplejefprofessionen en særlig interessant case: Sygeplejersker omtales i forskningslitteraturen som 'organisatorisk lim', men der mangler indsigt i, hvordan de varetager og fortolker IOC.

I forlængelse af denne problemstilling samt en gennemgang af forskningslitteraturen vedrørende dels IOC og dels samspillet mellem professioner, organisationer og køn, er afhandlingen centreret omkring følgende forskningsspørgsmål:

1. *Hvordan varetager sygeplejersker operationel interorganisatorisk koordination hos patienter med høj opgavekompleksitet?*
2. *Hvordan influerer kønnede strukturer på sygeplejerskers varetagelse af operationel interorganisatorisk koordination?*
3. *Hvordan er den professionelle selvforståelse af interorganisatorisk koordination blandt kliniske sygeplejefprofessionelle?*

Besvarelsen heraf sker via en teori-informeret abduktiv forskningsstrategi, som er knyttet til et interpretivistisk forskningsparadigme baseret på en idealistisk ontologi og en konstruktivistisk epistemologi.

Den empiriske undersøgelse er designet som et synkront, kvalitativt casestudie med tre indlejrede cases, der har tilknytning til de tre centrale organisatoriske enheder i det danske sundhedsvæsen.

- Sygeplejersker fra et hospital (sengeafsnit og ambulatorium)
- Sygeplejersker fra en kommune (hjemmesygepleje og plejehjem)
- Sygeplejersker fra almen praksis (fem klinikker i forskellige størrelse)

Deltagerne består af almindelige kliniske sygeplejersker samt sygeplejefaglige ledere, og datamaterialet er genereret via først observation og hernæst fokusgrupper, hvor fokus i begge sammenhænge har været afgrænset til patienter med multisygdom som en key-case på IOC ved høj opgavekompleksitet.

Afhandlingens resultater viser, at sygeplejerskernes varetagelse af IOC sker i et adaptivt samspil mellem formel og uformel IOC. Som udgangspunkt er sygeplejerskerne loyale over for de formelle IOC-mekanismer, som prioriteres som et første valg. Når formel IOC er utilstrækkelig til håndtering af fragmentering, skifter sygeplejerskerne dog midlertidigt til uformel IOC motiveret af et stærkt professionelt engagement i at få indsatser integreret i overensstemmelse med patientens interesser og en vedvarende stræben efter at have styr på tingene – især medicinen.

Uformel IOC opdeles i supplerende og by-passende praksis, hvor sidstnævnte direkte afviger fra den formelle organisering. Telefonopkald er sygeplejerskernes foretrukne supplerende IOC praksis knyttet til følgende formål: Passende adfærd, verificering af opgaveoverdragelse, håndtering af fejl, rede tråde ud, mægling, kollegial sparring og indsamling af manglende information.

Bypassende IOC varetages via anvendelse af proforma ydelser, afvigende administration af materialer, kontakt uden patientsamtykke samt indforstået koordination.

Samlet set er sygeplejerskernes varetagelse af IOC således karakteriseret ved dels en omfattende formel loyalitet, dels uformel handlekraft/virke, som kan betegnes som både problematisk og nødvendig i et stærkt differentieret sundhedsvæsen med omfattende opgavekompleksitet.

Endvidere implicerer sygeplejerskernes varetagelse af IOC en rekonstruktion af traditionelle kønnede strukturer inklusiv hierarkiske elementer i kønsarbejdsdelingen.

Sygeplejerskerne ”do femininity” i IOC i form af en fleksibel, kompenserende koordinerings praksis centreret om andres behov: De forsøger at imødekomme patienternes behov for integrerede indsatser. De forsøger at imødekommer organisatoriske behov ved at arrangere en række praktiske forhold, når patienter bevæges rundt i systemet, de spiller en aktiv rolle i orkestreringen af indsatser ved løbende at indflette relevante aktører, og de forsøger at håndtere usammenhængende opgaveløsning ved at gøre specifikke problemer til nogens anliggende. Endvidere forsøger de at imødekomme andre professionelles behov ved at følge op på aktiviteter på tværs af organisatoriske grænser og ved at udføre supporterende IOC opgaver.

IOC varetages i høj grad som en implicit praksis, som sygeplejerskerne holdes ansvarlige for uden formel anerkendelse heraf, og sygeplejersker ”do machy” ved aktivt at engagere sig i adaptiv og uformel IOC, mens de holder sig tilbage fra aktiv involvering i standardiseret, formel IOC. Endvidere ses en intern differentiering som følge af, at viden om patientens hverdagsliv med multisygdom knyttet til den private

feminine sfære betragtes som mindre relevant, hvilket placerer de kommunale sygeplejersker nederst i det interne professionelle hierarki.

Den professionelle selvforståelse af IOC blandt kliniske professionelle kan karakteriseres som et dynamisk uhomogent miks af afvisning, omfattende ambivalens og inklusion af IOC i sygeplejens legitime opgavefelt. Afvisning af IOC som en legitim opgave betinges især af opgavens administrative karakter, mens ambivalens knytter sit til en række forhold som jobafgrænsning, intern/ekstern opmærksomhed, indhold i grunduddannelsen, rollefordeling blandt medarbejdergrupper, anvendte arbejdsredskaber i IOC og placeringen af dette arbejde på kontoret/bag skærmen. Inklusion af IOC i det legitime opgavefelt knytter sig til en funktionel forståelse af sygepleje samt en fortolkning af IOC som en del af at yde omsorg for patienterne.

Samlet set indebærer den professionelle selvforståelse dels en afstandstagen til et IOC monopol, dels en understregning af professionens IOC ekspertise, dels en manglende eksplicit kobling mellem IOC og det centrale omsorgsbegreb.

Konklusioner relateret til det første fokuserede forskningsspørgsmål bidrager til den eksisterende viden om operativ koordinering i sundhedsvæsenet ved 1) at identificere specifikke uformelle IOC praksisformer og opdele dem i supplerende og bypassende aktiviteter, 2) at demonstrere hvordan disse uformelle IOC aktiviteter fungerer som support for formel IOC i et adaptivt samspil formet af forudsigelige og uforudsigelige behov for IOC i en kompleks kontekst, og 3) at koble det adaptive samspil mellem formel og uformel IOC til en samstemmende organisatorisk og professionel ambition om integration.

Konklusioner relateret til det andet fokuserede forskningsspørgsmål bidrager med empirisk indsigt i, hvordan sygeplejersker "do femininity" i relation til en organisatorisk opgave som IOC. Herudover bidrager konklusionerne til "Organizational studies of professions" ved 1) at verificere at feminine institutioner influerer på kvindedominerede professioners varetagelse af organisatoriske opgaver og 2) at påpege at disse professioners organisatoriske kapacitet ikke er afgrænset til den specifikke organisatoriske forankring, men derimod kan strække sig ud over organisatoriske grænser.

På baggrund af fundene fra analysen afvises professionel transformation som en anvendelig forklaring på sygeplejerskernes involvering i IOC. Snarere implicerer fundene, at rekonstruktion af feminin organisatorisk praksis kan resultere i, at eksisterende organisatorisk kapacitet overføres til nye organisatoriske opgaver som respons på kontekstuelle forandringer, der påvirker patienternes behov.

På baggrund af konklusionerne relateret til det tredje fokuserede forskningsspørgsmål synes begrebet "hybrid professionalism" at stemme mest overens med den dominerende ambivalente fortolkning af IOC blandt sygeplejerskerne. Imidlertid er der samtidig fund, som placerer IOC uden for og inden for sygeplejens legitime opgavefelt. Derfor kan hverken "dirty work" eller "organized professionalism" udelukkes som relevante teoretiske optikker. Følgelig er det ikke muligt at foretage

en entydig teoretisk konklusion vedrørende den professionelle selvforståelse af organisatorisk arbejde blandt kliniske sygeplejefprofessionelle.

Afhandlingen bidrager i sin helhed ved at integrere tre teoretiske perspektiver, der ellers fremstår som relativt uafhængige i den øvrige videnskabelige litteratur: Teoretisk indsigt vedrørende IOC i offentlige netværk integreres med indsigt fra nyere organisatoriske studier af professioner vedrørende relationen mellem organisationer og professioner, og begge disse perspektiver forbindes med teoretisk indsigt fra "Gender and Organization" litteraturen.

Samlet bevirker det, at afhandlingen knytter professionsperspektiver til kønnede organisatoriske strukturer i en interorganisatorisk sammenhæng, og herved højner den forståelseskraften af, hvordan en kvindedomineret profession varetager og fortolker en organisatorisk opgave som IOC.

TAKSIGELSER

Til trods for at et ph.d.-projekt er en individuel præstation, er der alligevel en række personer, som forud for og undervejs i forløbet har været afgørende for at nå i mål. Derfor vil jeg gerne rette en stor tak til følgende:

Fra VIA UC vil jeg gerne takke områdechef Kirsten Roelsgaard og tidligere forskningschef David Mayntz for i først omgang at satse på min projektide og for deres opbakning under forarbejdet til projektet. Endvidere vil jeg gerne takke Pernille Roholt fra projektkontoret for hjælp med forskningsansøgninger samt en række VIA-kolleger for sparring og opbakning i projektets tilblivelsesfase. Særlig tak til Astrid Scheibel for altid at ”lægge øre” til mine overvejelser.

Under projektet har særligt tre personer haft en afgørende betydning; min hovedvejleder Janne Seemann, min medvejleder Viola Burau og min ”bonus-vejleder” Davina Allen.

Janne og Viola; I har på hver jeres facon bidraget med velforberedt og særdeles indsigtsfuld vejledning. Det har til tider været frustrerende og udfordrende at forholde sig hertil, men det har altid været indsatsen værd, og jeg er dybt taknemmelig for jeres vedholdende engagement og opbakning.

Davina; I am most appreciative for the constructive feedback and guidance on publication during my research stay at Cardiff University.

Herudover vil jeg gerne rette en stor tak til de deltagende organisationer og særligt de sygeplejersker og ledere, som har givet mig adgang til deres hverdag.

Også tak til forskningsgruppen COMA (Aalborg Universitet) for at byde mig velkommen med ”åbne arme” i ”organisations- og management-verdenen”, og ikke mindst til ”Novo Nordisk” og ”Folkesundhed i Midten” for den økonomiske opbakning til projektet.

Afslutningsvis vil jeg takke familie og venner for at heppe på mig under dette akademiske maraton.

INDHOLD

Prolog	17
Kapitel 1. Udgangspunkter og problemfelter	19
1.1. Fragmenterede patientforløb i sundhedsvæsenet	19
1.2. Multisygdom	21
1.3. Forløbskoordinering	24
1.4. Evidens for forløbskoordinering ved multisygdom	25
1.5. Sygeplejefprofessionens aktuelle rolle i forløbskoordinering	27
Kapitel 2. Formål og forskningsspørgsmål	29
Kapitel 3. Indhold og disposition	31
Kapitel 4. Videnskabsteoretisk grundlag og forskningsstrategi	35
Kapitel 5. Litteraturgennemgang del 1: Koordinering mellem offentlige organisationer	39
5.1. Hvad er interorganisatorisk koordination?	40
5.2. Hvor foregår interorganisatorisk koordination?	44
5.2.1. Afgrænsning af organisationer	44
5.2.2. Mellem organisationer	44
5.2.3. Mål i netværk	46
5.2.4. Hierarki og netværk	48
5.2.5. Koordineringsniveauer	48
5.3. Hvorfor er der behov for interorganisatorisk koordination?	49
5.3.1. Gensidig afhængighed ("Interdependence")	49
5.3.2. Opgavekompleksitet	51
5.3.3. Funktionel og strukturel differentiering	52
5.3.4. Andre forklaringer på udviklingen af IOC	53
5.4. Hvordan foregår interorganisatorisk koordination?	54
5.4.1. Koordineringsmekanismer	54
5.4.2. Moderatorer	58
5.4.3. Barrierer, fremmede forhold og risici ved IOC	60
5.5. Interorganisatorisk koordination på det udførende niveau	61
5.6. Refleksion: Forløbskoordinering forstået som interorganisatorisk koordination	64
Kapitel 6. Litteraturgennemgang del 2: Samspeilet mellem organisationer, professioner og køn	67
6.1. Professioner versus organisationer	67
6.2. Professioner og organisationer som gensidigt afhængige	68
6.3. Udvikling af organisatorisk kapacitet blandt professionelle	70
6.4. Nutidige former for professionelle	71
6.5. Refleksion: Samspeilet mellem professioner og organisatoriske opgaver	72
6.6. Sygepleje; et feminint projekt i en maskulin verden	73
6.7. Organisationer og professioner modelleret i en maskulin logik	75
6.8. Den kønnede arbejdsdeling i sundhedsvæsenet	77

6.9. Sygepleje og organisering	80
6.10. Afgrænsning af sygeplejens legitime opgavefelt	83
6.11. Adskillelse af selvforståelse og ekspertise	86
6.12. Refleksion: Organisatorisk kapacitet og kønsarbejdsdeling	87
6.13. Samlet refleksion vedrørende litteraturgennemgangen	90
Kapitel 7. Empirisk forskningsdesign	91
7.1. Et kvalitativt casestudie design	91
7.2. Caseudvælgelse	93
7.3. Type af casestudie	95
7.4. Datagenerering	97
7.4.1. Deltagerobservation	98
7.4.2. Fokusgrupper	99
7.4.3. Overvejelser vedrørende dokumentanalyse	102
7.5. Ethiske perspektiver	102
7.6. Analysestrategi	104
7.7. Refleksioner vedrørende forskerrollen	105
Kapitel 8. Artikel 1	ikke offentlig
Kapitel 9. Artikel 2	ikke offentlig
Kapitel 10. Artikel 3	ikke offentlig
Kapitel 11. Afhandlingens begrænsninger	173
Kapitel 12. Afhandlingens konklusioner og bidrag	179
12.1. Samlet konklusion	185
12.2. Afhandlingens bidrag	186
12.2.1. Bidrag vedrørende operativ koordinering i sundhedsvæsnets	186
12.2.2. Bidrag vedrørende kvindedominerede professioner og organisatoriske kompetencer	187
12.2.3. Bidrag vedrørende den professionelle selvforståelse af organisatorisk arbejde	188
12.2.4. Afhandlingens samlede bidrag	189
Litteraturliste	191
Appendix	211

PROLOG

Noter fra deltagerobservation på geriatrisk sengeafsnit:

Klokken er 8.30, og sygeplejersken Stine er ved at få styr på planen for Niels. Han har cancer og har fået diabetes som en bivirkning til behandlingen. Niels skal i dag til en PET-scanning på et andet hospital. Pga. faste er han aftenen før blevet indlagt på afsnittet til blodsukkerkontrol og insulinadministration. Ellers er det hjemmesygeplejen, der administrer diabetesbehandlingen.

Stine har nu to problemer. For det første står der i den elektroniske patientjournal, at der er bestilt siddende transport til scanning kl. 10.30, men da Stine tjekker selve bookingsystemet, står der, at scanningen er kl. 9.30. For det andet har Niels' blodsukkerværdier været ustabile, og Stine er derfor i tvivl om hensigtsmæssig insulindosis og behov for intravenøs (i.v.) glukose.

Først ringer Stine til sekretæren på det andet hospital for at få styr på tidspunktet for scanningen. Det er kl. 10.30. Herefter får Stine fat i en læge for at spørge til insulinordination ved faste. Lægen er på vej videre og svarer kort, at der er en instruks herfor. Stine finder instruks; insulindosis skal halveres, og der skal gives i.v. glukose, hvilket vil kræve en liggende transport.

Stine ringer så for at høre, om hun kan nå at ændre kørslen til liggende. Svaret er, at de vil prøve at nå det, men de kan ikke love noget. Efter at have tænkt sig om beslutter Stine sig for at holde fast i den siddende transport, så hun er sikker på, at Niels kommer frem til tiden. Hendes plan er at give insulin jævnfør instruks og starte glukosedrop, og så vil hun ringe til sygeplejersken på PET-afsnittet og bede vedkommende om at måle blodsukker og tage stilling til behov for glukose ved ankomsten. Stine skynder sig at give Niels insulin og glukose, informerer ham om planen, pakker materiale/udstyr til i.v. glukose samt madpakke og når lige det hele, inden chaufføren kommer for at hente ham.

Herefter ringer Stine til sygeplejersken ved scanningsafsnittet for at lave en aftale. Sygeplejersken siger straks, at patienterne slet ikke må få glukose før en PET-scanning. Hun spørger, hvorfor Stine ikke har fulgt deres retningslinje og siger, at hun vil drøfte situationen med en læge, og så må de se, om scanningen skal aflyses, eller om den kan foretages senere på dagen, når nu Niels er på vej.

Over middag tjekker Stine op på Niels i den elektroniske journal. Der er booket en ny tid næste uge, og Stine ringer til scanningsafsnittet for at høre, om han er sendt hjem? Niels afventer dog stadig scanning, og sekretæren kan ikke sige, om han udskrives i aften eller i morgen. Stine ringer så videre til hjemmesygeplejen og fortæller, hvad der er sket, og beklager, at hun ikke ved, hvornår Niels kommer hjem. Hjemmesygeplejersken siger, at det skal de nok finde ud af. De beholder de planlagte besøg hos Niels i aftenkøreplanen, og så skriver hun en note om, at de forinden skal ringe og høre, om han er hjemme.

Ovenstående case giver en empirisk forsmag på projektets interessefelt; operativ koordinering på tværs af sundhedsvæsnets organisationer. Forskningen indenfor dette

felt har i høj grad været og er stadig optaget af barrierer for sammenhængende indsatser i sundhedsvæsnet (fx Auschra, 2018). Der har i langt mindre grad været rettet forskningsmæssig opmærksomhed mod integrative mekanismer, som får indsatser til at hænge sammen - til trods for utallige barrierer. Som casen illustrerer, udelukker det ene imidlertid ikke det andet: På den ene side sker der en fejl med dertilhørende ekstra ressourceforbrug, og på den anden side er der også en række handlinger, som på tværs af organisatoriske grænser er med til at sikre systemets produktion. Så når jeg i dette projekt grundlæggende er optaget af sygeplejerskers integrative funktioner i det danske sundhedsvæsen, er det ikke udtryk for en professionschauvinistisk ambition om at fremstille sygeplejersker som ufejlbarlige "koordineringshelte". Derimod er det udtryk for en forskningsmæssig ambition om at supplere viden om interorganisatoriske barrierer med dybdegående indsigt i integrative funktioner knyttet til en specifik gruppe af professionelle.

KAPITEL 1. UDGANGSPUNKTER OG PROBLEMFELTER

1.1. Fragmenterede patientforløb i sundhedsvæsenet

I såvel en dansk som en international sammenhæng er det et generelt og vedvarende problem at skabe sammenhæng i offentlige indsatser, hvilket især rammer borgere med multiple problemer, som er afhængige af ydelser fra en række organisationer. Problemet rammer også patientforløb i sundhedsvæsenet, hvor fragmentering - forstået som sammenbrud i kommunikation og samarbejde mellem serviceleverandører - til stadighed resulterer i mangler i relation til rettidighed, kvalitet, sikkerhed, effektivitet og patientcentrering (Curry & Ham, 2010; Region Midtjylland, 2013; Singer et al., 2011; Udvalget om evaluering af kommunalreformen, 2013). Fragmenterede forløb er imidlertid stik imod intentionen i sundhedsloven, som fremhæver, at sundhedsvæsenet skal sikre sammenhæng mellem ydelserne, samt at tilbuddet til den enkelte er karakteriseret af kontinuitet (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2010; Sundheds- og Ældreministeriet 2018). For patienterne vil det typisk være associeret med relationel kontinuitet, forbindelse mellem initiativer og let adgang til relevante sundhedsprofessionelle ved behov (Bayliss, Edwards, Steiner, & Main, 2008; H. M. Martin & Borst, 2013; Noël, Frueh, Larme, & Pugh, 2005), hvorved det for patienterne er uvæsentligt, om indsatsen leveres af en eller flere leverandører, så længe der er sammenhæng i den indsats, de modtager (Curry & Ham, 2010). Sundhedslovens formål om et "sammenhængende patientforløb" kan således sammenstilles med det teoretiske begreb "Continuity of Care", som udtrykker den grad, hvormed en serie af sundhedsfaglige hændelser bliver opfattet som sammenhængende og forbundet samt i overensstemmelse med patientens behandlingsbehov og personlige kontekst (Haggerty, Reid, & Freeman, 2003). I en dansk sammenhæng er det dog langt fra altid det borgerne oplever, når de kommer i kontakt med sundhedsvæsenet, og bedre sammenhæng udnævnes i forlængelse heraf som en central mærkesag blandt danskerne (Mandag Morgen & Tryk Fonden, 2016) ligesom "bedre sammenhængende patientforløb" er udvalgt som et af otte nationale mål for sundhedsvæsenet (Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner, & Kommunernes Landsforening, 2017).

En væsentlig baggrund for den omfattende fragmentering i offentlige organisationer er, at der er sket en tiltagende funktionel og strukturel differentiering (de Jonge, Huyse, & Stiefel FC, 2006; Plochg, Klazinga, Schoenstein, & Starfield, 2011). I sundhedsvæsenet bevirker det, at summen af kontakter øges, og stadig flere aktører er involveret i de enkelte patientforløb med ansvar for en stadig mindre del heraf. Et patientforløb svarer i den sammenhæng til summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser, som en patient eller en defineret gruppe af patienter oplever i relation til de sundhedsfaglige ydelser (Dansk selskab for kvalitet i sundhedssektoren, 2003). I et

moderne patientforløb er denne sum steget markant, og det bevirker, at der også er talrige overgange, dvs. situationer, hvor ansvaret for en patients diagnose, behandling og pleje overgår – helt eller delvist, midlertidigt eller permanent – fra en sundhedsperson/flere sundhedspersoner til en anden sundhedsperson/flere andre sundhedspersoner (Siemsen, 2011).

I hver af disse overgange er der behov for koordinering, hvis patientforløbet skal være sammenhængende frem for fragmenteret, og det bevirker, at det samlede koordineringsbehov i offentlige ydelser er steget markant.

I erkendelse af den omfattende differentiering er der i en dansk sammenhæng udført en lang række lokale udviklingsprojekter, som fokuserer på at skabe sammenhængende patientforløb. Fx blev der i 2010-2014 i forbindelse med en statslig pulje til en forstærket indsats for patienter med kronisk sygdom udført 106 kommunale projekter og 128 regionale projekter, hvoraf en meget stor del havde fokus på en sammenhængende indsats mellem de involverede instanser (Sundhedsstyrelsen, 2014b). Det vil i denne sammenhæng føre for vidt at redegøre for de talrige lokale tiltag, og umiddelbart har ingen af disse haft en større gennemslagskraft i det danske sundhedsvæsen.

Samtidig er der i Danmark i løbet af 00'erne introduceret flere tiltag fra de centrale myndigheder møntet på at reducere fragmenteringen i sundhedsvæsnen. Væsentlige eksempler herpå omfatter:

- Strukturreformen/kommunalreformen: Ændring og præcisering af opgavefordelingen mellem stat, regioner og kommuner (Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013).
- Sundhedsaftaler: Regioner og kommuner skal udarbejde aftaler, som omhandler samarbejde og fordelingen af opgaver på sundhedsområdet (Rigsrevisorerne, 2009; Sundhedsstyrelsen, 2015c).
- Forløbsprogrammer: Standardiserede beskrivelse af den tværfaglige, tværsektorielle, koordinerede og sundhedsfaglige indsats med udgangspunkt i én kronisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2012)
- Pakkeforløb: De enkelte begivenheder i hele eller en del af et patientforløb er lagt til rette med faste krav til tidsramme og indhold (Danske Regioner, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2015b).
- Nationale kliniske retningslinjer: Faglige anbefalinger for diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering af konkrete patientgrupper (Sundhedsstyrelsen, 2015a).

Generelt har disse centrale tiltag været koncentreret om koordineringsmekanismer af mere formel karakter og har især rettet sig mod standardisering af patientforløb (Wadmann, Strandberg-Larsen, & Vrangbæk, 2009). For yderligere beskrivelse og analyse af det danske sundhedsvæsen henvises til appendix A (s. 213).

En anden væsentlig baggrund for sammenhængsudfordringerne, som mere specifikt relaterer sig til sundhedsvæsenet, er en ændret beskaffenhed af patientforløbene. Der er i de vestlige lande dels en demografisk udvikling med flere ældre, dels en udvikling i sygdomsbilledet fra akut sygdom mod kronisk sygdom. I Danmark forventes andelen af befolkningen, der er fyldt 65 år, at stige fra 16 % i 2010 til 25 % i 2042, hvorefter andelen forventes at falde svagt (Danmarks Statistik, 2010). At andelen af ældre har betydning skyldes, at forekomsten af kroniske sygdomme stiger med alderen (Sundhedsstyrelsen, 2014a), hvorved en ældre befolkning betyder, at der samlet set er en større forekomst af kroniske sygdomme.

Udviklingen nødvendiggør en tilpasning af sundhedsvæsenet, så det i højere grad er indrettet til at kunne håndtere patienter med kroniske sygdomme (Frølich, 2013; Hujala, Taskinen, & Rissanen, 2017; Rijken et al., 2017; World Health Organization, 2002). I forlængelse heraf er der i Danmark ligesom i en række andre lande indført forløbsprogrammer for kronisk sygdom ("Disease management programs"), som er tilrettelagt monodiagnostisk på tværs af sundhedsvæsenets instanser med udgangspunkt i den konceptuelle ramme; "The chronic care model" (Curry & Ham, 2010; Frølich, 2013).

Forløbsprogrammerne udfordres imidlertid af, at en stor del af patienterne med kroniske sygdomme har multisygdom, dvs. samtidig optræden af to eller flere kroniske sygdomme, hvor én sygdom ikke nødvendigvis er mere central end de andre (Almirall & Fortin, 2013). Forløbsprogrammerne dækker imidlertid kun én diagnose, hvorved de ikke omfavner det fulde patientforløb ved multisygdom (Boeckxstaens & De Graaf, 2011; Plochg et al., 2011). Som reaktion herpå er der i anden version af den generiske model indført et multisygdomsmodul, hvori det anbefales at medtænke hyppigt forekommende kombinationer af kroniske sygdomme. Indsatser skal være fleksible og kunne modificeres afhængigt af tilstedeværelsen af multisygdom (Sundhedsstyrelsen, 2012). Dvs. at der stilles krav om, at de *standardiserede* forløbsprogrammer *individualiseres* i relation til hyppige sygdomskombinationer. Det sidste leder imidlertid frem til et andet centralt problem ved forløbsprogrammerne; programmerne dækker kun en del af de kroniske sygdomme. Nogle patienter med multisygdom har diagnoser, som slet ikke er tilknyttet et forløbsprogram, mens andre patienter har en diagnosekombination, som bevirker, at de tilknyttes flere forløbsprogrammer på en gang (Sundhedsstyrelsen, 2014c). Herved rummer forløbsprogrammerne både mulighed for huller og overlappende tiltag og er derved ikke i sig selv en dækkende løsning på fragmenteringsproblemerne i sundhedsvæsenet.

1.2. MULTISYGDOM

Den præcise prævalens af multisygdom er svær at angive, idet den afhænger af, hvilke sygdomme og lidelser der inkluderes. Ikke desto mindre konkluderer en række internationale undersøgelser, at multisygdom er mere reglen end undtagelsen blandt

især den ældre del af befolkningen (Barnett, 2012; G. Nilsson, 2012; Salisbury, 2011; Schellevis, 2013). Dette gør sig også gældende i Danmark hvor 33% af den voksne befolkning (16+) har multisygdom (29% har en sygdom og 38% ingen sygdom), og mere end halvdelen af dem over 65 har multisygdom. Dog er det væsentligt at bemærke, at også 22% af de 25-43-årige har multisygdom, hvor det i denne yngre befolkningsgruppe især drejer sig om kombinationer af psykiatrisk og somatisk sygdom (Frølich, Olesen, & Kristensen, 2017). Multisygdom er derfor relateret til hele den voksne befolkning, og den store spændvidde i sygdomskombinationer er søgt illustreret i boks 1, som indeholder eksempler på sygdomskombinationer hos konkrete patienter.

Ung kvinde: Paranoid skizofreni, astma, medfødt hjerneskade og alkoholmisbrug
 Ung mand: Epilepsi, bipolar lidelse og kronisk hovedpine
 Midaldrende kvinde: Nyresvigt, stofskiftesygdom og psoriasis
 Midaldrende mand: Muskelsvind, hjertesygdom og depression
 Ældre kvinde: Gigt, rygsmerter, diabetes og atrieflimren
 Ældre mand: Alzheimers demens, forhøjet blodtryk og KOL

Boks 1. Eksempler på sygdomskombinationer ved multisygdom

Patienter med multisygdom har brug for ydelser fra en række instanser i sundhedsvæsenet, hvorfor det ikke er overraskende, at der i patientforløb med multisygdom generelt er en større risiko for koordineringsproblemer og fejl (Burgers JS, Voerman, Grol, Faber, & Schneider, 2010; Implement, 2013; Maeng, Martsolf, & Christianson, 2012; Schoen C, Osborn, How, Doty, & Peugh, 2009). Patienter med tre eller flere lidelser har 25-40 % større sandsynlighed for at rapportere koordineringsproblemer sammenlignet med patienter med én sygdom (Maeng et al., 2012), og risikoen for fejl fordobles ved patienter, som er tilknyttet fire eller flere læger sammenlignet med en til to læger (Schoen C et al., 2009). Problemer i patientforløb med multisygdom omhandler fx standardiserede retningslinjer for behandling og pleje, som ikke afstemmes efter patienternes behov eller er i konflikt med hinanden, inkonsistent information fra forskellige fagprofessionelle, overlappende konsultationer og parallelle indsatser samt fagprofessionelle, der fokuserer på eget speciale og kommunikerer utilstrækkeligt med hinanden. Patienterne oplever, at de bliver sendt fra en specialafdeling til en anden, uden at nogen tager et samlet ansvar for deres forløb, og de skal gentagne gange forklare deres situation til skiftende personale i begge sektorer (Bayliss et al., 2008; Implement, 2013; H. M. Martin & Borst, 2013; Newbould et al., 2012; Noël et al., 2005). Disse problemer er ikke unikke for patienter med multisygdom; men multisygdom synes at forstørre problemerne og øge risikoen for, at de opstår (Noël et al., 2005).

Karakteristisk for patientforløb med multisygdom er en høj kompleksitet, hvilke hænger sammen med flere forhold: De mange kombinationsmuligheder af sygdomme, de mange involverede aktører fra såvel primær som sekundær sundhedssektor, og patientgruppens heterogenitet (Doessing & Burau, 2015). Kroniske sygdomme er af natur progressive, men der er store variationer i sygdomsudviklingen, og faktorer såsom sygdomskombinationer, psykosociale forhold, alder og køn påvirker implikationerne af multisygdom (Berry LL, Rock, Smith Houskamp, Brueggeman, & Tucker, 2013; Boulton et al., 2011; Burgers JS et al., 2010; de Bruin et al., 2012; Fuesgen, 2011). Endvidere påpeges en markant social ulighed i prævalensen af multisygdom samt patienternes mestring heraf (Vedsted, 2017).

Dvs. at det samlede behov for sundhedsydelser hos multisyge ikke er lig summen af behov for sundhedsydelser ved de enkelte sygdomme. Derimod vil der være en høj grad af individuel variation i sygdomsudvikling, funktionsniveau og den enkeltes evne til at håndtere eget forløb (Berry LL et al., 2013; Boeckxstaens & De Graaf, 2011; de Bruin et al., 2012; Fuesgen, 2011; Implement, 2013; Ryan, Wallace, O'Hara, & Smith, 2015; Walker, 2015).

Denne omfattende variation i patientforløb med multisygdom er en væsentlig udfordring i relation til anvendelsen af formaliserede forløbsbeskrivelser som fx forløbsprogrammer, da den eksisterende videnskabelige evidens alene understøtter anvendelsen heraf i forudsigelige patientforløb, mens deres værdi i varierende/foranderlige forløb er ukendt (Allen, Gillen, & Rixson, 2009).

I forlængelse heraf kan det således præciseres, at afhandlingens fokus ikke er multisyge patienters manglende oplevelse af sammenhæng ("continuity of care") og ej heller de hermed forbundne patient implikationer. Disse forhold underbygger afhandlingens relevans, men i denne sammenhæng er multisygdom først og fremmest relevant, fordi det a) er denne relativt store gruppe af patienter, som det eksisterende sundhedssystem har problemer med at tackle, og b) fordi multisygdom har væsentlige implikationer for opgavens karakter.

På baggrund af de beskrevne udfordringer i fragmenterede patientforløb, som altså især rammer patienter med multisygdom, efterlyses der fra flere sider nye organisatoriske tiltag, som imødekommer behovet for individualisering af forløb og adresserer overgange mellem især primær og sekundær sundhedssektor (Curry & Ham, 2010; Erler et al., 2011; Goodwin, Sonola, Thiel, & Kodner, 2013; H. G. Hansen et al., 2012; Region Midtjylland, 2013; Schellevis, 2013).

Det leder frem til at se nærmere på forløbskoordinering, som en væsentlig (ny) aktivitet rettet mod at fremme et sammenhængende tværsektorielt patientforløb.

1.3. FORLØBSKOORDINERING

Begrebet forløbskoordinering omtales i engelsksproget forskningslitteratur ofte som care coordination (Wulff, Søndergaard, Olesen, & Vedsted, 2010). Definitionen af dette begreb varierer dog betragteligt, hvilket tydeligt illustreres i et systematisk review, hvor der blev identificeret over 40 forskellige definitioner af "care coordination". I forlængelse af dette review er der udarbejdet en bred konsensusdefinition, som også i denne afhandling definerer forståelsen af forløbskoordinering:

"Care coordination is the deliberate organization of patient care activities between two or more participants (including the patient) involved in a patient's care to facilitate the appropriate delivery of health services" (McDonald, Sundaram, & Bravata, 2007 s. 5).

Ikke desto mindre er der ifølge fremtrædende engelske forskere fortsat uenighed om forståelsen af "care coordination", som ofte bliver brugt synonymt med bl.a. "Integrated care". De vurderer dog, at der er en forskel, idet "coordination" efter deres vurdering ofte refererer til patientfokuserede eller kliniske interventioner, mens "integration" fokuserer på organisatoriske og styringsmæssige emner (Goodwin et al., 2013). "Care coordination" beskrives af disse forskere som en række strategier, der søger at skabe mere integreret og patientcentreret behandling og pleje på tværs af diverse områder med det formål at stabilisere patienternes helbred over en længere periode i de mindst omkostningsfulde omgivelser. Følgelig er "care coordination" især relevant for patienter med kroniske og komplekse medicinske tilstande, som kan finde det svært at navigere i et fragmenteret sundhedssystem (ibid.). Andre forskere anvender ikke desto mindre begrebet "clinical integration" meget lig ovenstående definition af care coordination (Valentijn, Schepman, Opheij, & Bruijnzeels, 2013), hvorved skellet mellem coordination og integration er svært at fastsætte. Endvidere øges forvirringen omkring betydningen af care coordination af beslægtede begreber såsom Case management, Shared care, Seamless care, Comprehensive care og Disease management (Goodwin et al., 2013; Johansson, 2013; Wulff, 2012).

I det danske sundhedsvæsen kom forløbskoordinering især i spil i forbindelse med Sundhedsstyrelsens lancering af en generisk model for forløbsprogrammer i 2008, hvor forløbskoordinering analog med ovenstående konsensusdefinitionen beskrives som *"det tilsigtede arbejde med at skabe optimalt sammenhængende behandlingsforløb for kronisk syge patienter"* (Sundhedsstyrelsen, 2012). Forløbskoordinering skal ifølge den generiske model for forløbsprogrammer være et supplement til "den almindelige koordinering", som forventes varetaget af almen praksis i form af en "tovholderfunktion". Forløbskoordinering forventes at udgøre en særlig, understøttende koordineringsindsats til komplekse og sårbare patienter af kortere eller længere varighed. Indsatsen kan enten tilrettelægges som en funktion hos en eksisterende medarbejder/leder i klinisk praksis eller som en selvstændig

koordinatorfunktion i form af en forløbskoordinator ("case manager"). Modellen præciserer ikke, hvem der er ansvarlig for funktionen, ligesom selve indholdet i forløbskoordineringen forventes beskrevet i det enkelte forløbsprogram - herunder hvilke opgaver og kompetencer der er tillagt funktionen. Som eksempel på opgaver nævnes formidling af kontakt til forskellige dele af sundhedsvæsenet, støtte til egenomsorg og til gennemførelse af behandling og rehabilitering (Sundhedsstyrelsen, 2012). Funktionen kan være integreret i de enkelte faglige indsatser, hvor der i nogle tilfælde vil være skriftlige procedurer for koordinering, mens der i andre tilfælde snarere vil være tale om en implicit koordineringspraksis (ibid.).

Som tidligere nævnt dækker forløbsprogrammerne ikke hele patientforløbet ved multisygdom og ej heller alle sygdomskombinationer. Følgelig er det i forhold til disse patientforløb ikke tilstrækkeligt at forstå forløbskoordinering som en særlig funktion i regi af forløbsprogrammerne. Derimod er det i lige så høj grad relevant at fokusere på forløbskoordinering som en væsentlig aktivitet i alle komplekse patientforløb med adskillige overgange, dvs. forløbskoordinering som en opgave, der varetages af andre end forløbskoordinatorer.

Ud fra forskningslitteraturen og den danske organisering af sundhedsindsatsen ved kronisk sygdom kan det konkluderes, at der er en overordnet forståelse af, hvad forløbskoordinering er, men forståelsen må stadig betegnes som ganske usikker, og det er især uklart, hvad indsatsen i praksis indebærer.

Ikke desto mindre fremstår forløbskoordinering som et relevant tiltag i relation til den omfattende fragmentering i komplekse patientforløb med multisygdom, hvorfor det er væsentligt at se nærmere på evidensen herfor.

1.4. EVIDENS FOR FORLØBSKOORDINERING VED MULTISYGDOM

Som forberedelse til ph.d.-projektet er der udført et scoping study med fokus på forløbskoordinering ved multisygdom (Doessing & Burau, 2015). Dette studie danner baggrund for nedenstående afsnit.

Hidtil er der udført få interventionsstudier omhandlende organisering af indsatsen til patienter med multisygdom, og resultaterne heraf er blandede (Doessing & Burau, 2015). Dog tyder det på, at intervention målrettet koordinering ved multisygdom skal opfattes som kvalitetsforbedrende og ikke omkostnings-reducerende, og effekter vil i høj grad være kontekstafhængige (de Bruin et al., 2012; Goodwin et al., 2013; Øvretveit, 2011). Koordineringstiltag til patienter med multisygdom kan med fordel baseres på en individuel tilgang, hvor der ikke alene er fokus på sygdomsbehandling, men også på den enkeltes hverdagsliv med multisygdom (Goodwin et al., 2013; Roland & Paddison, 2013; Sampalli, Fox, Dickson, & Fox, 2012). De fleste patienter

med multisygdom ønsker selv at have en aktiv rolle i deres forløb, men ikke alle er i stand hertil (Haggerty, 2012; H. M. Martin & Borst, 2013; Newbould et al., 2012). Altså er det ikke tilstrækkeligt at udarbejde standardiserede retningslinjer for forløbskoordinering, eftersom denne praksis løbende må tilpasses individuelle patienters sygdomme, ressourcer og hverdagsliv.

I et Cochrane-review vurderes tiltag inden for de eksisterende organisatoriske rammer som det mest bæredygtige, idet nye funktioner kan virke forstyrrende på det eksisterende samarbejde, og der har generelt været store barrierer for fastholdelse efter projektperiodernes udløb (Smith, Soubhi, Fortin, Hudon, & O'Dowd, 2012).

Organiseringen af forløbskoordinering er tæt forbundet med professionel praksis, men de forskellige sundhedsprofessioners rolle i forløbskoordinering ved multisygdom er generelt uafklaret (Doessing & Burau, 2015). Det samme gælder for specialister og generalister, og der anbefales en afklaring heraf (Smith et al., 2012). Internationale erfaringer viser, at manglende engagement i forløbskoordinering blandt alment praktiserende læger kan være en væsentlig udfordring (Goodwin et al., 2013; Mollica & Gillespie, 2003), mens andre peger på, at lægeprofessionen skal afgive opgaver, som kan varetages af andre på et lavere effektivt omsorgsniveau (Plochg, Klazinga, & Starfield, 2009; Plochg et al., 2011). Det taler for, at andre fagprofessionelle overtager koordineringsopgaver, som ikke kræver en lægefaglig indsigt. Sygeplejersker nævnes i flere sammenhænge som en faggruppe med et særligt potentiale for forløbskoordinering (Boeckxstaens & De Graaf, 2011; Goodwin et al., 2013; Implement, 2013; Schoen C et al., 2009). Forklaringer på sygeplejerskernes potentiale er 1) hyppig kontakt med patienterne, 2) en bred sundhedsfaglig uddannelse og 3) et grundlæggende holistiske fokus i sygeplejen (Bleich, 2011; Boeckxstaens & De Graaf, 2011; Implement, 2013). En væsentlig udfordring i relation til sygeplejerskerne rolle i den tværsektorielle koordinering er imidlertid at få skabt et samarbejde mellem sygeplejersker med forskellige professionelle perspektiver (Smith G & Clarke, 2006; Smith et al., 2012). Der er i blandt specialistsygeplejersker i sekundærsektor tendens til ensidigt at fokusere på evidensbaserede, monodiagnostiske retningslinjer samtidig med en manglende viden om hverdagslivet, mens generalistsygeplejersker i primærsektor møder patienterne i deres hjemlige miljø, men kritiseres for manglende evidensbaseret viden om sygdomsbehandling og observation af patienter (Boeckxstaens & De Graaf, 2011; Røstad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold, & Grimsmo, 2013).

Generelt gælder, at samarbejdet og kommunikationen mellem de fagprofessionelle er essentiel for koordineringen ved multisygdom (Boeckxstaens & De Graaf, 2011; Gilbert et al., 2011; Goodwin et al., 2013; Haggerty, 2012; Jones & Rosenberg, 2011; Noël et al., 2007; Olsen, Hellzen, & Enmarker, 2013; Paulus, Van den Heede, K: Gerkens, S, Desomer, & Mertens, 2013; Røstad et al., 2013; Smith G & Clarke, 2006; Soubhi et al., 2010) og kan fremmes af personlig kontakt, gensidigt kendskab, en positiv relation og tillid mellem de professionelle (Berry LL et al., 2013; Gilbert et

al., 2011; Goodwin et al., 2013; Implement, 2013; Kathol, Butler, McAlpine, & Kane, 2010; Røssstad et al., 2013). Endelig viser de hidtidige studier, at ledere kan spille en væsentlig rolle i udviklingen af forløbskoordinering via meningsskabelse og netværksledelse (Amelung & Wolf, 2011; Vedel, Monette, Beland, Monette, & Bergman, 2011).

1.5. Sygeplejefprofessionens aktuelle rolle i forløbskoordinering

Samlet set peger ovenstående på et behov for at forbedre den tværsektorielle forløbskoordinering hos patienter med multisygdom. Tiltag kan med fordel søges inden for det eksisterende sundhedsvæsen fremfor via udvikling af nye tillægsfunktioner, hvilket imidlertid vil bero på en afklaring af de forskellige sundhedsprofessioners rolle i forløbskoordineringen. Sygeplejefprofessionen beskrives som en profession med et særligt potentiale i forhold til forløbskoordinering, men der mangler beskrivelser af, hvad det egentlig er for funktioner, sygeplejerskerne kan eller skal varetage i relation til forløbskoordinering (Doessing & Burau, 2015). Ligeledes fremgår det ikke af forskningslitteraturen, om sygeplejefprofessionelle selv opfatter forløbskoordinering ved multisygdom som en sygeplejefaglig opgave. Denne mangel på viden hænger formentlig sammen med, at forskningen især har fokuseret på det institutionelle og organisatoriske niveau, mens individuelle aktørers rolle i samarbejdet mellem organisationer er viet forholdsvis lidt opmærksomhed (Williams, 2012).

I den danske organisering af kronikerindsatsen er ansvaret for den almindelige koordinering, som allerede nævnt, placeret hos den alment praktiserende læge i form af en tovholderfunktion (Sundhedsstyrelsen, 2012), mens sygeplejefprofessionen ikke har en formelt udpeget funktion i relation til forløbskoordinering. Alligevel søger og ansættes sygeplejersker i stor stil i forløbskoordinatorstillinger i såvel primær som sekundær sundhedssektor (Axelsson, Axelsson, Gustafsson, & Seemann, 2017; Implement, 2013; Petersen, 2016), hvilket kan undre, når man tager professionens uafklarede rolle i betragtning.

Vendes blikket mod professionens danske fagforening ”Dansk Sygeplejeråd” (DSR), er det dog knapt så overraskende en tendens. I 2007 skriver formanden i et høringsvar til den generiske model for forløbsprogrammerne således, at *”Dansk Sygeplejeråd anbefaler, at forløbskoordinatorens funktion som udgangspunkt bestrides af sygeplejersker”* (Kruckow, 2007). Denne anbefaling blev ikke imødekommet i den endelige version af den generiske model, men citatet illustrerer, at der fra et fagforeningsperspektiv er interesse i at knytte forløbskoordinering til sygeplejefprofessionen.

I relation til sygeplejens almindelige jobfunktion gælder, at sygeplejens virksomhedsområde omfatter: at udføre, formidle, lede og udvikle sygepleje.

Sygepleje har en såvel sundhedsfremmende, sundhedsbevarende og forebyggende som behandlende, rehabiliterende og lindrende karakter (Dansk Sygeplejeråd, 1996). Det udelukker på den ene side ikke forløbskoordinering som en del af professionens virke, men på den anden side står der heller ikke direkte noget om, at sygepleje har en koordinerende karakter.

Autorisation til sygeplejerske kræver beståelse af sygeplejeeksamen (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017), hvorved indholdet i uddannelsen er væsentligt. Den nyeste bekendtgørelse fra 2016 har i højere grad end tidligere bekendtgørelser fokus på tværfaglighed og organisering (Christoffersen, 2016), hvilket bl.a. kommer til udtryk ved, at en professionsbachelor i sygepleje skal have kompetence til koordinering af sygepleje og til selvstændigt at håndtere organisering af *”pleje- og behandlingsforløb i samspil med patient og borger på tværs af professioner, sektorer og institutioner i det hele sundhedsvæsen”* (Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2016, s. 7). Den uddannede skal mestre tværprofessionelt og tværsektorielt samarbejde, have kompetencer i klinisk lederskab af patient- og borgerforløb samt sikre og udvikle kvalitet, der understøtter patient- og borgeroplevet sammenhæng (ibid.).

Resumeret er der således i en dansk sammenhæng en forbindelse mellem sygeplejefprofession og forløbskoordinering, samtidig med at professionens rolle i forløbskoordinering samlet set er uafklaret. Med afsæt i behovet for at fremme sammenhæng inden for rammerne af det eksisterende system, er det derfor væsentligt at få indsigt i, hvad det reelt er for et potentiale sygeplejefprofessionen rummer i relation til koordinering på tværs af instanser i patientforløb med multisygdom.

KAPITEL 2. FORMÅL OG FORSKNINGSSPØRGSMÅL

I forlængelse af de beskrevne problemfelter er afhandlingens formål at afdække sygeplejefprofessionens funktion i forløbskoordinering i relation til patienter med multisygdom. Endvidere udledes følgende initierende forskningsspørgsmål:

- *Hvordan varetager sygeplejersker forløbskoordinering hos patienter med multisygdom?*
- *Hvilken forståelse har sygeplejersker af egen rolle i forløbskoordinering ved multisygdom?*

De initierende spørgsmål svarer til, hvad Thomas (2016) betegner som ”prima facie” spørgsmål, dvs. indledende ikke færdiggennemtænkte spørgsmål, som udgør udgangspunktet for undersøgelsen. Efterfølgende er forståelsen af disse spørgsmål udvidet vha. forskningslitteraturen omhandlende dels interorganisatorisk koordination i offentlige organisationer, dels samspillet mellem professioner, organisationer og køn, hvilket har resulteret i at forskningsspørgsmålene løbende er blevet revideret og mere fokuserede, efterhånden som der er opnået større indsigt i forskningsfeltet. I forlængelse af litteraturgennemgangen (kapitel 5 og 6) erstattes de initierende forskningsspørgsmål således af fokuserede forskningsspørgsmål, som relaterer sig til ”videnshuller” i forskningslitteraturen. Syntesen heraf fremstilles på de følgende sider, mens argumentationen bag udfoldes i selve litteraturgennemgangen og de hertil knyttede refleksioner.

Indsigt i litteraturen vedrørende interorganisatorisk koordination i offentlige organisationer fører til, at forståelsen af forløbskoordinering i sundhedsvæsenet afgrænses til horisontal, operationel koordinering i et systemisk netværk, mens multisygdom relateres til høj opgavekompleksitet og reciprok afhængighed mellem de involverede aktører. Sygeplejersker på det udførende niveau antages aktivt at fortolke deres varetagelse af interorganisatoriske koordination, hvilket på den ene side påvirkes af netværksparterne, statslige strukturer, sektorstyring og organisationsspecifikke mål, og på den anden side af tillid, normer, værdier og sympatirelationer koblet til professionsbaggrund.

Generelt fokuserer den interorganisatoriske litteratur især på administrativ koordination og de dertilhørende formelle koordinationsmekanismer, hvilket resulterer i, at der er begrænset viden om:

- Operationel interorganisatorisk koordination varetager af professionelle grupper, som er direkte involveret i leveringen af ydelser til borgerne
- Uformelle interorganisatoriske koordineringsmekanismer
- Samspillet mellem formel og uformel interorganisatorisk koordination

Nyere organisatoriske litteratur vedrørende samspillet mellem professioner og organisationer (fx Muzio & Kirkpatrick, 2011; Muzio et al 2013) giver sammen med litteraturen om kønsarbejdsdelingen i sundhedsvæsnets og kønnede strukturer (fx Davies, 1995; Martin 2003) et væsentligt indblik i, hvordan sygeplejerskers varetagelse af interorganisatorisk koordination på den ene side kan forstås som en organisatorisk kapacitet, der er udviklet i tæt samspil med de omkringliggende organisatoriske og professionelle institutionaliserings-projekter, og på den anden side som resultat af, at kvinder traditionelt har varetaget en række organiseringsopgaver i sundhedsvæsnets. Dog er der også væsentlige mangler i denne litteratur:

- I den nye teori om samspillet mellem professioner og organisationer fokuseres der især på udvikling af ny organisatorisk kapacitet (fx Noordegraaf 2011), hvorved etablerede professioners allerede eksisterende organisatoriske kapacitet overses. I forlængelse heraf mangler der viden om, hvordan kvindedominerede "public service" professioner varetager organisatoriske opgaver, og hvordan kønsarbejdsdelingen influerer herpå.
- Der synes at være en generel enighed om, at sygeplejefprofessionen varetager en række organisatoriske opgaver (fx Allen, 2014; Postma 2015). Beskrivelsen heraf er imidlertid primært baseret på undersøgelser af sygeplejefprofessionen inden for en intraorganisatorisk kontekst og ikke på tværs af organisationer.
- Det er uklart, hvordan og hvilke organisatoriske opgaver der relaterer sig til sygeplejens legitime opgavefelt, som aktuelt er centreret omkring omsorgsbegrebet. I den sammenhæng er den professionelle selvforståelse blandt kliniske professionelle særlig relevant, da det er denne gruppe, som omsætter professionelle principper til konkrete handlinger i praksis.

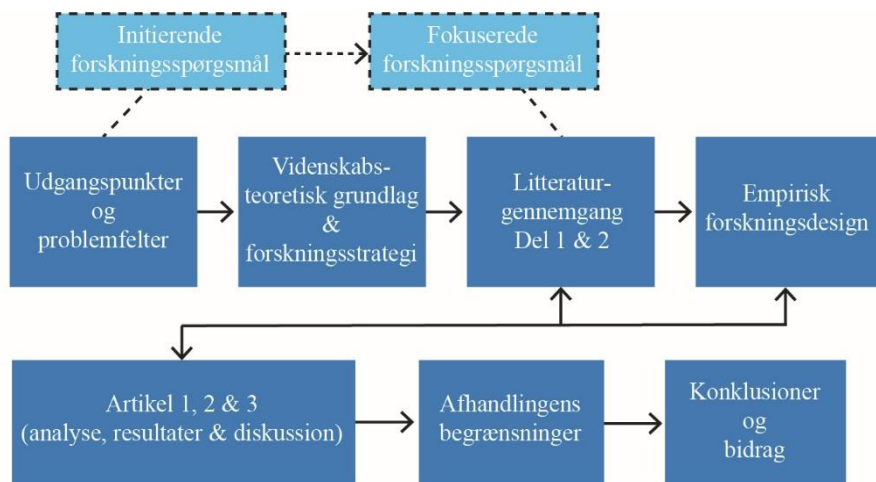
På baggrund heraf udledes følgende fokuserede forskningsspørgsmål:

1. *Hvordan varetager sygeplejersker operationel interorganisatorisk koordination hos patienter med høj opgavekompleksitet?*
 - 1.1. *Anvendelse af formelle interorganisatoriske koordineringsmekanismer; hvilke, hvornår og hvordan?*
 - 1.2. *Anvendelse af uformelle interorganisatoriske koordineringsmekanismer; hvilke, hvornår og hvordan?*
 - 1.3. *Hvordan er samspillet mellem formel og uformel interorganisatorisk koordination?*
2. *Hvordan influerer kønnede strukturer på sygeplejerskers varetagelse af operationel interorganisatorisk koordination?*
3. *Hvordan er den professionelle selvforståelse af interorganisatorisk koordination blandt kliniske sygeplejefprofessionelle?*

KAPITEL 3. INDHOLD OG DISPOSITION

Afhandlingen er udformet som en kombinationsmodel (Den Samfundsvidenskabelige ph.d.-skole, 2015), dvs. en hybrid mellem den klassiske monografi og en artikelbaseret afhandling.

Indholdet og strukturen beskrives og begrundes løbende i de enkelte kapitler, men er i dette afsnit samlet med henblik på at bibringe et overblik over afhandlingens disposition (se figur 1).



Figur 1. Indhold og disposition.

Efter beskrivelsen af ”Udgangspunkter og problemfelter” (kapitel 1) samt formulering af ”Formål og forskningsspørgsmål” (kapitel 2) følger i kapitel 4 afhandlingens ”Videnskabs-teoretiske grundlag og forskningsstrategi”. Kapitlet forholder sig til, hvorledes det er muligt at besvare de stillede forskningsspørgsmål. Der redegøres for afhandlingens erkendelsesmæssige grundlag dvs. antagelser om virkeligheden, og hvordan denne kan undersøges, og der argumenteres i forlængelse heraf for valg af forskningsstrategi.

Eftersom det ikke anses for muligt at foretage teori-frie observationer, har jeg benyttet mig af en teori-informeret tilgang til undersøgelsen, hvorved relevant forskningslitteratur er gennemgået forud for designet af den empiriske undersøgelse. Den teoretiske indsigt har således influeret på de metodiske overvejelser, og i overensstemmelse hermed er afhandlingen disponeret sådan, at ”Litteratur-gennemgang” del 1 og 2 er placeret før ”Empirisk forskningsdesign”.

Kapitel 5 og 6: "Litteraturgennemgang":

Under litteraturgennemgangen reflekteres der løbende over mulige teoretiske holdepunkter og greb samt "videnshuller" i den eksisterende litteratur, hvorved teksten er opbygget, så der veksles mellem beskrivelse af teori og diskussion heraf. Med afsæt i disse løbende diskussioner udledes de tre fokuserede forskningsspørgsmål, som (jævnfør kapitel 2 "Formål og forskningsspørgsmål") specificerer og afgrænser det teoretiske fokus.

Endvidere rettes der under litteraturgennemgangen løbende opmærksomhed mod forhold, som har betydning for designet af den empiriske undersøgelse.

Samlet set betyder det, at litteraturgennemgangen først og fremmest fokuserer på, hvad vi allerede ved og ikke ved om forskningsemnet ("what's out there" jævnfør Nygaard, 2015), men samtidig præciseres forståelsen af centrale begreber undervejs, hvorved litteraturgennemgangen også er med til at præcisere "what's in here" (ibid.). Del 1 begynder med at udvide forståelsen af forløbskoordinering ved hjælp af forskningslitteraturen omhandlende interorganisatorisk koordination i offentlige organisationer. Denne del behandles særskilt fra den øvrige litteraturgennemgang, fordi det er et centralt og særdeles komplekst fænomen.

Herefter fordyber jeg mig i del 2 i samspillet mellem professioner, organisationer og køn. Først fokuseres på samspillet mellem professioner, organisationer og organisatoriske opgaver vha. indsigt fra nyere organisatoriske studier af professioner. Herefter zoomes der ind på sociologisk teori og empiri omhandlende kønsarbejdsdeling og organisatoriske opgaver forbundet med dels kvindedominerende professioner dels sygeplejefprofessionen mere specifikt.

Kapitel 7: "Empirisk forskningsdesign":

Formålet med dette kapitel er at tydeliggøre resultaternes forudsætninger. Først argumenteres for valget af et kvalitativt casestudiedesign, og herefter beskrives og begrundes valg af case subjekter, type af casestudie, datagenerering og etiske perspektiver knyttet hertil. Endelig skildres den overordnede analysestrategi i afhandlingen samt overvejelser vedrørende min egen forskerrolle.

Kapitel 8, 9 og 10: "Forskningsartikler":

Afhandlingen indeholder tre selvstændige analyser, som relaterer sig til hvert sit fokuserede forskningsspørgsmål. Analyserne er organiseret i tre selvstændige forskningsartikler, hvor artikel 1 er relateret til det første fokuserede forskningsspørgsmål, artikel 2 til det andet og artikel 3 til det tredje.

Helt konkret betyder det, at beskrivelsen af, hvorledes de specifikke analyser er udført, analysernes resultater og diskussionen heraf, er placeret i forskningsartiklerne, og derfor ikke indgår som separate afsnit i afhandlingen for at undgå repetition. Dog er det i en kombinationsafhandling som denne ikke muligt helt at undgå overlap, eftersom forskningsartiklerne både fungerer som en del af den samlede afhandling og som selvstændige elementer. Der er derfor enkelte gentagelser forbundet med

problembeskrivelse, empirisk forskningsdesign og teoretisk optik i afhandlingen og artiklerne.

Af tekniske årsager er alle tre artikler indsat som tekstfil i overensstemmelse med den øvrige opsætning, men med den forskel, at sprog, overskifter og referencer følger de formelle krav hos det tidsskrift, som artiklen er publiceret i /rettet mod.

Efter forskningsartiklerne følger kapitel 11 ”Afhandlingens begrænsninger”, som først opsummerer de i artiklerne fremførte begrænsninger knyttet til analysernes resultater, og herefter diskuteres og tydeliggøres begrænsninger forbundet med det empiriske forskningsdesign og de teoretiske abstraktioner i afhandlingen.

Endelig afsluttes med ”Afhandlingens konklusioner og bidrag” (kapitel 12), som først besvarer de tre fokuserede forskningsspørgsmål og dernæst præciserer, hvorledes disse svar hver for sig og samlet bidrager til den eksisterende videnskabelige viden.

Om end afhandlingens indhold og struktur i ovenstående er beskrevet som et lineært og logisk fremadskridende forløb, er dette snarere udtryk for et formidlet slutresultat end, hvordan det har set ud undervejs i processen. Den reelle forskningsproces har i høj grad haft en iterativ karakter, hvilket er søgt illustreret via dobbeltpilene i figur 1 (s. 31). De fokuserede forskningsspørgsmål, det empiriske forskningsdesign og analyser har således ændret og udviklet sig undervejs, efterhånden som der er opnået større teoretisk og empirisk indsigt.

Den væsentligste ændring i forskningsprocessen har været, at det fokuserede forskningsspørgsmål vedrørende kønnede strukturer først er formuleret i projektets afsluttende år, dvs. efter den empiriske datagenerering, hvorved der ikke er genereret data specifikt møntet på besvarelsen af dette forskningsspørgsmål. Indsigt i samspillet mellem køn, professioner og organisationer var en del af den oprindelige litteraturgennemgang, men det var først efter at have diskuteret resultaterne forbundet med det første fokuserede forskningsspørgsmål, at det blev tydeligt for mig, hvor væsentligt kønsperspektivet var for fortolkningen af de empiriske data.

Eftersom uformel praksis er et sensitivt emne i sundhedsvæsenet, har jeg valgt at anonymisere de deltagende organisationer i afhandlingen for at skærme mod eventuel negativ omtale. Anonymiseringen er derfor min beslutning og ikke et krav fra deltagernes side.

I afhandlingen anvendes følgende gennemgående forkortelse:

IOC = Inter-organizational coordination / Interorganisatorisk koordination.

Endvidere er visse begreber ikke oversat til dansk pga. vanskeligheder med at fastholde den begrebsmæssige præcision i en oversættelse.

KAPITEL 4. VIDENSKABSTEORETISK GRUNDLAG OG FORSKNINGSSTRATEGI

Et problemfelt undersøges altid ud fra en særlig erkendelsesinteresse (Sonne-Ragans, 2012), og indenfor den samfundsvidenskabelige forskning eksisterer der en række videnskabsteoretiske retninger med forskellig erkendelsesinteresse og forskningsstrategier (Blaikie, 2007; Brinkmann, 2015; Thomas, 2016). Følgelig vil jeg i dette afsnit tilstræbe at tydeliggøre afhandlingens erkendelsesmæssige grundlag.

Overordnet kan forskningsspørgsmål inddeles i tre typer; hvad-, hvorfor- og hvordan-spørgsmål. Hvad-spørgsmål er rettet mod at beskrive karakteristika og mønstre i et socialt fænomen, hvorfor-spørgsmål er rettet mod at forstå eller forklare forekomsten af karakteristika og mønstre, og hvordan-spørgsmål er optaget af interventioner og deres effekt (Blaikie, 2007). Sammenholdt med de fremsatte forskningsspørgsmål betyder det, at afhandlingen er rettet mod besvarelse af hvad- og hvorfor-spørgsmål, dvs. at beskrive og forstå sociale mønstre og karakteristika. Følgelig må den videnskabelig undersøgelse tilrettelægges herefter, og i forlængelse heraf er der flere indbyrdes afhængige forhold, som det er nødvendigt at tage stilling til, herunder 1) tilknytning til et forskningsparadigme og de hermed forbundne antagelser vedrørende virkeligheden, og hvordan den kan undersøges, 2) hvilken forskningsstrategi der skal anvendes til at besvare forskningsspørgsmålene, og 3) forskerens tilgang til det, som undersøges (ibid.).

Af hensyn til omfang vil jeg med udgangspunkt i især Blaikie (2007) kort redegøre for de anlagte perspektiver uden at gå i dybden med den bagvedliggende videnskabsteoretiske filosofi. Fokus er således et transparent og internt sammenhængende videnskabsteoretisk fundament og ikke en diskussion af videnskabsteoretiske positioner.

Et forskningsparadigme er udtryk for brede filosofiske og teoretiske perspektiver på verden, hvor det særligt interessante i denne sammenhæng er den sociale verden. Forskellige paradigmer tilbyder forskellige bud på, hvordan den sociale verden kan anskues, hvordan menneskers sociale oplevelser kan forstås, og hvordan der kan opnås viden herom, hvorved forskelle mellem forskningsparadigmer især handler om ontologiske og epistemologiske antagelser (ibid.).

Ontologiske antagelser handler om den sociale virkeligheds beskaffenhed, og ontologien er således optaget af, hvad der eksisterer. I afhandlingen knytter de ontologiske antagelser sig til idealismen, hvilket indebærer, at det værende opfattes som tænkt eller erkendt væren. Verden består af repræsentationer, som er skabt af det menneskelig sind, hvorved subjektive ideer refererer til noget, som opfattes som værende virkeligt. Idealistisk ontologi kan imidlertid opdeles i flere underkategorier. I den ideal-typiske ”ateistisk idealisme” afvises eksistensen eller relevansen af en

ekstern verden. I modsætning hertil er forståelsen i afhandlingen knyttet til "perspektivistisk idealisme", som ikke afviser eksistensen af en ekstern materiel virkelighed, men fastholder, at mental konstruktion af virkeligheden (ideer) er nødvendig for at opfatte og skabe mening i den eksterne verden (Blaikie, 2007).

Epistemologiske antagelser handler om, hvordan den sociale virkelighed kan begribes. Epistemologien er således optaget af den menneskelige erkendelses natur og rækkevidde - hvilke former for viden er det muligt at opnå, og hvilke kriterier er der for at vurdere rækkevidden af viden samt for at skelne mellem videnskabelig og ikke-videnskabelig viden (Blaikie, 2007). Denne afhandling er baseret på en social konstruktivistisk epistemologi, hvor opfattelsen er, at der ikke er én absolut sandhed, men derimod flere samtidige sandheder associeret med forskellige kollektive konstruktioner af virkeligheden. Sociale aktører konceptualiserer og fortolker egne og andres handlinger samt sociale situationer, og på samme vis er mentale konstruktioner nødvendige for at forskeren kan opnå viden om sociale aktørers virkelighed.

En væsentlig konstruktivistisk antagelse er, at det ikke er muligt for mennesker at observere verden uafhængigt af begreber, teori, baggrundsviden og tidligere erfaringer, og derfor findes der heller ikke teorifrie observationer. Viden konstrueres derimod på baggrund af delte fortolkninger, metoder og sprog inden for rammerne af vores historiske, kulturelle og kønnede eksistens, og derfor er der heller ikke nogen permanente, uforanderlige kriterier for, hvad der kan opfattes som sandt, hvorved erkendelse er relativ (ibid.). Dog er opfattelsen her, at alle ideer om den sociale virkelighed ikke kan tildeles lige status, men må vurderes i forhold til, om de har en træffende beskaffenhed.

I overensstemmelse med ovenstående ontologiske og epistemologiske antagelser er afhandlingen forankret i et interpretivistisk forskningsparadigme.

Interpretivism er baseret på et hermeneutisk og fænomenologisk fundament og knytter sig til centrale eksponenter så som Max Weber, Alfred Schütz og Peter Winch (Blaikie, 2007). Udgangspunktet er, at undersøgelse af den sociale verden adskiller sig fra undersøgelse af den fysiske verden. Sociale fænomener må studeres "indefra" i modsætning til fysiske fænomener, som kan studeres "udefra" (ibid.). Der skelnes således mellem at forklare ("erklären") og forstå ("verstehen") (Brinkmann, 2015), hvor fokus her er sidstnævnte, idet studier af sociale fænomener kræver forståelse af den sociale verden, som mennesker har konstrueret og løbende reproducerer gennem handlinger (Blaikie, 2007). Mennesker fortolker og genfortolker hele tiden sociale situationer, og de udvikler fælles ide og betydningsrammer i relation til aktiviteter/handlinger, hvorved den sociale verden allerede er fortolket forud for den videnskabelige undersøgelse. Det er netop denne allerede fortolkede sociale virkelighed, som studier af sociale fænomener må søge at opnå indblik i, og i forlængelse heraf må fokus rettes mod sociale handlingsmønstre og hermed forbundne betydninger, som ligger ud over specifikke konkrete situationer (Blaikie, 2007). Med andre ord er der tale om en dobbelt-hermeneutisk "fortolkning af fortolkninger", idet forskeren må udvikle teoretiske begreber og/eller fortolkninger af de fortolkninger,

som de sociale aktører allerede benytter sig af i hverdagen (Brinkmann, 2015). Det antages således, at det via videnskabelige studier er muligt at opnå forståelse for typiske meninger anvendt af typiske sociale aktører involveret i typiske handlinger i typiske situationer (Blaikie, 2007). Endvidere kan der på baggrund heraf forventes en triple-hermeneutisk/looping effekt, hvor forskerens fortolkninger (af aktørernes fortolkninger) efterfølgende kan komme til at præge de studeredes sociale virkelighed (Brinkmann, 2015).

Inden for den interpretivistisk inspirerede samfundsvidenskab anses en abduktiv forskningsstrategi som den mest passende logik til at producere videnskabelig viden (Blaikie, 2007). Da denne strategi samtidig er velegnet til at besvare hvad- og hvorforspørgsmål (ibid.), er det også den valgte forskningsstrategi i denne afhandling. Imidlertid er der også i litteraturen vedrørende abduktion forskellige holdninger til fx teoretiske abstraktioner, ligesom nogle skelner skarpt mellem retroduktion og abduktion, mens fx Pierce opfatter disse som ækvivalente processer (Blaikie, 2007). Jeg vil ikke her gå ind i denne diskussion, men nøjes med i det følgende afsnit at redegøre for den her anvendte forståelse af abduktion.

Den abduktive forskningsstrategi indebærer en cyklisk proces, som veksler mellem induktion og deduktion i en hermeneutisk cirkel, hvor det ukendte hele forsøges indfanget via de kendte dele. Udgangspunktet er, at sociale aktørers begreber, meninger og teorier (eksisterende fortolkninger) er grundlaget for generering af videnskabelig viden om den sociale verden, men samtidig er det sociale liv præget af rutiner, hvorved mange aktiviteter udføres på selvfølgelig vis, uden at de sociale aktører tænker nærmere herover. Altså må forskeren ofte benytte sig af teknikker, som tilskynder til refleksion (Blaikie, 2007).

I den abduktive forskningsproces bliver viden i overensstemmelse med det interpretivistiske paradigme produceret ved, at forskeren opnår indsigt i sociale aktørers handlinger og betragtninger, som efterfølgende danner udgangspunkt for, at forskeren kan udlede abstrakte kategorier og begreber som basis for en forståelse af det sociale fænomen (Blaikie, 2007). Denne proces består af flere lag, som er søgt tydeliggjort herunder;

Hverdagsbegreber og betydning/meningsdannelser
danner basis for
handling og interaktion
som
sociale aktører kan udtales sig om
og på baggrund heraf udledes
abstrakte videnskabelige beskrivelser
hvorfra
ny teori genereres / eksisterende teori udvides/justeres
eller også kan beskrivelserne forstås i lyset af
eksisterende teorier og perspektiver

Det er netop i processens bevægelse fra hverdagens begreber og handlinger til abstrakte videnskabelige beskrivelser af typiske træk og generering af ny teori/nye teoretiske fortolkninger, at ideen om abduktion gør sig gældende (Blaikie, 2007). Typisk omtales denne abduktive bevægelse som en slutning til den bedste forklaring, hvilket involverer et kreativt element, hvor forskeren anvender sin sociologiske fantasi til at udvikle teoretiske beskrivelser og fortolkninger, som får det observerede til at give mening (Brinkmann, 2015).

I dette projekt bevirker det, at den empiriske undersøgelse er tilrettelagt, så den giver indsigt i sygeplejerskers hverdagsbegreber, meningsdannelser, handlinger, interaktioner og udtalelser om koordinering ved multisygdom, og at analyserne efterfølgende er udført således, at der opnås ny viden om typiske mønstre, som efterfølgende diskuteres i lyset af eksisterende teori. Den konkrete udmøntning heraf vil senere blive udfoldet i beskrivelsen af det empiriske forskningsdesign og de anvendte analysestrategier (s. 91-108).

Et sidste grundlæggende forhold, der skal tages stilling til, er tilgangen til det, der undersøges. Ifølge Blaikie (2007) kan forskeren groft sagt nærme sig en problemstilling via en ekspert- eller en elevrolle: Eksperten nærmere sig problemstillingen med udgangspunkt i relevant eksisterende viden i form af begreber og teori og/eller tidligere empiriske fund, mens elevrollen indebærer, at forskeren søger at tilsidesætte eksisterende videnskabelig viden. Disse to roller skal dog forstås som yderpunkterne på et kontinuum med adskillige mellemliggende positioner. Jævnfør det konstruktivistiske udgangspunkt anses det ikke som muligt at foretage teorifri observationer, og derfor vil tilgangen her være at tage udgangspunkt i relevant eksisterende viden, hvilket kan beskrives som en teori-informeret tilgang til problemstillingen.

Som konsekvens heraf er afhandlingen, som tidligere nævnt, struktureret således, at relevant forskningslitteratur gennemgås forud for det empiriske forskningsdesign og herunder valg af forskningsmetoder, dvs. de teknikker, som er anvendt til at generere og analysere data til at beskrive og forstå sociale mønstre og karakteristika.

Opsummeret har dette afsnit præciseret, at afhandlingen er knyttet til et interpretivistisk forskningsparadigme, som baserer sig på en idealistisk ontologi og konstruktivistisk epistemologi, samt at afhandlingens ambition er at beskrive og forstå via en teori-informeret abduktiv forskningsstrategi.

KAPITEL 5. LITTERATURGENNEMGANG DEL

1: KOORDINERING MELLEM OFFENTLIGE ORGANISATIONER

En initial læsning af den organisatoriske koordineringslitteratur afslører hurtigt, at koordinering er et flertydigt begreb, som bruges i flæng med en række andre begreber. Eksempler på synonymer og beslægtede begreber fremgår af boks 2.

Samvirke, Samordning, Cooperation, Coherence, Integration, Partnerships, Collaboration, Inter-organizational collaboration, Interagency collaboration, Network Governance, Collaborative Governance, Integrated governance, Interorganisational network, Joined-up government, Holistic governance, New public governance, Networked government, Horizontal management, Collaborative public management, Intergovernmental management, Collaborative public management, Whole-of-government. (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Bouckaert et al., 2010; Keast et al., 2007; Lægrid et al., 2015)

Boks 2. Eksempler på beslægtede og overlappende begreber i koordineringslitteraturen.

En rig begrebsflora er ikke usædvanlig (Blaikie, 2007), men det skaber en særlig udfordring i forhold til en systematisk litteraturgennemgang vedrørende koordinering mellem offentlige organisationer. En søgeprotokol, som er sensitiv over for alle de synonyme begreber, vil resultere i et u håndterbart antal hits, hvilket udelukker en strategi om en altomfattende protokolstyret litteraturgennemgang. I stedet har strategien været at læse, indtil der blev nået et mætningspunkt, hvor nye kilder ikke bidrog med væsentlig ny indsigt. Samtidig har ambitionen været at skabe bredde ved at inddrage både nye og klassiske kilder såvel som teoretiske og empiriske kilder. Metodisk er litteratursøgningen således især baseret på "snowballing" og uformelle forespørgsler hos eksperter, idet disse metoder er særligt effektive til at identificere relevante kilder, når der er tale om komplekse begreber (Greenhalgh & Peacock, 2005). Desuden er der søgt i relevante forskningsdatabaser ud fra de specifikke søgeord "Inter-organizational/Cross-sectoral/Multisector coordination" med en afgrænsning til offentlige organisationer og industrialiserede lande.

Det omfattende materiale vedrørende IOC er efterfølgende struktureret i meningsfulde enheder, som danner udgangspunkt for del 1 af litteraturgennemgangen.

5.1. HVAD ER INTERORGANISATORISK KOORDINATION?

Koordinering er som allerede nævnt en central udfordring i nutidens offentlige organisationer, men det er der absolut intet nyt i. Tværtimod kan diskussionen om koordinering i den offentlige sektor spores helt tilbage til det sene 1800-tal. (Bouckaert, Peters, & Verhoest, 2010; Keast, Brown, & Mandell, 2007; Lægrid, Sarapuu, Rykkja, & Randma-Liiv, 2015). I forlængelse af denne historik kan der argumenteres for, at koordineringsproblemer på tværs af sektorer er helt normalt og forventeligt (Romzek, LeRoux, Johnston, Kempf, & Piatak, 2013), mens andre går endnu længere og vurderer, at koordinering på tværs af organisationer er så besværlig, at det er bedst at undgå, hvis ikke det er strengt nødvendigt (Huxham & Vangen, 2005).

Koordinering er på flere måder et speget begreb. Den omfattende brug af synonyme og delvist overlappende begreber er allerede beskrevet (boks 2), men flertydigheden handler også om, at koordinering anvendes som betegnelse for såvel en proces, en præstation og et outcome (Alter & Hage, 1993; Lægrid et al., 2015; Øvrebye, Smith, Karjalainen, & Stremlow, 2010; Stein, Barbazza, Tello, & Kluge, 2013), og hertil kommer en inkonsistent skelnen mellem koordinering og styring (Sørensen, Sehested, & Reff, 2011).

Den største enighed omkring koordineringsbegrebet findes i forhold til de to bredt anerkendte typologiseringer: Vertikal vs. Horisontal integration og Positiv vs. Negativ koordination ((Sørensen, Sehested, & Reff, 2011). Vertikal koordination er hierarkisk, dvs. at koordinering udføres af højere organisatoriske niveauer i forhold til aktører på lavere niveauer. Horisontal koordination refererer derimod til koordinering mellem organisationer/enheder på samme hierarkiske niveau, hvor aktører ikke kan pålægge andre beslutninger vha. hierarkisk autoritet. Ofte betragtes horisontal koordinering som frivillig, men det holder ikke nødvendigvis, idet to enheder på samme hierarkiske niveau godt kan være tvunget til at koordinere med hinanden (Bouckaert et al., 2010). Dette gør sig netop gældende i offentlige organisationer, hvor fx lovpligtige samarbejdsaftaler tvinger primær og sekundær sundhedssektor til at koordinere deres indsats med hinanden.

Negativ koordination er lig en lav grad af tilpasning, hvor aktørerne alene bestræber sig på ikke at genere hinanden, mens positiv koordination betegner situationer, hvor aktørerne decideret ændrer deres målsætning og adfærd med henblik på at fremme et fælles mål (Bouckaert et al., 2010; Sørensen et al., 2011). Generelt er positiv koordination langt sværere at opnå end negativ koordination, da det kræver, at aktørerne opgiver nogle af deres mål og næsten med sikkerhed nogle af deres foretrukne metoder til at opnå disse mål (Bouckaert et al., 2010).

Sammenholdt med denne undersøgelse kan tværsektoriel forløbskoordinering således forstås som horisontal koordination af såvel frivillig som tvungen karakter. Alle grader af tilpasning og påvirkning mellem organisationer vil være relevante, hvorved undersøgelsen omfatter såvel positive som negative koordinationsformer.

Forskningslitteraturen frembyder en række definitioner af koordinering mellem organisationer – fra meget overordnede til mere konkrete definitioner. Her præsenteres et udvalg heraf med henblik på at fremvise forskelle og ligheder.

Helt overordnet kan koordinering defineres som styring af indbyrdes afhængighed mellem opgaver (Gittell, 2012). I tråd hermed definerer Alexander (1995) IOC som en gruppe af organisationers erkendelse af og styring af deres gensidige afhængighed ved i fællesskab at skabe eller anvende IOC-mekanismer til at bestemme deres handlinger (Alexander, 1995). På et mere konkret niveau beskriver han endvidere IOC som processen med at planlægge beslutninger og handlinger fra flere – nogle gange mange – organisationer i fællesskab til et formål eller et foretagende, som ikke kan opnås af en af organisationerne alene (Alexander, 1995). På linje hermed definerer Lægrid et al. (2015) IOC som: *”the purposeful alignment of task and efforts of units or actors in order to achieve a defined goal”* (Lægrid et al., 2015). Formålet hermed er at opnå større sammenhæng, reducere funktionelle overlaps, huller og modsætninger indenfor og mellem ”policies”, men i praksis er det et komplekst anliggende, som er karakteriseret af både over og underkapacitet (Lægrid et al., 2015).

Axelsson og Bihari-Axelsson (2013) beskæftiger sig med samvirke i velfærdssystemer, dvs. det at virke sammen, at udrette noget sammen og opnå noget sammen. Overført til et moderne velfærdssystem handler samvirke om at forskellige discipliner, professioner, organisationer og sektorer skal udrette og opnå noget sammen. Samvirke er en integrationsform med en høj grad af både vertikal og horisontal integration, hvor integration beskrives som et overordnet begreb, som svarer til, at forskellige dele føres sammen til en helhed. I overensstemmelse hermed betyder verbet ”at integrere” at føre forskellige dele, som fx forskellige aktører og aktiviteter, sammen til en større helhed (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). Beskrivelsen af integration er overensstemmende med de to forudgående definitioner af IOC, men med den ekstra tilføjelse af en høj grad af vertikal og horisontal integration. Et karakteristikum, som dog ikke umiddelbart lader sig overføre til empirisk observation, da det kræver en afklaring af, hvad ”en høj grad” af integration er.

Alter og Hage (1993) definerer IOC som: *”Sammenføjning af elementer i et service leverance system således at totalitet, tilgængelighed og forenelighed mellem elementer maksimeres”*¹. Totalitet (Comprehensiveness) er udtryk for, hvorvidt de nødvendige ressourcer og serviceydelser er til stede. Tilgængelighed (Availability) er udtryk for, om komponenterne i systemet er tilgængelige for brugerne. Forenelighed (Compatibility) er udtryk for, om komponenterne arbejder harmonisk sammen, således at der er en passende forbindelse og rækkefølge mellem elementer, og ydelserne er afpassede efter klienternes behov (Alter & Hage, 1993).

Samlet set gælder, at definitioner af IOC på den ene side ikke er enslydende, men på den anden side heller ikke direkte modstridende. Hvilken, der passer bedst til

¹ Forfatterens oversættelse

undersøgelsen af tværsektoriel forløbskoordinering varetaget af sygeplejersker, er ikke mulig at afgøre. Følgelig opfattes de her som en samling af mulige forståelser af IOC.

En begrebsmæssig skelnen, som derimod er meget relevant for denne undersøgelse, er Alter og Hages (1993) præcisering af to koordineringstyper:

- Koordinering på det administrative/politiske niveau = administrativ koordinering
- Koordinering på det operationelle niveau = operationel koordinering /opgaveintegrering

Administrativ koordinering handler om, hvordan organisationer koordinerer deres beslutningstagning, mens operationel koordinering handler om, hvordan organisationer integrer deres arbejdsflow, når deres personale må arbejde med de samme klienter.

I relation til undersøgelsens fokus på forløbskoordinering ved multisygdom er begrebet operationel koordinering meget anvendelig, idet patientforløb med multisygdom netop indebærer, at personalet i forskellige sundhedsorganisationer arbejder med de samme patienter og må integrere arbejdsflowet i de enkelte patientforløb.

IOC kan visuelt beskrives som yderste lag af et løg. Herunder ligger flere lag bestående af interorganisatorisk koordination, interprofessionel koordination og interdisciplinær koordination (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). Tværsektorielle patientforløb med multisygdom involverer således ikke blot koordinering mellem sektorer, men også koordinering mellem organisationer, professioner og discipliner i sundhedsvæsenet. Disse koordineringslag er indlejret i forløbskoordinering og må således opfatte som en indlejret del heraf.

Et særligt omdiskuteret forhold i koordineringslitteraturen er forholdet mellem begrebet koordinering og begrebet samarbejde. Nogle kilder betragter koordinering som en særlig form for samarbejdsaktivitet, hvor koordinering er underordnet det brede begreb samarbejde (Alter & Hage, 1993; Williams, 2012). Stik modsat opfatter andre kilder samarbejde som en delmængde af koordinering, hvor koordinering er et overordnet begreb (Alexander, 1995; Bouckaert et al., 2010; Cuccinielle, Guerrazzi, Nati, & Ongaro, 2015). I forlængelse heraf beskriver Gittel (2012) relationel koordinering som en proces, der er underliggende den tekniske koordineringsproces (Gittel, 2012), hvorved koordinering beskrives som en aktivitet, der indeholder såvel en teknisk som en relationel del.

Hvorvidt, koordinering og samarbejde er under- eller overordnede begreber, er i relation til denne undersøgelse uvæsentligt. Derimod er det vigtigt at være opmærksom på, at relationen mellem de involverede parter er tæt knyttet til

koordineringen mellem dem, hvorfor undersøgelsen af IOC må have øje for relationen mellem de involverede parter.

Forvirringen omkring koordinering og samarbejde øges af, at engelske kilder anvender begreberne ”Collaboration” og ”Cooperation”. En sproglig forskel, som er svær at gengive på dansk, idet begge ord umiddelbart oversættes til samarbejde. Keast et al. (2007) adskiller dog eksplicit begreberne Cooperation, Coordination og Collaboration ved at placere dem på et integrations-kontinuum fra fuldt fragmenteret til fuldt forbundne organisationer:

- Cooperation finder sted i situationer med begrænsede forbindelser og lav intensitet. Det er basisniveauet for interorganisatoriske relationer og består typisk af kortvarige, uformelle relationer og informationsdeling.
- Coordination er lig med medium forbindelse og intensitet. En meget instrumentel funktion, som er stærkt opgaveorienteret og associeret med ”driving”. Opstår når specialisering er påkrævet, og når der er behov for ”alignment” og orkestrering af aktiviteter. Omhandler processer, som kræver, at organisationer arbejder sammen via allerede etablerede, oftest eksterne mål, men på en måde så organisationer forbliver adskilt.
- Collaboration er lig en høj grad af forbindelse og intensitet. Det mest stabile og langvarige integrationsform, som indbefatter skabelse af nye former for engagement og alternative strukturer og processer.

Selvom ”Collaboration” ofte bliver præsenteret som den foretrukne integrationsform, er den svær at opnå og endnu sværere at vedligeholde. Årsagen hertil er, at den kræver et skift i evner og kultur, som ligger udenfor deltagernes ”comfortzone”. Desuden er den tidskrævende og tager lang tid at udvikle (Keast et al., 2007).

Hvert patientforløb med multisygdom medfører i praksis en ny kombination af involverede medarbejdere, som afhænger af hospitalets specialeinddeling, bopælskommunens organisering af sundhedstjenester og patientens valg af praktiserende læge. Følgelig kan det i undersøgelsen af forløbskoordinering ved multisygdom ikke forventes, at de involverede medarbejdere har udviklet en langvarig og stabil integrationsform som ”Collaboration”. I stedet må forløbskoordinering ved multisygdom på et medarbejderniveau forventes at svare til integrationsformen ”Coordination” eller ”Cooperation”.

5.2. HVOR FOREGÅR INTERORGANISATORISK KOORDINATION?

IOC foregår *mellem organisationer*, og derfor handler afsnittet om at få afgrænset organisationer og præciseret forståelsen af dette ”*mellem*” og dets betydning for IOC.

5.2.1. AFGRÆNSNING AF ORGANISATIONER

Ved store og komplekse organisationer vil de grænser, som definerer organisationen, ofte være temmelig uklare, og i praksis vil de være subjektive og analytisk afgrænsede, hvorved et klart skel mellem intra- og interorganisatorisk kan betegnes som adfærdsmæssigt nonsens (Jørgensen, 1977). I et komplekst, statsligt bureaukrati med flere niveauer kan den relevante organisering afhængig af ramme eller reference være hele organisationen eller dens funktionelle enheder og underafdelinger, som interagerer som et interorganisatorisk system (Alexander, 1995; Vedung, 2006). Overført til denne undersøgelse betyder det, at sundhedsvæsnets på en og samme tid kan betragtes som én organisation og som et interorganisatorisk system bestående af dets enheder, hvorved koordinering mellem organisationerne i sundhedsvæsnets kan betegnes som både intra- og interorganisatoriske afhængige af den analytiske afgrænsning.

En stat bliver ofte opfattet som en enkelt organisation, men i forhold til koordinering mellem offentlige organisationer er det mere hensigtsmæssigt at opfatte staten som et sæt af mere eller mindre integrerede organisationer (Øvrebye et al., 2010). I forlængelse heraf opfattes sundhedsvæsnets i denne undersøgelse som et interorganisatorisk system bestående af en række separate organisationer.

Overlappet mellem intra- og interorganisatorisk er imidlertid værd at bemærke, da det medfører, at koordineringstiltag beskrevet inden for én kompleks organisation også kan være relevant i en interorganisatorisk ramme og modsat.

5.2.2. MELLEM ORGANISATIONER

I litteraturen beskrives en række analytiske greb til forståelse og afgrænsning af ”*mellem organisationer*”, som samlet set danner et virvar af interorganisatoriske begreber og modeller. En del heraf gennemgås nedenfor med henblik på at illustrere forskellige karakteristika herved. Gebetet ”*mellem organisationer*” kan betegnes som organisatoriske grænseflader (”organizational interfaces”), dvs. ”*the meeting grounds where social units come face to face and parties interact*” (Brown, 1983). Kontakten i organisatoriske grænseflader kan være stabil og veletableret eller flydende og episodisk, men grænseflader involverer altid en eller anden form for interaktion mellem de involverede organisationer (ibid.). Organiseringen af grænseflader kan være overensstemmende, under- eller overorganiseret, hvor en underorganiseret grænseflade er udtryk for at interaktionen mellem organisationerne er løs og åben, hvorved de involverede kan agere frit efter eget skøn. Modsat betyder en

overorganiseret grænseflade, at interaktionen mellem organisationerne er stram og lukket, hvilket begrænser muligheden for at agere fleksibelt (Brown, 1983). Sammenholdt med udviklingen i det danske sundhedsvæsen kan udviklingen her siges at være gået fra en underorganiseret grænseflade mellem primær og sekundær sektor (Seemann & Antoft, 2002) til indførelsen af en række tiltag møntet på at skabe sammenhæng i løbet af 00'erne, hvilket i det mindste i forhold til patientforløb med multisygdom har ledt til en potentiel overorganiseret grænseflade, hvor de involverede aktører ikke har tilstrækkelig mulighed for at agere fleksibelt ud fra patienternes individuelle behov.

Vender vi tilbage til de analytiske greb, kan indramningen af relevante grænseflader overordnet ske ud fra et "Organization set" eller et "Action set". Et "Organization set" svarer til et partsperspektiv, idet indramningen tager udgangspunkt i en organisation og dennes forbindelser til andre organisationer (Alexander, 1995). Denne afgrænsning omtales også som en enheds imaginære organisation (Gustafsson, 2007). I et "action set" indrammes det interorganisatoriske system via deltagernes fælles objekt eller et fælles opgavefelt (Alexander, 1995), hvilket også omtales som en totalopgave, hvor en sammenhængende opgave løses af flere parter (Gustafsson, 2007).

En anden tilgang til definering af "*mellem*" er at tage udgangspunkt i den dominerende relation mellem de involverede organisationer. Her opereres med et kontinuum fra feudalt over medieret til guidet felt, hvor organisationer i et feudalt felt er uafhængige og løst koblet til andre organisationer, mens organisationer i et medieret felt er bevidste om, at de er afhængige af hinanden for at kunne løse fælles formål. I et guidet felt kan organisationerne være forbundet via lovgivningsmæssige, cirkulæremæssige eller administrative forpligtigelser (Alexander, 1995), hvorved der opstår et samarbejde som benævnes "mandated cooperation", idet organisationerne er pålagt at samarbejde med hinanden (Brown, 1983). Meget samarbejde i det offentlige bygger på denne strategi, og som tidligere nævnt i relation til horisontal koordinering er dette også tilfældet i sundhedsvæsenet. Med afsæt i ovenstående rammesætning kan sundhedsvæsenet således opfattes som et guidet eller "mandated" interorganisatorisk felt.

En stor del af litteraturen omkring rammesætningen af "*mellem organisationer*" omhandler interorganisatoriske netværk, som ud fra form og indhold kan opdeles i en række forskellige netværkstyper. En central organisationssociologisk kilde er her Alter og Hage (1993), som beskriver interorganisatoriske netværk som en grundlæggende social form, som tillader gensidig påvirkning i relation til udveksling, samordnede handlinger og fælles produktion. Netværk består af ubegrænsede eller begrænsede klynger af organisationer, som per definition er ikke-hierarkiske samlinger af legalt adskilte enheder og er typisk udviklet over lang tid i et ujævnt tempo (Alter & Hage, 1993).

Alter og Hage klassificerer netværk ud fra følgende dimensioner:

- Konkurrerende eller symbiotisk samarbejde. Konkurrenter er organisationer af samme slags, mens symbiotisk samarbejde betegner relationer mellem organisationer, som kan have visse ligheder men primært opererer i forskellige sektorer.
- Antallet af involverede organisationer i netværket: Dyade, triade eller multiorganisatorisk.
- Niveauet af samarbejde i netværket: Fra simpel udveksling af information eller ressourcer til begrænset samarbejde omkring et funktionelt mål til et bredt samarbejde, som involverer produktion af serviceydelser.

Kombinationen af disse dimensioner skaber en netværkstypologi med 12 forskellige typer af interorganisatoriske netværk (Alter & Hage, 1993). Sammenholdes disse karakteristika med patientforløb med multisygdom er der tale om et bredt, symbiotisk produktionsnetværk mellem multiple organisationer. En kombination som i Alter og Hages typologi betegnes som et "systemisk netværk" (ibid.).

Et andet centralt netværksbegreb er "policy netværk", som defineres som mere eller mindre stabile mønstre af sociale relationer mellem gensidigt afhængige aktører, som tager form omkring et "policy" problem eller program. Et "policy netværk" er karakteriseret ved, at de forskellige aktører i netværket har forskellige mål, der er intet klart hierarki, ingen klare beslutningsprocedurer, og aktørerne i netværket har afhængigt af deres ressourcer forskellige magt (Kickert, Klijn, & Koppenjan, 1997). I forlængelse heraf betegnes "policy netværk" som et heteraki (Vedung, 2006).

Definitionen af "policy netværk" bygger oven på Alter og Hages netværksdefinition, men adskiller sig ved at inkludere elementet "mere eller mindre stabilitet", hvilket betyder, at netværk i overensstemmelse med definitionen af organisatoriske grænseflader kan være af en mere eller mindre varig natur. Pointeringen heraf synes væsentlig i forhold til patientforløb med multisygdom, som i høj grad medfører ustabile netværkskonstellationer. Et forhold som senere uddybes yderligere i relation til opgavens karakteristika.

Systemisk netværk og policy netværk er særligt relevant i forhold til denne undersøgelse, men herudover eksisterer en række øvrige idealtypiske netværkskonfigurationer. Eksempler herpå er isomorfe netværk, joint venture-netværk, interorganisatoriske projektnetværk, paraplynetværk, praksisfællesskaber, mass collaboration og sociale netværk (Gustafsson, 2007). En nærmere beskrivelse heraf er her fravalgt med henvisning til de omfangsmæssige begrænsninger for afhandlingen. I stedet rettes opmærksomheden i det følgende afsnit mod særlige udfordringer forbundet med interorganisatoriske netværk i offentlige organisationer.

5.2.3. MÅL I NETVÆRK

Diskussionen om mål i netværk går fra opfattelsen af, at organisationerne har forskellige mål (Kickert et al., 1997) til en opfattelse af, at fælles mål er en

forudsætning for effektiv koordinering af indsatser i sundhedsvæsenet (Gittell, 2012). Diskussionen er imidlertid mere nuanceret end som så.

Alexander (1995) anvender bevidst udtrykket ”gensidigt formål” for at dække to typer af situationer:

- Eksistensen af et fælles formål – en opgave, et mål eller et sæt af mål - som organisationer i et interorganisatorisk system er enige om, at de vil opnå sammen eller er pålagt af en ekstern autoritet
- De deltagende organisationer er enige om, at nogle af deres egne formål bedst kan opnås ved, at de interagerer i et relevant interorganisatorisk system

Ved den sidste type af situation vil mange organisationer dog være nødt til på en eller anden måde at justere deres strategier efter de andre organisationer, hvorved organisationens egne mål ikke kan stå helt alene (Alexander, 1995).

Andre kilder påpeger, at der ikke er tale om et enten/eller, men derimod et både/og, idet der i netværk på samme tid kan forekomme fælles mål (systemmål) og individuelle organisatoriske mål (Bouckaert et al., 2010; Romzek et al., 2013). Opnåelse af systemmål er typisk vigtig for de centrale myndigheder, men disse kan være svære at opnå, fordi ingen organisation i netværket rigtigt ejer disse mål, og ingen kan gøres direkte ansvarlige for målopfyldelsen. Følgelig vil organisationers engagement til at opnå systemmål ofte være mindre end deres engagement til at opnå individuelle mål, som de typisk selv holdes direkte ansvarlige for gennem fx lokale præstationsmålingssystemer (Bouckaert et al., 2010). Konsekvensen heraf er, at manglende ansvarlighedsmekanismer er en immanent del af interorganisatoriske netværk (Keast, Mandelle, & Brown, 2006).

Problemerne med at forene fælles og individuelle mål i interorganisatoriske netværk forstærkes af, at organisationerne ofte har en række specifikke mål og interesser, som afviger markant fra deres genparts mål og interesser. Og selv når der er enighed om et fælles mål i et interorganisatorisk netværk, kan de forskellige organisatoriske ståsteder føre til divergerende opfattelser af, hvordan disse fælles mål opnås. Alle kan således godt have et fælles mål om at ville klientens bedste, men samtidig have forskellige opfattelser af hvad ”det bedste” er, og hvordan det opnås (Romzek et al., 2013). Dvs. at organisationer i sundhedsvæsenet godt kan have et fælles mål om, at patienter med multisygdom skal have et sammenhængende patientforløb, men opfattelsen af, hvad det indebærer, vil være påvirket af deres organisatoriske ståsted, og der vil være en stor risiko for, at præstationer rettet mod det fælles mål ”sammenhængende patientforløb” vil være sekundære til præstationer rettet mod organisationsspecifikke mål – især hvis disse mål er knyttet til kvalitetsindikatorer.

5.2.4. HIERARKI OG NETVÆRK

Det rene, ikke-hierarkiske netværk er mere sjældent end først antaget i den tidlige netværkslitteratur, idet mange umiddelbart uformelle og ikke-hierarkiske netværk ved nærmere eftersyn viser sig at være afhængige af mere hierarkiske strukturer til at sikre en koordineret interaktion (Alexander, 1995). Dette gør sig især gældende i relation til offentlige organisationer, hvor netværk kun ændrer grænserne for staten på marginale måder og på ingen måde erstatter det offentlige bureaukrati (Agranoff, 2006). Interorganisatoriske netværk er anderledes end organisationer, men de er ikke komplet anderledes, idet netværk også kræver en form for organisering, regler for hvordan de opererer, rutiner osv. (ibid.). Der er brug for såvel netværk som hierarki i det offentlige (Valentijn et al., 2013), og staten spiller via tvang og incitamenter ofte en aktiv rolle i udviklingen af interorganisatoriske netværk, idet staten ikke bare kan vente på, at netværk opstår naturligt, hvis opgaveløsningen involverer en række offentlige organisationer (Bouckaert et al., 2010).

At netværk og hierarki sameksisterer modsvarer definitionen af samvirke som en kombination af vertikal og horisontal integration (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013), men det er værd at bemærke, at der sjældent er tale om ligeværdige styreformer, da den hierarkiske dimension generelt har tendens til at dominere over netværksdimension (Lægriid et al., 2015). I et sektoropdelt system som fx sundhedsvæsnen, hvor ressourcer håndteres af sektorerne, vil sektorstyringen således udgøre en vigtig forudsætning for, hvordan netværksstyringen fungerer (G. S. Hansen, Hovik, & Hundere, 2014). I forlængelse heraf kan sektorer betegnes som delstyresystemer, som er karakteriseret ved, at de kun dækker en del af netværket, men de binder denne del af netværket på en lang række forhold så som prioritering af opgaver og udførelsen heraf (Gustafsson & Seemann, 1985).

På denne baggrund må det forventes, at varetagelsen af IOC ved multisygdom er påvirket af medarbejdernes sektortilhørsforhold. Sygeplejersker kan i et tværsektorielt netværk ikke frit vurdere og planlægge, hvilke opgaver der skal varetages i det enkelte patientforløb med multisygdom, idet de allerede er bundet op på det definerede serviceniveau, skriftlige retningslinjer og procesindikatorer i egen sektor.

5.2.5. KOORDINERINGSNIVEAUER

Det sidste bud på, hvordan ”mellem organisationer” kan rammesættes, er at tage udgangspunkt i organisatoriske niveauer. Som udgangspunkt foregår IOC på de tre organisatoriske niveauer, som afhængig af kilde opdeles i High/Meso/Low niveau eller Meta/Meso/Micro niveau. IOC på højeste niveau omhandler politiske mål, og de tre centrale koordineringsmekanismer er her hierarki, netværk og marked. IOC på det midterste organisatoriske niveau omhandler politisk, administrative og finansielle strukturer, mens IOC på det laveste niveau handler om koordinering af den reelle levering af ydelser til de, der har brug for hjælp og støtte. Da det især er IOC på dette niveau, som er væsentligt for klienter med multiple problemer (Øvrebye et al., 2010), synes ”lavt niveau” imidlertid ikke at være en særlig retvisende betegnelse.

Omkring forholdet mellem de tre niveauer gælder, at koordinering kan være opnået på et niveau, mens koordinering på et andet niveau muligvis ikke er opnået (Bouckaert et al., 2010). Endvidere gælder, at koordineringsstrukturer på lavere niveauer ofte er en del af eller indlejret i strukturer på højere niveauer (Alexander, 1995).

Undersøgelsesspørgsmålene i dette projekt relaterer sig til mikroniveauet, hvilket også omtales som det udførende niveau, og jævnfør ovenstående må det forventes, at IOC på dette niveau er indlejret i strukturer på højere niveauer så som strukturreformen, forløbsprogrammer og sundhedsaftaler. Følgelig er indsigt i disse strukturer væsentlig, men samtidig er det værd at bemærke, at graden, hvormed patientforløb er koordineret på et niveau, ikke uden videre kan overføres til det udførende niveau. Med andre ord kan den tværsektorielle indsats godt være koordineret af overordnede strukturer, uden at det nødvendigvis betyder, at patientforløb er koordineret på det udførende niveau, hvorved forståelse af hvordan IOC foregår på mikroniveau må behandles selvstændigt og ikke som et spejlbillede af koordinering på meso- og makroniveau.

5.3. HVORFOR ER DER BEHOV FOR INTERORGANISATORISK KOORDINATION?

”IOC is too complex for a simple explanation of the evolution” (Alexander, 1995)

I overensstemmelse med citatet byder dette afsnit på flere væsentlige forklaringer på baggrunden for IOC, hvor de forskellige syn på IOC bl.a. kan forklares ud fra forskelle i de underliggende teoretiske præmisser. Særlig relevant for IOC er Exchange teori, Organisatorisk Ecology teori og Transaktionsteori, som forklarer udviklingen af IOC ud fra henholdsvis behov for ressourcetilførsel, tilpasning til omgivelserne og reduktion af transaktionsomkostninger (Alexander, 1995).

5.3.1. GENSIDIG AFHÆNGIGHED (“INTERDEPENDENCE”)

Organisationers gensidige afhængighed er central for forståelsen af IOC, og en klassisk kilde er i den sammenhæng Thompson (1967), som definerer tre afhængighedsformer:

- Pulje-afhængighed: Når hver part yder et adskilt bidrag til den samlede opgaveløsning. Hvis en part ikke præsterer på passende vis, bringes den samlede indsats i fare, hvilket betyder, at parterne indirekte er gensidigt afhængige, fordi en mangelfuld indsats hos én part får konsekvenser for den samlede indsats.
- Sekventiel afhængighed: En seriel afhængighed, hvor parterne er direkte afhængige af hinanden. Del X må handle på passende vis, før del Y kan handle, og hvis ikke del Y handler, får del X et output-problem.

- Reciprok afhængighed: Situationer hvor output fra hver del bliver input for andre. Produktionen i del X er input for produktionen i del Y, og produktionen i del Y er input for produktionen i del X (Thompson, 1967).

De tre afhængighedsformer bygger oven på hinanden i den fremstillede rækkefølge, således at sekventiel afhængighed indbefatter puljeafhængighed, og reciprok afhængighed indbefatter såvel sekventiel som puljeafhængighed. Endvidere gælder, at de tre afhængighedsformer i den opstillede rækkefølge er tiltagende besværlige at koordinere, fordi de indeholder en tiltagende grad af kontingens. Ved puljeafhængighed kan hver del fortsætte uden at tage hensyn til andres handlinger, så længe det samlede system er leveringsdygtigt. Ved sekventiel afhængighed må alle dele imidlertid tilpasses, hvis en part handler upassende eller ikke opfylder forventningerne, og ved reciprok afhængighed er kontingens et konstant vilkår, idet hver dels handlinger *altid* må tilpasses til handlinger fra en eller flere andre dele i systemet. (Thompson, 1967).

De tre klassiske former for gensidig afhængighed suppleres af Alexander (1995) med resultat- og adfærdsafhængighed ("outcome interdependence" og "behavior interdependence"), hvor den første henviser til situationer, hvor resultatet er produktet af en gensidig afhængig indsats, mens den anden henviser til situationer, hvor deltagernes aktiviteter er gensidigt afhængige (Alexander, 1995). Indholdsmæssigt synes disse betegnelser dog at have et væsentligt overlap med henholdsvis pulje og reciprok afhængighed.

Med inspiration fra biologisk ecology anvendes også begreberne symbiotiske og kommensale afhængighedsrelationer mellem organisationer. I symbiotiske relationer interagerer organisationerne med henblik på gensidige fordele (som et næsehorn og en oksehakker), mens organisationer med kommensale relationer er organisationer, som trækker på samme ressourcebase (som forskellige planteædere på savannen) – en afhængighedsform som indebærer en vis grad af deling og rationering (Alexander, 1995). I samfundet og sundhedsvæsnets som helhed er det et relevant perspektiv, idet alle offentlige organisationer på et overordnet niveau trækker på samme finansieringskilde, men når sundhedsvæsnets som her anskues som et interorganisatorisk netværk, er den kommensale afhængighed imidlertid ikke relevant, idet der er adskilte ressourcekanaler til de enkelte organisationer i netværket.

I forhold til de tre klassiske former for gensidig afhængighed medfører patientforløb med multisygdom en reciprok gensidig afhængighed mellem de involverede organisationer, da behandling og pleje udført i en organisation løbende må tilpasses til behandling og pleje udført af en eller flere andre dele i systemet. Anvendes Alexanders begreber, svarer det til adfærdsafhængighed.

For at forstå den gensidig afhængighed i et interorganisatorisk netværk er det imidlertid ikke tilstrækkeligt blot at kende til typen af afhængighed. Også karakteristika ved opgaven og strukturelle forhold påvirker den gensidige afhængighed (Alter & Hage, 1993), hvorfor disse forhold uddybes i de følgende afsnit. Endvidere påvirkes afhængigheden af eksterne kontrolmekanismer, hvilket allerede er uddybet i de foregående afsnit i relation til staten og sektorernes rolle i interorganisatoriske netværk.

5.3.2. OPGAVEKOMPLEKSITET

Øget kompleksitet i opgavens struktur omtales af flere kilder som en tiltagende udfordring i offentlige organisationer og betegnes ofte ”wicked problems” (Keast et al., 2007; Lægriid et al., 2015; Romzek et al., 2013).

Hvis kompleksiteten af opgaven, der skal løses, er høj, vil der være et stort behov for koordinering (Alter & Hage, 1993), hvilket gør det relevant at præcisere, hvad en kompleks opgave er.

En opgave kan karakteriseres ud fra fokus, usikkerhed, intensitet, varighed og volumen, hvoraf især tre faktorer øger kompleksiteten:

- Opgavefokus: Graden hvormed en opgave varierer og kræver en multi-dimensional tilgang
- Opgaveusikkerhed: Omfanget hvormed processer har et kendt forløb/resultat over tid
- Opgaveintensitet: Omfanget af tid anvendt på en klient eller på vegne heraf over en specifik tidsperiode (Alter & Hage, 1993).

Patientforløb med multisygdom er, jævnfør tidligere beskrivelse heraf (s. 21-23), en opgave, som varierer over tid grundet forskellige sygdomskombinationer og svingende sygdomsintensitet. De forskellige, samtidige diagnoser medfører behov for en multi-dimensional indsats, og forløbet er over tid uforudsigeligt, fordi meget afhænger af psykosociale faktorer og kombinationen af sygdomme. Heraf følger, at koordinering i patientforløb med multisygdom kan betegnes som en opgave med en høj kompleksitet og som et konkret eksempel på et ”wicked problem”.

I forlængelse heraf er det væsentligt at være opmærksom på, at det er utilstrækkeligt at forstå en proces som en lineær serie af hændelser. Derimod kan en proces med fordel forstås som en formation af hændelser, der er spredt ud i tid og sted og alligevel forbundet i et mønster, som udviser en vis grad af sammenhæng (Hernes, 2014). Med andre ord forstås patientforløb som en samling af aktiviteter, der i en vis grad er forbundet, men adskilt i tid og sted.

5.3.3. FUNKTIONEL OG STRUKTUREL DIFFERENTIERING

Kompleksiteten i samfundet er i mange OECD-lande steget, hvilket hænger sammen med øget specialisering af professioner og samfundsfunktioner, øget decentralisering samt forsøg på markedsorientering, som har betydet, at det samlede antal velfærdsorganisationer er steget (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Bouckaert et al., 2010; Keast et al., 2007). Differentiering betegner en opdeling af forskellige virksomhedsområder og kan bestå af en funktionel eller en strukturel opdeling, om end funktionel differentiering i reglen fører til strukturel differentiering. Den øgede specialisering af professioner er udtryk for funktionel differentiering, mens det øgede antal organisationer i velfærdssystemer er lig strukturel differentiering (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013).

Hvis differentiering over længere tid ikke modsvares af tilpasset koordination, vil der opstå fragmentering i den fælles opgaveløsning, hvor opdelingen af ansvar mellem forskellige organisationer/enheder leder til unødigt dobbeltarbejde og spild af ressourcer. Endvidere kan der opstå gråzoner, hvor klienter "falder mellem to stole", fordi de har et problem, som ikke passer ind i den organisatoriske struktur, eller også bliver de sendt rundt mellem organisationer, uden at nogen tager ansvar for personen som helhed (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). Forhold, som netop svarer til de fragmenteringsproblemer, der indledningsvist blev beskrevet i relation til patienter med multisygdom.

Samlet set gælder altså, at den øgede kompleksitet i samfundet har medført en øget funktionel differentiering og heraf en øget strukturel differentiering, som igen medfører et behov for IOC for at modvirke fragmentering (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Bouckaert et al., 2010; G. S. Hansen et al., 2014; Lægrid et al., 2015).

At specialisering kan føre til fragmentering hænger bl.a. sammen med, at de ansatte kan blive så optagede af deres specialiserede opgave, at de glemmer at samarbejde med andre og ikke har øje for en fælles sag med andre organisationer - såkaldt "Silo-mentalitet" eller "Skyklapper" (Bouckaert et al., 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2002). Konsekvensen heraf er, at organisationerne ofte mangler helt basale informationer om, hvad den anden part laver, og de involverede medarbejdere interesserer sig meget lidt for handlinger udført af deres modstykker andre steder (ibid.).

Udvikling af silo-mentalitet/skyklapper kan desuden forklares med, at specialisering medfører en tendens til en temmelig lineær, top-down organisering, som fokuserer opmærksomheden på levering af organisationens/enhedens servicemål (Bouckaert et al., 2010). I visse tilfælde bliver de ansatte også systematisk skærmet mod information, der ikke anses for relevante for deres opgaveløsning, og det medvirker til, at de ansatte tror, at det, de arbejder med, er vigtigere end andet, ligesom de mister evnen og viljen til at se eget arbejde i forhold til, hvad der eller sker (Jacobsen & Thorsvik, 2002).

Modsat er der også kilder, som argumenterer for, at specialisering er en fordel for IOC. Fx vurderer Alexander (1995), at ekspertkompetence blandt personalet kan fremme IOC, fordi det øger organisationens selvtillid og åbner for interaktioner, som ellers kunne synes som en trussel (Alexander, 1995). Hertil kommer, at Cuccinielle et al. (2015) i en nylig empirisk undersøgelse fandt, at sundhedspersonale på det udførende niveau var påvirkelige af horisontal koordinering, fordi de i høj grad erkendte behovet herfor, hvilket udfordrer antagelsen om omfattende silo-mentalitet.

5.3.4. ANDRE FORKLARINGER PÅ UDVIKLINGEN AF IOC

Organisatoriske trends: Organisationer implementerer ofte populære ideer om ”god” og ”rigtig” organisering af frygt for at fremstå gammeldags. Trends opstår således, når organisationer imiterer hinanden med henblik på at opnå legitimitet, hvilket også betegnes som et pres mod homogenitet. I forlængelse heraf kan det omfattende fokus på integration og IOC forklares med, at det er kommet på mode i moderne velfærdsorganisationer (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Jacobsen & Thorsvik, 2002). I denne sammenhæng opfattes det som en medvirkende forklaring til, at der i offentlige organisationer er fokus på IOC, men jævnfør de foregående afsnit om tiltagende differentiering og øget opgavekompleksitet vurderes det som utilstrækkeligt alene at forklare IOC som et organisatorisk modelune.

Sympati eller solidaritetsrelationer: IOC kan også kobles til en opfattelse af fælles forpligtigelse blandt de deltagende enheder, som kan udspringe af forhold så som fælles værdier, fælles tilhørsforhold og langvarig reciprok interaktion. Traditionelle eksempler herpå er familier og stammer/klaner, mens et eksempel i moderne organisationer er professionelle grupper, som er koblet af fælles professionelle værdier/normer og en intens socialisering, herunder samme uddannelsesbaggrund og et fælles fagsprog (Alexander, 1995). Sammenholdt med sygeplejefprofessionens varetagelse af tværsektoriel forløbskoordinering implicerer denne forklaring på IOC, at professionens rolle er udviklet i forbindelse med socialiseringen til sygeplejefprofessionen, dvs. allerede under uddannelse og praktikforløb.

Eksisterende sociale strukturer: IOC-strukturer kan opfattes som en særlig form for social struktur, dvs. et organiseret sæt af regler og ressourcer, som er en del af det sociale system. Ligesom andre sociale strukturer består IOC-strukturer af et system af fremmede eller begrænsende regler og ressourcer, som er genkendelige over tid (Alexander, 1995). Disse regler er ofte ikke eksplicite, men guider alligevel sundhedsprofessionelles adfærd og holdninger i en række forskellige situationer (Blomgren & Waks, 2015). En konsekvens heraf er, at organisationer har en tendens til at fastholde deres mønstre for IOC, hvilket betyder, at mangelfuld koordinering af indsatser i nogle tilfælde ganske enkelt kan forklares med manglende tradition herfor (Bouckaert et al., 2010). Sundhedsvæsenet har traditionelt været organiseret efter akut sygdom (Frølich, 2013), hvor patientforløb typisk starter med indlæggelse på et hospital. Fx må det ud fra ovenstående forventes, at hospitalerne i høj grad har

tradition for at videresende patienter til andre (udskrivelse), mens det kommunale sundhedsvæsen i høj grad har tradition for at modtage patienter fra andre.

Samlet betyder det, at IOC ikke blot afhænger af, hvad der skal koordineres hvor, men også af hvem der konkret koordinerer forløbet med hvem, og hvilke traditioner de har for at koordinere med hinanden.

5.4. HVORDAN FOREGÅR INTERORGANISATORISK KOORDINATION?

5.4.1. KOORDINERINGSMEKANISMER

Systemer til koordinering af indsatser omtales i litteraturen som bl.a. koordineringsmekanismer, -redskaber, -instrumenter og -strategier. Hvad der er det ene, og det andet synes at afhænge af de enkelte kilders analytiske niveau, hvorfor der ikke her gøres et større nummer ud af at skelne mellem disse betegnelser. I stedet anvendes betegnelsen koordineringsmekanisme som en samlet betegnelse for aktiviteter og systemer til koordinering af såvel overordnet som konkret karakter. Jeg vil i dette afsnit beskrive en række koordineringsmekanismer, som kan betragtes som en form for "teoretisk redskabskasse".

De klassiske former for gensidig afhængighed, som blev beskrevet i det foregående afsnit, kan kobles til bestemte koordineringsmekanismer.

- Ved puljeafhængighed er koordinering vha. standardisering mest passende. Dvs. at der etableres internt konsistente rutiner, som begrænser de handlinger, hver del udfører. Anvendes i situationer, som er relativt stabile og gentagelsesprægede.
- Ved seriel afhængighed er koordinering vha. planer passende. Det involverer udarbejdelse af programmer og retningslinjer, som er retningsanvisende for indsatsen. Kræver ikke den samme høje grad af stabilitet og er derfor passende i mere dynamiske situationer.
- Ved reciprok afhængighed er der brug for koordinering via gensidig tilpasning (feedback), hvor der løbende overføres information mellem de involverede. Jo mere uforudsigelig og varierende situationen er, i jo højere grad afhænger koordineringen af gensidig tilpasning (Thompson, 1967).

Koordineringsmekanismerne øger i den opstillede rækkefølge kravene til kommunikation og beslutninger. Dvs. at koordinering via gensidig tilpasning er mere omkostningsfuld og involverer en større kommunikations- og beslutningsbyrde end koordinering via planer, som igen er mere omkostningsfuld end koordinering via standardisering (Thompson, 1967). Generelt kræver serviceydelser til klienter gensidig tilpasning/feedback, fordi det er svært eller ligefrem umuligt at forudsige resultatet, og det gælder især, når klienter har multiple problemer, som kræver input

fra en lang række af forskellige organisationer (Alter & Hage, 1993). Dette er i overensstemmelse med, at patientforløb med multisygdom i sidste afsnit blev vurderet til at medføre reciprok afhængighed mellem organisationer.

Alexander (1995) opdeler overordnet koordineringsmekanismer efter tid vha. begreberne *anticipativ* og *adaptiv* koordinering:

- Anticipativ koordinering er koordinering ved hjælp af planer (proaktiv)
- Adaptiv koordinering sker i realtid (nu og her) og er baseret på monitorering, feedback og kontrol (Alexander, 1995)

Igen synes der at være et væsentligt overlap mellem Alexanders og Thompsons begreber. Selvom Alexanders defineres ud fra tid, så synes *anticipativ* koordinering at modsvare koordinering vha. standardisering og planer, mens *adaptiv* koordinering synes at modsvare koordinering via gensidig tilpasning, men med en præcisering af, at koordineringen kan foregå enten *før*, eller *mens* en aktivitet foregår.

En anden central kilde i litteraturen vedrørende koordineringsmekanismer er Mintzberg (1979), som beskriver følgende koordineringsmekanismer:

- Gensidig tilpasning: Uformel kommunikation og tilpasning mellem de, som udfører en indsats.
- Direkte supervision: En person tager ansvar for de andres indsats ved at udstede instruktioner og monitorere deres handlinger.
- Standardisering: Koordineringen indarbejdes i et program, som styrer indsatsen. De involverede ved på forhånd, hvad der forventes af dem, og de handler i overensstemmelse hermed.
 - o Standardisering af arbejdsopgaver: Arbejdsindholdet udspecificeres vha. regler, skriftlige retningslinjer og procedurer.
 - o Standardisering af resultater (output): Det specificeres, hvilket resultat indsatsen skal lede til, dvs. at fokus flyttes fra arbejdsudførelsen til specificering af det forventede resultatet. Hvordan resultatet opnås, er op til de involverede.
 - o Standardisering af viden og færdigheder: Opnås ved at udspecificere, hvilke krav der er til uddannelse og/eller træning. Herigennem får de involverede en standardiseret opfattelse af, hvad der forventes af dem, og hvad de kan forvente af andre. (Mintzberg, 1979)

De beskrevne koordineringsmekanismer kan i rækkefølge placeres på et kompleksitetskontinuum gående fra en enkel, overskuelig situation til en kompleks, uoverskuelig situation. Ved en enkel og overskuelig indsats kan man nøjes med gensidig tilpasning, men efterhånden som kompleksiteten øges, må der skiftes til først direkte supervision, og så til standardisering af først arbejdsprocesser, dernæst resultater og endelig viden og færdigheder. I de mest komplekse situationer er det

nødvendigt at vende tilbage til gensidig tilpasning, som er den mest adaptive koordineringsform (Mintzberg, 1979).

I praksis vil de fleste organisationer imidlertid benytte sig af et miks af alle disse koordineringsmekanismer, om end der er en tendens til, at mange foretrækker standardisering. Dog vil der altid være behov for en vis grad af direkte supervision og gensidig tilpasning for at overkomme den rigiditet, som følger af standardisering (Mintzberg, 1979).

Mintzbergs teori er udviklet indenfor rammen af en organisation, og derfor er det værd at bemærke, at "direkte supervision" kun delvist kan anvendes i IOC, idet ledere ikke kan træffe beslutninger, som rækker ud over deres egen organisation, hvorved denne koordineringsmekanisme især er aktuel for overordnede myndigheder. I forlængelse heraf påpeges det, at der ved gensidig tilpasning i interorganisatoriske netværk må refereres til "at opnå enighed" eller "en aftale" fremfor at tale om "beslutninger" (Agranoff, 2006).

Metoder til standardisering suppleres af andre kilder med:

- Standardisering vha. normer: Kollektiv handling opnås via et systematisk holdningsskabende arbejde, som skaber en tradition for, hvordan forskellige hensyn vægtes. På den vis virker normer på samme måde som regler, idet de angiver, hvad der er passende adfærd (Jacobsen & Thorsvik, 2002; Øvrebye et al., 2010; Valentijn et al., 2013).
- "Implicit koordinering": Via informations- og kommunikationsteknologi (IKT) er det muligt at gøre store mængder information tilgængelig for alle ansatte, hvorved betydningen af fysisk afstand nedsættes, da den nødvendige koordination kan foregå via et "virtuelt samarbejde" (Jacobsen & Thorsvik, 2002).

I litteraturen beskrives også specifikke horisontale koordineringsmekanismer:

- Formelle grupper/teams med personer fra forskellige enheder
- Integrator-positioner: Særlige stillinger, hvis hovedopgave det er at koordinere mellem flere enheder, men uden beslutningskompetence i forhold til enhederne.
- Rotation af personale mellem enheder
- Partnerskab – typisk inden for et afgrænset aktivitetsområde: Bygger på formelle aftaler mellem to eller flere organisationer. Det kan fx være formelle samarbejdsaftaler, som regulerer aktivitetens tilpasning, omfang og finansiering samt de berørte partners ansvar og forpligtigelser. Desuden kan det handle om formelle strukturer for kommunikation og informationsudveksling.
- Samlokalisering. Forskellige organisationer og aktiviteter placeres i de samme eller tætliggende lokaler/bygninger. En model for fysisk planlægning, som kan skabe forudsætninger for et intensivt samarbejde.

- Finansiell samordning. De involverede organisationer slår deres finansielle ressourcer sammen til et fælles budget for at gennemføre en fælles aktivitet. Nærmer sig fusion, men det er almindeligvis en begrænset del af budgettet, som slås sammen (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Jacobsen & Thorsvik, 2002).

Alexander (1995) beskæftiger sig også specifikt med IOC-mekanismer, som overlapper med ovenstående, men han benytter en mere overordnet inddeling og tilføjer uformelle mekanismer til listen. Formelle koordineringsmekanismer inkluderer her:

- Strukturelle mekanismer som bekendtgørelser og regler for IOC
- Sammenkoblingsanordninger som kan være anticipatoriske (fx fælles planlægning) eller operationelle (fx personaleudveksling eller udsendelse af støttepersonale).
- Programstyringsanordninger: Definerer roller og domæner og sikrer compliance vha. monitorering og auditering.
- Finansielle mekanismer: Ressourceudveksling, fx økonomisk støtte.

Uformelle koordineringsmekanismer er fx møder, telefonopkald og delte mails (Alexander, 1995), som imidlertid ikke udspecificeres nærmere.

Flere kilder understreger, at IOC ofte sker vha. uformelle mekanismer, som spiller en betydelig rolle i IOC, og muligvis er det den mest almindelige koordineringsmekanisme, der findes (Alexander, 1995; Keast et al., 2006; Øvrebye et al., 2010; Romzek et al., 2013). De uformelle IOC-mekanismer opstår på baggrund af interaktion mellem aktører over tid, og de virker ved at supplere eller omgå de formelle mekanismer (Keast et al., 2006; Øvrebye et al., 2010). I nogle situationer kan de være meget effektive, mens de i andre situationer er utilstrækkelige, fx hvis der er for stor tiltro til, at uformel kommunikation kan lette bureaukratiske spærringer/blokeringer (Alexander, 1995). Ofte har uformelle regler ligefrem forrang over de formelle regler, hvorved det kan være nødvendigt at tillade de uformelle regler at stå ved siden af de formelle og guide udviklet interaktion i interorganisatoriske netværk (Keast et al., 2006). Hvorvidt, det i praksis er muligt, udfordres dog af et nyere empirisk studie, som fandt betydelige spændinger mellem formelle og uformelle mekanismer (Romzek et al., 2013). Endvidere påpeges det, at tid anvendt på uformel koordinering nedprioriteres, når der er et højt tidspres (Øvrebye et al., 2010).

Professionelt tilhørsforhold spiller en særlig rolle for uformelle IOC-mekanismer i netværk, hvilket hænger sammen med, at professionel ansvarlighed kan ”aftappes” til en fælles orientering samt sensitivitet over for opfattelser hos medprofessionelle i andre organisationer. IOC ”flyder” nemmere mellem professionelle af samme type, og hvis orienteringen mod medprofessionelle er stærk nok, kan den suspendere

dynamikker og incitamenter associeret med bureaukratisk, politisk og lovgivningsmæssig ansvarlighed (Romzek et al., 2013).

En koordineringsteori, der de sidste år har været stor opmærksomhed omkring i en danske sammenhæng, er Gittels teori om relationel koordinering. Teorien retter sig specifikt mod medarbejdere på det udførende niveau og er baseret på koordineringsmekanismen "gensidig tilpasning". Den centrale pointe er her, at *fælles mål + fælles viden + gensidig respekt* tilsammen er væsentlige forudsætninger for *hyppig, rettidig, præcis og problemløsende kommunikation*, som kan føre til *kvalitets- og effektivitetsforbedringer* (Gittell, 2011; Gittell, 2012). Vurderingen af kvalitets- og effektivitets-effekter ved relationel koordinering er baseret på korrelationsstudier og ikke RCT, hvorved der er en vis risiko for bias forbundet hermed. Desuden har fx Alter og Hage tidligere defineret samarbejde mellem organisationer som kvaliteten af relationen mellem menneskelige aktører i et system, som består af *gensidig forståelse, fælles mål og værdier og en evne til at arbejde sammen om en fælles opgave* (Alter & Hage, 1993). Det nye ved Gittels teori er altså ikke indholdselementerne i sig selv, men derimod empiriske studier af deres effekt. Desuden er denne teori et godt eksempel på det indholdsmæssige sammenfald mellem begreberne samarbejde og koordinering, da det er svært at afgøre, om relationel koordineringsteori handler om koordinering (vha. relationer som fremmer gensidig tilpasning) eller om samarbejde.

Med hensyn til valg af koordineringsmekanismer er der en udbredt konsensus blandt kilderne: Koordineringsmekanismerne har hver deres fordele og ulemper og må udvælges og kombineres med udgangspunkt i det konkrete behov for koordinering. Der er således ikke én bedste løsning, idet den bedste løsning afhænger af, hvor godt et "fit" der er mellem IOC mekanismer, behovet for ydelser og omgivelsernes kompleksitet. Hvad, der virker i en kontekst, vil altså ikke nødvendigvis virke i en anden, og nogle koordineringsmekanismer vil være ineffektive i bestemte kontekster (Alexander, 1995; Alter & Hage, 1993; Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Cuccinielle et al., 2015).

Uanset hvilke koordineringsmekanismer, der er hensigtsmæssige i den konkrete situation, kan det være problematisk at oprette nye koordinerende instanser, idet de, der allerede er involveret i koordinering, ikke altid trækker sig ud af feltet. Herved bliver den nye koordinerende instans blot en yderligere aktør i feltet, og resultatet kan være, at koordineringsproblemet øges i stedet for at blive løst (Seemann, 1999).

5.4.2. MODERATORER

Der nævnes i litteraturen særligt tre forhold, som påvirker effekten af koordineringsmekanismer: Konflikt, magt og tillid.

Konflikt: Koordinering og konflikt er to adskilte og forskellige dynamikker, som eksisterer samtidig i interorganisatoriske netværk. Netværk udvikles ikke uden en hel del uorden og konflikt, og derfor kan konflikter betegnes som et medfødt vilkår.

Konflikt er lig med uenighed og strid om formål, metoder og politikker mellem individer eller organisationer i netværket og kan således forekomme både på individ- og organisationsniveau (Alter & Hage, 1993), og omfangsmæssigt kan det dreje sig om adskillige mini- og megakonflikter (Agranoff, 2006).

Brown (1983) definerer konflikter i organisatoriske grænseflader som uforenelig adfærd mellem parter med diskrepante interesser, hvorved konflikt kobles til såvel parternes adfærd som deres interesser. På baggrund heraf opstilles fire konflikttyper i organisatoriske grænseflader: reel konflikt, latent konflikt, falsk konflikt og ingen konflikt. Grænseflade-konflikter kan ifølge Brown have positive såvel som negative outcomes, hvor de negative især er forbundet med for lav eller høj intensitet (Brown, 1983), dvs. at der enten er for lidt eller for meget konflikt i netværket.

Et særlig centralt konfliktområde i interorganisatoriske netværk er domænekonflikter, som også omtales som grænse- eller ”revir”-konflikter. Et synspunkt i litteraturen er, at der ved alle grænser eksisterer potentielle grænsekrige, dvs. dilemmaer vedrørende klassifikation af hvad og hvem, der hører til på hver side, hvorved domænekonflikter anses som uundgåelige (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Williams, 2012). Et andet synspunkt er, at domæne-konflikter blokerer for IOC, hvorved domænekonsensus opfattes som en forudsætning for IOC (Alexander, 1995; Kickert et al., 1997). Ud fra Browns teori kan dette synspunkt imidlertid udfordres, da også for lidt domænekonflikt i organisatoriske grænseflader kan have et negativt outcome i form af ”stilstand”.

Magt: Forskellige aktører i interorganisatoriske netværk besidder forskellige roller/positioner, som har forskellig vægt, hvilket skaber en kontekst af uens muligheder. Følgelig spiller manipulation af svagere netværksparter og deres indordning også en rolle i interorganisatoriske netværk (Agranoff, 2006). Ændring af koordineringspraksis har generelt en tendens til at være komplekse ”trade-offs”, som ændrer magtrelationerne mellem de involverede aktører, hvorved ændringer let kan lede til spændinger og utilsigtede konsekvenser (Lægård et al., 2015).

Tillid: Der er generel enighed om, at tillid er en vigtig forudsætning for samarbejde i interorganisatoriske netværk, se fx (Christensen, 2017; Huxham & Vangen, 2005; Lundin, 2007; Williams, 2012). Forklaringen herpå er bl.a., at tillid reducerer usikkerhed, foster informationsudveksling og fremmer innovation. Tillid skabes som udgangspunkt via individuelle relationer, hvilket anvendes som argument for, at personalekontinuitet er vigtig for udvikling af tillid (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). Romzek et al. (2013) er enige i, at personalekontinuitet har betydning i de enkelte forløb, fordi der er brug for nogen, som kender klienten godt, men de vurderer også, at tillid kan få sit eget liv i interorganisatoriske netværk uafhængig af individuelle relationer. Det sker, når organisationer - på trods af individuelle udskiftninger - former langvarige forbindelser med hinanden, som fører til organisatorisk tillid. En sådan er særdeles væsentlig, fordi ustabilitet skabt af

personaleudskiftning er en kronisk tilstand i nutidens interorganisatoriske netværk (Romzek et al., 2013).

Tillid kan beskrives som en parts villighed til at indgå i en relation med en anden part i troen på, at den andens handlinger vil være fordelagtige for den pågældende, uden at der gives garanti (Gustafsson, 2007). Desuden kan tillid opdeles i forskellige former med hvert sit udspring:

- Kalkulationsbaseret tillid er baseret på en beregning af fordele og risici.
- Institutioneltbaseret tillid baserer sig på eksisterende regler, systemer og love.
- Forståelsesbaseret tillid er baseret på viden om hinanden og en oplevelse af, at "den anden" er forudsigelig.
- Identifikationsbaseret tillid baserer sig på fælles normer og værdier og i et vist omfang fælles identitet (ibid.)

Ifølge Gustafsson (2007) er udviklingen af tillid i netværk generelt udfordret af, at dominerende ledelsesformer er præget af parolen *"tillid er godt, men kontrol er bedre"*, og ofte er billedet af eksterne parter præget af konkurrenceperspektiver.

I den daglige praksis på det udførende niveau fremmes tillid bl.a. af forhold som hyppig og vedvarende kommunikation og informationsdeling, opfølgning på forpligtigelser, at gøre hinanden tjenester og at anerkende og korrigere fejl. Modsat fremmes mistillid bl.a. af manglende betimelighed ("timeliness") i relation til aftaler, mangelfuld adgang til information, begrænset kommunikation udenfor møder, manglende respons på kontaktforsøg (fx ubesvarede mails eller telefonopkald) og en oplevelse af, at der ikke er tid til at kommunikere med de andre aktører i netværket (Romzek et al., 2013).

5.4.3. BARRIERER, FREMMENDE FORHOLD OG RISICI VED IOC

Litteraturen om IOC er fyldt med såvel strukturelle som kulturelle barrierer, hvor de sidste er de vanskeligste at gøre noget ved (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). Barrierer og fremmende forhold er typisk to sider af samme sag, fx er opretholdelse af organisatorisk integritet fremmende, mens tab heraf er en barriere (Alexander, 1995), men som påpeget af Auschra (2018) betyder det ikke, at eliminering af en barriere automatisk er lig med sammenhængende indsatser, eftersom der ofte er brug for yderligere understøttende tiltag.

Nedenfor oplistes en række væsentlige barrierer identificeret i litteraturen, hvor modstykket altså kan opfattes som fremmende for IOC:

- Forskellige adfærdsmønstre
- Forskelligt sprogbrug
- Forskellige attituder og vurderinger

- IOC opfattes som en udgift frem for et potentiale
 - Stivsind (manglende villighed til at være fleksibel)
 - Tid: Organisationer samarbejder over længere tid, men ser ikke, hvordan deres handlinger interagerer (hvordan egne tiltag fungerer i forhold til de andres tiltag over tid)
 - Forskellige regler og retningslinjer som udgår fra forskellige love
 - Økonomiske restriktioner eller manglende økonomisk incitament til IOC
 - Uhensigtsmæssige administrativ grænsedragning indenfor og mellem organisationer
 - Manglende interorganisatorisk ledelse
 - Forekomst af forskellige informationssystemer og databaser
 - Mangelfuld informationsudveksling, hvilket ofte er forbundet med beskyttelse af sensitive personoplysninger
- (Alexander, 1995; Auschra, 2018; Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Bouckaert et al., 2010)

Risici ved IOC handler om, at koordinering kan blive et mål i sig selv og optage så meget tid, at det går ud over kerneydelsen til patienten. Endvidere kan der over tid udvikles nye samordningsorganer, som indebærer risiko for udvikling af en ny form for bureaukrati – et samrådsokrati (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013).

5.5. INTERORGANISATORISK KOORDINATION PÅ DET UDFØRENDE NIVEAU

De offentlige organisationer, som leverer ”policy” direkte til befolkningen, betegnes i en del af litteraturen som ”Street level organizations” (SLO) (Brodtkin, 2011; Brodtkin, 2013). Forskningsmæssigt har der ikke været meget opmærksomhed omkring SLO’er, hvilket muligvis hænger sammen med, at de i velfærdsstatsforskningen især er blevet opfattet som ”policy implementers”. I forlængelse heraf har den begrænsede interesse især handlet om SLO’er som et problem, når de afviger fra eller saboterer implementering af ”policy” (Brodtkin, 2013; Dalsgaard, 2013). Nyerere teori om SLO’er anfægter denne opfattelse og påpeger, at SLO’er har en central praktisk betydning, idet ”policy” levering afhænger af, hvad SLO’er gør, og hvordan de gør det, og det handler ikke kun om passivt at implementere ”policy”. Megen lovgivning er sløret, abstrakt og kombinerer modstridende formål, og derfor er SLO’er nødt til aktivt at agere som lovoversættelse og -fortolkere.

Endvidere er skøn i nogle tilfælde direkte et krav, fx i rammelove, hvor ”policy”-detaljer undlades til fordel for bredere principper og mål (Brodtkin, 2013). At dette også er tilfældet i en dansk sammenhæng understøttes af et nyere studie, som konkluderer, at kravene til ”*intersectoral action*” i de nationale retningslinjer og den danske lovgivning er vagt definerede og karakteriseret af mangelfuld ”*practical guidance for action*” (Holt, Waldorff, Tjørnhøj-Thomsen, & Rod, 2017).

Den nye forståelse af SLO'er medfører også en anden forståelse af medarbejderne. Disse forventes ikke kun at gøre, hvad de får besked på, men modsat er de heller ikke autonome aktører, som bare gør, hvad de vil. De gør, hvad de kan under de givne betingelser, og nogle gange kan det indebære rationering, sortering og selektivitet i forhold til levering af serviceydelser. På den måde er de også politiske, idet deres praksis er afgørende for "hvem der får hvad, hvornår og hvordan" (Brodin, 2013). På baggrund heraf kan det ikke forventes, at sygeplejefprofessionens varetagelse af forløbskoordinering alene handler om at implementere gældende lovindhold og retningslinjer. Derimod må det forventes, at sygeplejersker under de givne betingelser aktivt fortolker, hvad forløbskoordinering er, hvilken rolle de selv har, og hvordan de kan koordinere forløbet.

Teorier om "boundary spanners" omhandler ligeledes medarbejdere på det udførende niveau, men fokuserer på dem, som er involveret i interorganisatorisk samarbejde. Boundary spanning handler om at operere inden for og håndtere grænseflader, og forskningen i disse aktørers rolle i interorganisatorisk samarbejde har hidtil været begrænset. En central teoretisk kilde er her Williams (2012), som opdeler boundary spanners i to grupper: De som har et job dedikeret hertil, og de som varetager boundary spanning aktiviteter som en integreret del af deres jobfunktion (Williams, 2012), hvor det sidste er fokus i denne sammenhæng.

Rollen som boundary spanner indbefatter en række forskellige, men forbundne elementer med dertilhørende kompetencer, som kan opdeles i fire roller:

- Koordinatorsrollen omhandler koordinering og organisering af samarbejdsprocesser. Centralt i rollen er planlægning, koordinering, servicering og administration, hvilket stiller store krav til tidsforbruget, da listen med koordineringsopgaver er lang. Logistikken kompliceres af, at der er en række aktører involveret, som alle skal have en fair behandling, hvilket stiller krav om effektive metoder til kommunikation, informationsdeling og beslutningsprocesser. Nogle boundary spanners får via deres koordinerende funktion mulighed for at øge deres indflydelse, hvorved det kan være en potentielt magtfuld rolle.
- Reticulist-rollen koncentrerer sig om håndtering af relationer og afhængighed inden for et netværk.
- Tolk/kommunikatorrollen er centreret om det at have sans for aktørernes forskellighed og baggrund samt det at skabe forbindelse til og koble sig med forskellige og skiftende interesser.
- Entreprenørrollen fokuserer på vigtigheden af at udvikle nye løsninger på komplekse problemer og indbefatter kreativitet, opportunisme og innovation (Williams, 2012).

Umiddelbart er det særligt koordinatorrollen, som er relevant i denne sammenhæng, men de fire roller er tæt knyttet til hinanden. Således forudsætter koordineringsrollen kompetencer til at ”netværke”, skabe relationer på tværs af organisationer og finde kreative løsninger – dvs. kompetencer forbundet med retikulist, tolk og entreprenørrollen (Williams, 2012). Generelt er evnen til at forstå gensidig afhængighed og forskellige organisatoriske betingelser særdeles relevant for boundary spanners, og i den sammenhæng beskrives det at have erfaringer fra forskellige sektorer og organisationer som en fordel (Williams, 2012), hvorved det i denne undersøgelse er relevant at være opmærksom herpå.

Ifølge Williams er administration et af de centrale elementer i koordinatorrollen, hvilket i relation til sundhedsvæsenet understøttes af andre kilder, som påpeger, at en stor del af koordineringen i sundhedsvæsenet på det udførende niveau er administrativ og ikke nødvendigvis ”medical” (Curry & Ham, 2010; Pagh, 2012).

En anden væsentlig pointe vedrørende IOC på det udførende niveau er, at det ofte er generalister, som varetager IOC, hvilket kan være en udfordring, fordi de typisk har lavere status i det organisatoriske hierarki end medarbejdere med specialiseret professionel viden. I forlængelse heraf nævnes rollen som ”organisatorisk guide” som en overset, men væsentlig koordineringsrolle på det udførende niveau (Øvrebye et al., 2010).

Ifølge en status fra WHO’s Europæiske kontor publiceret i 2015 eksisterer der ikke et bredt anerkendt sæt af medarbejderkompetencer forbundet med koordinering og integrerede sundhedsydelser (”coordinated/integrated health service delivery”) (Langins & Borgermans, 2015). På baggrund af et systematisk review af den eksisterende evidens, udledes der imidlertid fem centrale kompetencegrupper, der beskrives som generiske kompetencer til koordinering og integration af sundhedsydelser. Kompetencerne vedrører hele arbejdsstyrken og knytter sig ikke til en bestemt profession (Langins & Borgermans, 2015). Det drejer sig om følgende fem kompetencegrupper, hvor hver indeholder 6-10 kernekompetencer, som af omfangsmæssige hensyn ikke beskrives her.

- Patientstøtte (”Patient advocacy”): Evne til at aktivere offentlige ydelser som patienten er berettiget til med henblik på at sikre den bedste kvalitet af pleje og behandling samt evne til at understøtte patienten i at blive en aktiv deltager i sin egen sundhed.
- Effektiv kommunikation (”Effective communication”): Evne til hurtigt at etablere et godt forhold til patienten og dennes pårørende hvor patientens kulturelle baggrund på empathiske og sensitiv vis inkorporeres.
- Samarbejde (”Team work”): Evne til at fungere effektivt som medlem af et inter-professionelt team som inkluderer leverandører, patienten og pårørende på en måde som afspejler forståelse for gruppe-dynamikker og -processer i relation til at opbygge produktive arbejdsrelationer, og som er fokuseret på helbredsresultater.

- Patientcentreret pleje og behandling ("People-centred care"): Evne til at skabe vilkår for levering af koordinerede/integrerede ydelser som er centreret omkring patientens og pårørendes behov, værdier og præferencer langs et kontinuum af ydelser og over et livsløb.
- Kontinuerlig læring ("Continuous learning"): Evne til at demonstrere en reflekteret praksis baseret på den bedst tilgængelige evidens og til at vurdere og kontinuerligt forbedre den leverede service som individuel leverandør og som medlem af et inter-professionelt team (Langins & Borgermans, 2015).

Der er næppe nogen, som kan være uenige i, at det generelt er ønskeværdige kompetencer, men samtidig er det kompetencer, som primært er rettet mod, hvordan ydelser skal leveres, og ikke hvordan de skal koordineres. Dette stemmer overens med den tidligere beskrivelse af, at medarbejdere på det udførende niveau ofte opfattes som "policy implementers", hvorved deres aktive rolle som oversættere og skabere af "politik" på det udførende niveau overses.

5.6. REFLEKSION: FORLØBSKOORDINERING FORSTÅET SOM INTERORGANISATORISK KOORDINATION

Der er nu identificeret relevant teori og anvendelige begreber, som uddyber forståelsen af tværsektoriel forløbskoordination og rammerne herfor. Centralt er i den sammenhæng afgrænsningen af forløbskoordination i sundhedsvæsnets som horisontal, operationel koordinering, som implicerer såvel formelle som uformelle IOC-mekanismer associeret med "alignment" og orkestrering af aktiviteter. Denne koordinering foregår på tværs af grænsefladerne i et systemisk netværk bestående af en række organisationer, hvor sygeplejersker på det udførende niveau aktivt må fortolke, hvad deres rolle i koordinering er, og hvordan den kan varetages.

Samtidig er der også elementer i litteraturgennemgangen, som trækker i hver sin retning i forhold til forståelsen af IOC ved multisygdom og sygeplejerskers rolle heri. På den ene side beskrives det, hvordan IOC i offentlige netværk afhænger af netværksparterne, statslige strukturer, sektorstyring og organisationsspecifikke mål. På den anden side beskrives det, hvordan IOC afhænger af tillid, normer, værdier og sympatirelationer koblet til bl.a. professionsbaggrund. I forlængelse af disse forskellige, men ikke gensidigt udelukkende forklaringer, er det derfor relevant at tage højde for, at sygeplejerskers rolle i koordinering kan være påvirket af henholdsvis deres professionsbaggrund og deres organisatoriske forankring, hvilket gør det relevant empirisk at studere sygeplejerskers varetagelse af IOC i forskellige typer af organisationer i sundhedsvæsnets med øje for forskelle og ligheder.

Generelt fokuserer den gennemgåede litteratur især på administrativ koordination og de dertilhørende formelle koordinationsmekanismer, hvilket resulterer i, at der er begrænset viden om:

1. Uformelle interorganisatoriske koordineringsmekanismer
2. Samspillet mellem formel og uformel IOC
3. Operationel IOC varetaget af professioner, som er direkte involveret i leveringen af ydelser til borgerne

På baggrund af disse udvalgte teoretiske greb samt identificerede mangler udledes følgende fokuserende forskningsspørgsmål og tilhørende underspørgsmål:

Hvordan varetager sygeplejersker operationel interorganisatorisk koordination hos patienter med høj opgavekompleksitet?

- *Anvendelse af formelle IOC-mekanismer: hvilke, hvornår og hvordan?*
- *Anvendelse af uformelle IOC-mekanismer: hvilke, hvornår og hvordan?*
- *Hvordan er samsillet mellem formel og uformel IOC?*

Ad 1 og 2) Uformelle koordinationsmekanismer beskrives som hyppige og væsentlige, og derfor kan den manglende viden herom undre. Bl.a. fordi den betyder, at det ikke er muligt at vurdere, om de formelle IOC-mekanismer spiller sammen med eller modarbejder de uformelle mekanismer. En sådan vurdering er ikke desto mindre væsentlig, da organisatoriske strukturer på tværs af uformelle sociale mønstre ifølge Jacobsen et al. (2002) er ”dømt til at mislykkes”. En mere positiv udlægning heraf fremgår af et dansk casestudie, som beskriver hvordan en ny udskrivningspraksis på et hospital foregik som en ”embedded model” baseret på eksisterende arbejdsrutiner, ressourcer og perspektiver blandt de professionelle grupper. I forlængelse heraf konkluderes det, at den eksisterende professionelle praksis fungerede som en løftestang i implementeringsprocessen (Bureau & Bro, 2015). Altså er den positive udlægning, at implementeringen af nye IOC-mekanismer kan fremmes, hvis disse spiller sammen med og indlejres i de eksisterende sociale mønstre, hvilket imidlertid forudsætter indsigt i den uformelle operative logik (Denis, Lamothe, Langley, & Valette, 1999).

Ad 3) Den tidligere beskrevne uklarhed omkring de sundhedsprofessionelles rolle i forløbskoordinering ved multisygdom (s. 25-28) går igen i forskningslitteraturen om IOC. Professioner nævnes flere gange fx i forhold til standardisering vha. uddannelse og sympatirelation, men der mangler viden om de professionelle aktive rolle i operationel IOC. Muligvis kan det forklares med, at der i litteraturen er fokuseret så meget på netværksaspektet, at det er gået i glemmebogen, at de offentlige organisationer i disse netværk er professionelle bureaukratier. En i så fald ikke uvæsentlig ”forglemmelse”, da Mintzberg allerede i 1979 pointerede, at det udefra stort set ikke er muligt at korrigere de mangler, som professionelle overser. Typisk drejer det sig om mangelfuld koordination og innovation samt en tendens til at fokusere på egne kompetencer fremfor klientens samlede behov (Mintzberg, 1979), hvilket netop svarer til de tidligere beskrevne problemerne hos patienter med

multisygdom (s. 22). Den selvskrevne, men dysfunktionelle reaktion fra politisk/administrativ side vil da ifølge Mintzberg typisk være at forsøge at kontrollere arbejdet vha. direkte supervision og standardisering af arbejdsprocesser eller outputs, hvilket bl.a. resulterer i, at ansvaret for serviceydelser fjernes fra de professionelle og placeres i administrative strukturer (Mintzberg, 1979). En forudsigelse, som langt hen ad vejen stemmer godt overens med de danske tiltag på nationalt niveau, som især har været centret om standardisering (se s. 20).

I betragtning af, at det især er IOC på det udførende niveau, som er væsentlig for patienter med multisygdom, er det imidlertid usandsynligt at fragmenteringsproblemerne alene kan løses via administrativ koordinering. Derimod er det nødvendigt, at også de sundhedsprofessionelle varetager en aktiv rolle og "indefra" påtager sig ansvar for udviklingen af operationel IOC, således at koordineringsbehov i komplekse patientforløb imødekommes (Plochg et al., 2011). Ud fra Mintzbergs forudsigelser er det dog noget nær en umulig opgave at påvirke professioner til at engagere sig i koordinering ("herding cats"), og spørgsmålet er, om der så ikke er andet at gøre end at vente på, at de professionelle får øje på koordineringsproblemerne ved multisygdom?

For at få svar på det spørgsmål, er det relevant at se nærmere på forskningslitteraturen, som beskæftiger sig med samspillet mellem professionel og organisatoriske udvikling, hvilket er omdrejningspunktet i de følgende afsnit.

KAPITEL 6. LITTERATURGENNEMGANG DEL 2: SAMSPILLET MELLEM ORGANISATIONER, PROFESSIONER OG KØN

6.1. PROFESSIONER VERSUS ORGANISATIONER

Analyser af professionel service er traditionelt baseret på en dualistisk adskillelse af professioner og organisationer (Dent, Bourgeault, Denis, & Kuhlmann, 2016), som enten privilegerer professionsvinkler eller organisatoriske vinkler. I reglen anskues organisatorisk og professionel adfærd som modstridende og internt uoverensstemmende (Denis, van Gestel, & Lepage, 2016), idet det antages, at professionelle lægger vægt på autonomi, skøn og uafhængighed, mens bureaukratiske organisationer lægger vægt på effektivitet, hierarki og koncentreret autoritet (Noordegraaf, 2011; Suddaby & Viale, 2011).

Professionsvinklen, som i litteraturen betegnes som ”ren professionalism”, har rod i professionssociologien. Fokus er her, hvordan professionelle felter opstår og reguleres, og hvordan professioner formes og uddannes. Det professionelle arbejde ses som en del af en social orden, som er lagdelt men dynamisk, dvs. at professionelle grupper kan vinde og miste magt, ligesom grænserne mellem og indenfor de professionelle felter løbende tilpasses (Noordegraaf, 2011).

De første funktionalistiske professionsstudier fokuserede på kernekarakteristika ved professioner, hvoraf der er en rimelig konsensus omkring følgende: En indforstået og ordnet videnbase, en formel uddannelse, selvregulering og en moral præget af samfundssind. Fra 1970’erne og frem blev den funktionalistiske professionssociologi erstattet af en ny neo-weberiansk retning, som fokuserede på egeninteresser, konflikt og magtkampe mellem professioner og anså professioner som et middel til organisering og kontrol af erhverv (Muzio, Brock, & Suddaby, 2013). Der er inden for denne vinkel en klar adskillelse mellem professionsmål og organisationsmål, hvor professionelle antages at være mere loyale overfor professionen end den ansættende organisation (Jacobsen & Thorsvik, 2002).

Nyere studier, som fastholder professionsvinklen, antager ofte, at professioner bliver kraftigt svækket af nutidens store organisationer (deprofessionalisering) pga. et tiltagende bureaukrati og en omfattende regulering, hvilket fx kommer til udtryk gennem statens og andre interessenters øgede indflydelse på indholdet i uddannelserne. Professionerne opfattes i denne neo-marxistiske tilgang som ofre for organisatorisk kontrol, som de forventes at modsætte sig for at forsvare deres professionelle felt, standard og værdier (Dent et al., 2016). I forlængelse heraf argumenteres der for at vende tilbage til professionalism (”Return to

professionalism”), da professionelle værdier og skøn vurderes som værende væsentlige at bevare i offentlige organisationer og specielt uundværlige i håndteringen af komplekse problemstillinger (Evetts, 2011; Muzio & Kirkpatrick, 2011; Noordegraaf, 2011).

Den anden vinkel – den organisatoriske – har rod i organisatoriske studier og organisatorisk sociologi. Fokus var her oprindeligt organisationers form og professioners arbejde inden for disse organisatoriske former. I 1980’ernes blev denne vinkel dog stærkt påvirket af ønsket om at kontrollere professionelt arbejde, hvilket kom til udtryk i neo-liberale, politiske programmer med en klar adskillelse mellem serviceprofessionelle, som leverer serviceydelser, og management-professionelle, som er ansvarlige for organiseringen af service. Hensigten var at komme ud over professionalismisme (*”beyond professionalism”*) med henblik på at modernisere den organisatoriske kontrol med professionerne. En situation som betegnes ”kontrolleret professionalismisme” (Noordegraaf, 2011; Noordegraaf, 2015). I den offentlige sektor er disse programmer især diskuteret under overskriften ”New public management/NPM”, og trods variationer vurderes det generelt, at NPM har svækket professionel autonomi, eftersom professionelt arbejde er blevet underlagt tiltagende standardisering udtrykt i bl.a. nationale retningslinjer (Ackroyd, 2016; Saks, 2016).

6.2. PROFESSIONER OG ORGANISATIONER SOM GENSIDIGT AFHÆNGIGE

I de senere år har flere organisatoriske forskere rettet en skarp kritik mod den adskillelse og splittelse mellem professioner og organisationer, som er indlejret i såvel ”ren” som ”kontrolleret” professionalismisme (Muzio & Kirkpatrick, 2011; Muzio et al., 2013; Noordegraaf, 2011; Noordegraaf, 2015; Scott, 2008; Suddaby & Viale, 2011). Samlet argumenteres der i stedet for en gensidig afhængighed mellem organisatorisk performance og professionel virtuositet, som resulterer i en symbiotisk relation mellem professionelle og offentlige organisationer betinget af løbende gensidige tilpasninger (Ackroyd, 2016). Dette nye syn på samspillet mellem professioner og organisationer har ført til en forskningsretning, som gør op med den tidligere dikotomi og peger fremad mod en ny teoretisk ramme for studier af professioner i organisationer (Muzio & Kirkpatrick, 2011).

Det professionelle projekt er et centralt begreb i professionssociologien og er udtryk for professioners systematiske forsøg på at omsætte knappe kulturelle og tekniske ressourcer til et sikkert og institutionaliseret system af sociale og økonomiske belønninger. Sigtet hermed er at opnå kontrol med et praksisfelt, hvor succes i praksis vil afhænge af professionens tilgængelige ressourcer, såsom deres særlige viden og den legitimitet, de generelt kan påberåbe sig (Muzio & Kirkpatrick, 2011). Diskussion relateret til det professionelle projekt har som nævnt især omhandlet magt og konflikt mellem professioner, hvilket har bevirket, at den organisatoriske dimension af det

professionelle projekt er blevet negligeret. Herved overses det, at organisationer er centrale arenaer for professionel udvikling og for formidling, dannelse og forandring af professionel identitet (Muzio & Kirkpatrick, 2011).

Professionelle projekter er omgivet og begrænset af bredere institutionaliseringsprojekter, som forfølges af interessenter såsom staten/offentlige organisationer, uddannelsesinstitutioner og forbrugerne/borgerne. Følgelig må professionalisering betragtes som en forhandlet afgørelse, som opstår på baggrund af interaktion med forskellige aktører, der forfølger deres egne projekter (fx udvikling af offentlige systemer) (Muzio et al., 2013).

Dog er der stor forskel på den autoritet, som forskellige professioner påberåber sig, og det bevirker, at professionaliseringsprojekter i forskellig grad påvirker og påvirkes af omkringliggende institutionaliseringsprojekter (Suddaby & Viale, 2011). Individuer fra højstatusgrupper har typisk fordele ved de eksisterende sociale ordninger, hvilket giver dem et incitament til at bevare den eksisterende orden og afvise forandringer. Følgelig må de øvrige professioner i høj grad benytte sig af deres indsigt i og fornemmelse for den eksisterende sociale logik, når de engagerer sig i aktiviteter for at kunne genfremstille feltet i overensstemmelse med interesser hos dem, som besidder de dominerende positioner i feltet (ibid.). Essensen er således, at en given profession er:

“Subject to changes depending on the specific jurisdictional relations within and between occupations and professions and the state as well as employers and clients – and the country within which they are situated”
(Dent et al., 2016 s. 6)

Sammenholdt med denne undersøgelse betyder det, at sygeplejefprofessionens rolle i operationel IOC ikke kan opfattes som noget, der alene bestemmes af professionen selv; deres rolle i IOC må derimod forstås som resultatet af forhandlinger med omkringliggende professionelle, organisatoriske og statslige projekter.

I forlængelse heraf er det væsentligt at bemærke, at der i det kontinentale Europa og især i de skandinaviske velfærdsstater traditionel har været et langt tættere samspil mellem professioner og staten end i de angelsaksiske lande, bl.a. fordi staten står for udgiften til uddannelse, ligesom langt størstedelen af de professionelle ansættes i offentlige organisationer (Scott, 2008). Følgelig har professionerne her været tvunget til at efterstræbe status og magt gennem de statslige organisationer, hvilket har afstedkommet et betydeligt fokus på tilegnelse af status via eksamensbeviser fra universiteter og opnåelse af højstående embeder (Muzio & Kirkpatrick, 2011).

Generelt har staten rig mulighed for at indgå i forhandlinger med professionerne, hvor staten tilbyder udvalgte professioner autonomi, monopol og legitimitet i bytte for deres medvirken i statslige tiltag (Kuhlmann, 2013; Noordegraaf, 2011; Suddaby & Viale, 2011). Alle professioner er således til en vis grad afhængige af og påvirkes af staten, men professioners magt og status indvirker på afhængigheden, således at professioner længere nede i hierarkiet er mere afhængige af at opnå statens opbakning

og beskyttelse. Det ses bl.a. i de nordiske velfærdsstater, hvor der traditionel har været en tæt alliance mellem staten og kvindedominerende professioner (Henriksson, Weede & Bureau, 2006). Det gælder også for sygeplejefprofessionen, hvor professionaliseringen i det 20. århundrede har været tæt knyttet til udviklingen af den danske velfærdsstat (Beedholm & Frederiksen, 2015). Modsat betyder det også, at staten har mulighed for at undertrykke det professionelle projekt blandt de kvindedominerede professioner (Henriksson, Weede & Bureau, 2006), hvorved sygeplejefprofessionens varetagelse af IOC i en skandinavisk velfærdsstat som Danmark vil afhænge af statens opbakning hertil eller mangel på samme.

6.3. UDVIKLING AF ORGANISATORISK KAPACITET BLANDT PROFESSIONELLE

I forlængelse af forståelsen af professioner og organisationer som "co-evolving strategies" (Denis et al., 2016) har især Noordegraaf beskæftiget sig med udvikling af organisatorisk kapacitet blandt professionelle. Den centrale antagelse er her, at ændringer i den organisatoriske og samfundsmæssige kontekst vil bevirke, at de professionelle vil være nødt til at udvikle organisatorisk kapacitet (Denis et al., 2016; Noordegraaf, 2011; Noordegraaf, 2015). En antagelse, som synes at være tæt knyttet til Parsons beskrivelse af, at et samfund vil bevæge sig i retning af ligevægt pga. sociale gruppers og organisationers tendens til selvjustering. En justering som indebærer fire trin: 1) Tilpasning (nødvendig for at imødekomme ændrede vilkår), 2) dannelse af nye mål, 3) re-intergation og endelig 4) vedligeholdelse/latent tilstand (i Ackroyd, 2016).

De ændringer i konteksten, som presser professioner til at udvikle organisatorisk kapacitet, indbefatter økonomiske, sociale, kulturelle, teknologiske og demografiske ændringer, som igen fører til 1) ændringer i karakteristika hos de klienter, de professionelle skal håndtere, 2) antallet af klienter som skal håndteres, og 3) det arbejdsklima hvori klienterne håndteres (Noordegraaf, 2015). Fx bevirker omfattende kvalitetskrav, økonomiske begrænsninger og et stigende antal klienter med mere varierende behov for ydelser, at der naturligt opstår et øget pres mod en anderledes organisering af professionel service. Den aktuelle kontekst ændrer imidlertid ikke blot vilkårene for det professionelle arbejde, men også selve det professionelle arbejde. Først og fremmest drejer det sig om en ændret måde at håndtere klienter på, hvor hastigheden, hvormed arbejdet udføres, synes at udgøre en væsentlig ny værdi (ibid.).

Der argumenteres således for, at professioner rent faktisk er i stand til at kombinere professionelle og organisatoriske principper, såkaldt "hybrid professionalisme", hvor hybridisering vil være mest udtalt blandt professioner, som er tæt knyttet til staten. Et eksempel herpå ses i et portugisisk casestudie, hvor hospitalsansatte sygeplejersker med ledelsesansvar viste sig at bevare deres professionelle normer og værdier, samtidig med at de inkorporerede dominerende organisatoriske normer i deres praksis (Carvalho, 2014).

Noordegraaf går imidlertid et skridt videre og introducerer begrebet ”organized professionalism”, som udtryk for en professionel praksis der indeholder organisatoriske logikker. Antagelsen er her, at professioner - på trods af deres stærke ønske om magt og autonomi - kan påtage sig organisatoriske roller, lige så vel som professionelle kan udvikle organisatorisk kapacitet med henblik på at håndtere ændrede arbejdsvilkår (Noordegraaf, 2011; Noordegraaf, 2015).

I forlængelse af denne teori kan sygeplejefprofessionens varetagelse af koordinering således opfattes som en organisatorisk rolle, der kræver organisatorisk kapacitet, hvorved varetagelse af koordineringsopgaver kan betragtes som udtryk for ”hybrid” eller ”organized” professionalism afhængigt af, hvor indarbejdet IOC er i sygeplejefpraksis. Endvidere kan sygeplejefprofessionens varetagelse af IOC ud fra dette perspektiv forstås som en rekonfiguration (forandring) af sygeplejefprofessionens funktion, som er udviklet med henblik på at håndtere nye krav og ændringer i den aktuelle kontekst.

6.4. NUTIDIGE FORMER FOR PROFESSIONELLE

Som det allerede implicit er antydnet, er der i den nyere professionslitteratur en bred anerkendelse af, at der findes forskellige typer af professionelle. Denne forståelse repræsenterer imidlertid en modpol til tidligere funktionalistiske antagelser med fokus på specifikke karaktertræk, som i lang tid har været essentiel for den analytisk adskillelse af professionelle og øvrige erhverv. Om end nogle fortsat anvender denne skelnen (fx Anteby, Chan, & Dibenigno, 2016), så betragtes disse karaktertræk af flere som værende utidssvarende i lyset af den omfattende variation mellem professionelle grupper (Muzio & Tomlinson, 2012) samt det forhold, at mange af de nuværende professioner aldrig har levet op til klassiske professionelle karaktertræk (Ackroyd, 2016). I forlængelse heraf skelner Ackroyd mellem tre kendte typer af professionelle: ”Collegiate professions”, ”Organisational professions” og ”Corporate professions”. Den mest interessante type er i denne sammenhæng ”organisational professions”, som er karakteriseret ved effektiv autorisation og herved en høj grad af ”closure”, men de professionelle ejer og kontrollerer typisk ikke de organisationer, de arbejder i, og er således afhængige af ansættelse og underlagt hierarkisk kontrol. ”Organisational professions” kan desuden opdeles efter ansættelse i den private eller offentlige sektor (ibid.), og sammenholdt hermed kan den danske sygeplejefprofession betegnes som en ”Public sector organisational profession” grundet lovsikret autorisation (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017) og primær beskæftigelse i et offentligt sundhedsvæsen.

Dog skal det bemærkes, at sygeplejefprofessionen i litteraturen forbindes med en række andre professionskategorier så som semi-professioner, relationsprofessionelle og velfærdsprofessioner (Dahl, 2015b; D. Hughes, 2002; Muzio & Tomlinson, 2012). Kategorien ”semi-profession” knytter sig især til de klassiske professionelle karaktertræk og synes således ikke længere sufficent.

Kategorien "velfærdsprofessioner" er karakteriseret ved at have en særlig relation til velfærdsstaten, en vis grad af formaliseret viden, typisk at være masseprofessioner, kvindeligt dominerede og i en underordnet position (Dahl, 2015b; D. Hughes, 2002). Det er således umiddelbart en oplagt kategorisering af sygeplejefprofessionen, men samtidig er det en besynderlig titel, da definitionen bevirker, at fx læger og advokater ikke kan betegnes som velfærdsprofessionelle.

Ud over forskellige typer af professioner findes der også forskellige typer af professionelle inden for en profession. Scott (2008) identificerer således tre kategorier af professionelle:

- Creative professionals: En relativ lille gruppe hvis funktion det er at udvide, forstærke og bemyndige forskellige aspekter af den kulturelle, normative eller regulerende ramme, som understøtter professionens arbejde. Disse professionelle er typisk ansat ved forskningsinstitutioner.
- Carrier professionals: Advokater for og fortolker professionelle budskaber således, at budskaberne tilpasses specifikke modtagere og lokale forhold. Typiske eksempler herpå er undervisere og konsulenter.
- Clinical professionals: Den klart største gruppe, som applicerer og fortolker professionelle principper i løsningen af konkrete problemstillinger.

Idet fokus i denne undersøgelse er operativ IOC, er det således først og fremmest gruppen af kliniske professionelle, som det er væsentligt at interessere sig for, eftersom det er deres fortolkninger af professionelle principper, som udmøntes i konkrete IOC-handlinger.

6.5. REFLEKSION: SAMSPILLET MELLEM PROFESSIONER OG ORGANISATORISKE OPGAVER

Den nye, teoretiske ramme for studier af professioner i organisationer bidrager med væsentligt indblik i det tætte samspil mellem organisationer og professioner og forståelse for, hvordan et ydre organisatorisk pres i samspil med professioners adaptive og dynamiske natur kan føre til udvikling af organisatoriske kompetencer til varetagelse af operativ IOC.

Ikke desto mindre har anvendelsen af denne teori også væsentlige begrænsninger i relation til en undersøgelse som denne, hvor fokus er rettet mod en bestemt profession. Den første udfordring er, at teorien selv påpeger, at professioner ikke kan skæres over en kam. Professionalisering er en forhandlet afgørelse, og i disse forhandlinger har professioner ikke samme status og autoritet og dermed heller ikke samme evne til at kontrollere ressourcer, rutiner og metoder i de daglige aktiviteter, hvorved det er nødvendigt at tage højde for, at sygeplejefprofessionen ikke er en dominerende

profession. Teorien tager således ikke højde for, at nogle professioner adskiller sig fra de klassiske, dominerende professioner.

En anden udfordring ved, at professionsaspektet i den nye teori er baseret på traditionel professionssociologi, er, at denne af flere forskere kritiseres for at overse relationen mellem køn og professionalisering. Sociologien har ifølge fx Anne Witz (1990) haft en tendens til at fortolke visse klassebaserede mandsdominerede professioners succesfulde professionelle projekt på et bestemt tidspunkt i historien, som *"the paradigmatic case of profession"* (Witz, 1990). Ifølge Witz og flere andre fremtrædende britiske sociologer såsom Margaret Stacey og Celia Davis, er det imidlertid nødvendigt at revidere professionssociologien, fordi den gennemgående er blind for kønsperspektiver i organisering og arbejdsdeling (Davies, 1995; Stacey, 1981; Witz, 1990). En kritik, som fastholdes af Hearn et al. (2016), der påpeger, at kønsperspektiver ikke har været og fortsat ikke er en almindelig del af professionsstudier, hvorved forståelsen af professioner er udpræget ikke-kønnet/kønsneutral.

Påpegningen af kønsmæssige bias i den idealtypiske professionsforståelse er selvsagt vægtige i denne sammenhæng, eftersom sygeplejefprofessionen er indbegrebet af en kvindedomineret profession - 97 % af den danske sygeplejefprofession er således fortsat kvinder (Danmarks statistik, 2016; Sjørup, 2015), og i 2015 var 95 % af de optagne på sygeplejeuddannelsen kvinder (K. Nilsson, 2016).

Følgelig er det nødvendigt at udvide forståelsen af samspillet mellem professioner og organisationer med teori, som mere specifikt forholder sig til samspillet mellem netop sygeplejefprofessionen og organisationer og herunder giver indblik i de kønsmæssige aspekter af organisering og arbejdsdeling. Derfor zoomes der i næste afsnit yderligere ind, således at fokus rettes mod samspillet mellem køn, professioner og arbejdsdelingen i organisationer - og herunder specifikt sygeplejefprofessionens organisatoriske rolle. Formålet hermed er at få indsigt i, hvordan organisatoriske opgaver relaterer sig til sygeplejefprofessionens professionelle projekt og forståelsen af egen rolle.

6.6. SYGEPLEJE; ET FEMININT PROJEKT I EN MASKULIN VERDEN

En nutidig forståelse af sammenhængen mellem køn og professioner handler især om særlige former for inklusion af kvinder - og altså ikke længere så meget om eksklusion af kvinder (Davies, 1996a). Kønnen hos kollektive aktører udgør en forskel for formen og resultatet af professionelle projekter, hvorved en nutidig forståelse af sygeplejefprofessionen nødvendigvis må indeholde en analyse, som tager sit udgangspunkt i, at sygepleje er kvindearbejde, og dette har en konsekvens for formen og resultatet af deres professionelle projekt (Davies, 1996a; Davies, 1995).

For at afdække rækkevidden af dette perspektiv vil jeg med udgangspunkt i sociologisk feministisk litteratur fra især Storbritannien begynde med bredt at beskrive, hvordan maskulinitet og femininitet generelt udspiller sig i organisationer

og professioner og undervejs bevæge mig frem til at anskue sygepleje som et feminint projekt.

Køn opfattes i den nutidige sociologi typisk ikke som egenskaber hos mænd og kvinder, men derimod som socialt konstruerede relationer, der baserer sig på de historiske og kulturelle konstruktioner af maskulinitet og femininitet, dvs. kulturelle koder eller artefakter, som knytter sig til nogle af vores tidligste erfaringer og dybeste fornemmelser for identitet (Davies, 1995).

De maskuline kønskoder er karakteriseret af værdier såsom autonomi, afgrænsning og selvstændighed, og de er orienteret mod regelstyret tænkning, kontrol og beherskelse. Relationelt er den maskuline stil bl.a. beslutsom, instrumentel og hierarkisk orienteret.

De feminine kønskoder er derimod karakteriseret af værdier som forbundenhed, ansvarlighed over for andre og uselviskhed, og de er orienteret mod konkret, kontekstbunden forståelse og erfaring. Relationelt er den feminine stil bl.a. tilpassende (akkomodativ), faciliterende og gruppeorienteret (Davies, 1995).

I en enkelt sammenfatning kan maskulinitet og femininitet beskrives som forskellige udviklingsmæssige forløb – den første mod separation og autonomi og den anden mod forbindelse og tilknytning (Davies, 1995).

Endvidere påpeges det, at køn ikke kun handler om mønstre for opdeling, men også om hvordan vi i hverdagen interagerer på måder, som påkalder kønskoder og bekræfter kønnede identiteter på fx arbejdspladsen (Davies, 1995). Køn anvendes således som et verbum; "gendering" og "to do gender", hvilket ikke umiddelbart lader sig oversætte til dansk, men tilnærmelsesvis kan udtrykkes således, at vi praktiserer køn i hverdagsinteraktioner. Et klassisk eksempel på, hvordan sygeplejersker praktiserer køn, er "the doctor-nurse game", hvor den erfarne og tilsyneladende passive sygeplejerske kommer med høflige forslag og giver lægen hints om, hvad der kan gøres og således guider lægen mod, hvad hun opfatter som passende handling, uden at det bliver synligt (Davies, 1995). "Doing gender"-perspektivet er oprindeligt introduceret af West & Zimmerman (1987) og er efterfølgende blevet et centralt teoretisk begreb til at indfange kønnet praksis i specifikke sociale sammenhænge. Køn er ikke blot en indlejret del af social interaktion, men også en dynamisk praksis som varierer over tid og sted. Specifikke former for kønskonstruktion artikulerer med specifikke sociale situationer, og denne praksis gør andre i stand til at identificere én som enten mand eller kvinde (Nentwich & Kelan, 2014). Køn praktiseres oftest som en automatisk og ubevidst praksis, som vi typisk holder hinanden ansvarlige for i social interaktion, eftersom kønnet adfærd kontinuerligt vurderes i forhold til normative kønsstrukturer. Følgelig handler vi typisk i overensstemmelse med bestemte kønnede strukturer inden for bestemte sociale rammer, idet afvigelse fra de normative kønsstrukturer ofte er forbundet med sociale sanktioner (West & Zimmerman, 1987). Samlet betyder det, at "doing gender" på den ene side er dynamisk og kontekstafhængig og på den anden side stærkt institutionaliseret (Martin, 2003). Endvidere skal det bemærkes, at "doing gender" fokuserer på det sociale og

ikke det fysiske køn, men at disse udgør et samlet hele, eftersom forventninger til kønnet social praksis er stærk knyttet til den fysiske krop ("embodied") (Messerschmidt, 2009; Calás, Smircich & Holvino, 2014).

Ideer om køn og kønnede strukturer opererer på flere niveauer herunder såvel det individuelle som det organisatoriske praksisniveau, hvor feminine og maskuline kønskoder påvirker organisationers design og funktion såvel som forståelsen af profession. Som følge heraf er hverken bureaukratiske organisationer eller professioner kønsneutrale, selvom de ofte fremstilles således, fordi de kønnede strukturer ikke er umiddelbart synlige (Davies, 1996b; Witz, 1990).

Såvel organisationer som professioner er primært modelleret ud fra logikken i de dominerende maskuline kønskoder, og det har en række konsekvenser for inklusionen af kvindedominerede professioner og for arbejdsdelingen mellem kønnene (Davies, 1996b; Witz, 1990). Maskulinitet, og dermed vores opfattelse af hvad det er at være en mand, er som allerede nævnt forbundet med autonomi og uafhængighed af andre, samtidig med at der i den patriarkalske kultur traditionelt har været en forventning om, at kvinder skulle opfylde mandens personlige, familiære og huslige behov. Altså afviser den maskuline logik afhængighed af andre, samtidig med at mænd i praksis er afhængige af, at kvinder opfylder en række behov, og det er netop denne ambivalente forudsætning af og samtidig afvisning af kvinder, som ifølge feministiske sociologer er indarbejdet i de centrale former for arbejdsorganisering (Davies, 1995; Witz, 1990).

Af hensyn til relevans vil jeg primært orientere mig mod det kvindelige aspekt af kønsarbejdsdelingen, men det skal understreges, at denne også har væsentlige konsekvenser for mænd, selvom disse konsekvenser ikke beskrives her.

6.7. ORGANISATIONER OG PROFESSIONER MODELLERET I EN MASKULIN LOGIK

I bureaukratiet er rationelle beslutninger koblet til formalitet, distance og objektivitet fremfor intimitet og følelser, hvorved den grundlæggende logik er maskulin (Davies, 1995). Det mest sandsynlige er, at de højeste positioner i det organisatoriske hierarki er besat af mænd, mens de laver positioner i hierarkiet oftest varetages af kvinder. Typisk er der således flest mænd, som udfører ledelsesmæssigt arbejde og flest kvinder, der udfører supporterende, administrativt arbejde, og arbejdet er derved rangeret sådan, at hierarkiet af løn, status og belønning matcher det patriarkalske hierarki mellem kønnene (Bolton & Muzio, 2008; Davies, 1995).

På trods af at fx Danmark siden 1973 har haft en ligelønslov, har dette kønshierarki vist sig særdeles svært at slippe af med, hvilket bl.a. ses ved, at toplederlaget i både den private og offentlige sektor fortsat fortrinsvist udgøres af mænd, og kvinder får i det hele taget ikke lige så meget status og løn ud af deres uddannelse som mænd med en tilsvarende uddannelse (Sjørup, 2015). Endvidere konkluderer Sjørup i forlængelse

af sit arbejde i Lønkommissionen (2008-10), at ansatte i kvindefag stadig tjener væsentligt mindre end ansatte i mandefag, og særligt interessant er det i denne sammenhæng, at den største forskel mellem de parrede fag blev fundet mellem diplomingeniører/tekniske assistenter og så sygeplejersker, hvor der var op til 50 % forskel i løn i mandefagenes favør (Sjørup, 2015).

Arbejdet i bureaukratiet har traditionelt været karakteriseret ved, at sekretæren (typisk en kvinde) udfører en række supportopgaver for chefen (typisk en mand), som er essentielle for chefens opgavevaretagelse. Typisk sætter chefen stor pris på sin sekretær, men chefens afhængighed af sekretærens arbejde anerkendes ikke, idet det ville kompromittere hans egen autonomi. Derfor må relevansen af dette supportarbejde nødvendigvis nedvurderes eller negligeres (Davies, 1996a), hvilket svarer til en miskendelse heraf, som kommer til udtryk ved usynliggørelse, nedvurderende repræsentationer eller handlingsmønstre fremfor anerkendelse i form af synlighed, respekt og prestige (Dahl, 2015a).

Ligeledes er opfattelsen af job og karriere tæt forbundet med den maskuline logik. En succesfuld karriere kræver et dedikeret engagement, som må demonstreres via ekstratimer og weekendarbejde, idet det generelt antages, at den, som er fuldt ud engageret i jobbet, er mere naturlig velegnet til ansvar og autoritet end den, som deler sit engagement mellem job og forhold i privatsfæren. I den sammenhæng er det en betydelig hjælp, hvis ens partner tager sig af de daglige behov, så karrieremageren ikke behøver at tænke herpå. Davies udtrykker det således, at kvinder ofte mangler den sociale support, som mænd har via kvinder, som tager sig af deres personlige behov, deres hjem og deres børn. At "give sig selv til jobbet" kræver med andre ord en "kone", og derfor fordrer succes for kvinder i det organisatoriske hierarki en konstant jonglering mellem krav i jobbet, hjemmet og familien på en måde, som ikke opleves af mænd. Samtidig betyder kvinders stræben efter karrieremæssig succes i langt de fleste tilfælde, at de på en eller anden vis må gå på kompromis med de feminine logikker, idet kvinder nødvendigvis må forfølge de maskuline spilleregler i bureaukratiet, og på den vis efterlades den patriarkalske kultur intakt (Davies, 1995).

Opsummerende er kvinders dilemma i relation til kønsarbejdsdelingen i bureaukratiet således, at de enten må følge spillereglerne inden for den maskuline logik og gå på kompromis med den feminine logik eller forfølge den feminine logik og den hermed følgende miskendelse af deres arbejdsindsats.

I relation til vores kulturelle ide om professionalisme er autonomi ligeledes central, og i tråd med ovenstående gælder også her, at professionelle kun kan fremstille sig selv som autonome ved at ignorere andres arbejde. Udøvelse af autonome beslutninger i mødet med klienten kræver betydelige mængder af forberedende og opfølgende arbejde, og dette supportarbejde udføres typisk af kvinder. En anerkendelse heraf er umulig, da det ville kompromittere ideen om den professionelle autonomi. Endvidere anses objektivitet og uvildighed som en professionel dyd, og

derfor må følelser og individuelle hensyn holdes på afstand, når der skal træffes rationelle, professionelle beslutninger, hvorved professionsbegreber i lige så høj grad som bureaukratiet er modelleret over en maskulin vision (Davies, 1996a; Davies, 1995).

Et andet centralt element i professionalisme er, at det autonome individ må tilegne sig viden, færdigheder og teknikker via en formel uddannelse baseret på videnskabelig viden. Beherskelse heraf kræver en langvarig og heroisk individuel indsats, og resultatet heraf anses som værende individets ejendom. Jo mere specialiseret viden og teknikker individet behersker og mestrer, jo højere status opnår vedkommende, og på den vis medvirker den maskuline logik i professionerne til, at specialister er mere ansete end generalister (Davies, 1995).

Reminiscenser af den patriarkalske kultur og den dertil knyttede kønsarbejdsdeling samt miskendelse af traditionelt kvindearbejde har således fortsat væsentlige implikationer for de kvindedominerede professioner. Ergo kan kønsperspektivet ikke ignoreres, når ambitionen som her er at forstå en kvindedomineret professions funktion i IOC, hvorfor dette spor følges i næste afsnit, hvor fokus rettes mod kønsarbejdsdelingen i sundhedsvæsnets.

6.8. DEN KØNNEDE ARBEJDSDELING I SUNDHEDSVÆSNET

I sundhedsvæsnets har professionaliseringsprocesserne i høj grad været influeret af den patriarkalske kultur i det 19. århundrede (Witz, 1990). Datidens familiestruktur udgør en historisk arv, som bl.a. ses ved at relationen mellem læge, sygeplejerske og patient gentagne gange i litteraturen – bl.a. af sygeplejerskeikonet Florence Nightingale - blev siddestillet med far, mor og børn (Davies, 1995; Stacey, 1984). Sygeplejerollen har altså historisk været sammenkoblet med en husmoderrolle, og det samme gælder for sekretærer, der er blevet omtalt som kontor-koner. Fælles for disse ”hustrufunktioner” på arbejdspladsen er, at de varetager et bredt udvalg af ofte dårligt definerede opgaver: *”they can be called upon to do just about anything”* (Davies, 1995, s. 54), hvilket senere uddybes mere specifikt i relation til sygeplejefprofessionen.

Stacey understreger endvidere, at det er væsentligt at være opmærksom på, at meget af det lønarbejde, som udføres af kvindedominerede professioner, oprindeligt hørte til i hjemmet. Fx kan sygepleje og børnepasning både være en hjemlig aktivitet og et lønnet job i den offentlige sektor, og det modvirker, at disse opgaver og derved de professioner, som varetager opgaverne, tilskrives status (Stacey, 1984).

Ikke desto mindre har en stor del af sundhedsvæsnets altid været afhængig af det ikke anerkendte koordinerings-, administrations- og omsorgsarbejde, som typisk udføres af kvinder. Sekretærer og sygeplejersker beskrives som centrale for systemets funktionalitet, idet de sørger for at ”dirigere trafikken” og sikre, at patienterne kommer gennem systemet. Disse kvindedominerende professioner er placeret i forreste linje i

et system, som udgøres af eksperter, der hver især kun er ansvarlige for specifikke opgaver på en specifik plads i sundhedsvæsnets "produktionslinje". Følgelig har disse jobs også altid krævet en række koordineringsfærdigheder (Davies, 1995), og derfor giver det ikke mening at opfatte varetagelse af koordinering som en ny funktion i sygepleje. Tværtimod har sygepleje siden det blev udviklet i det 19. århundrede altid indeholdt et organisatorisk element (Allen, 2014; Allen, 2018b). I overensstemmelse hermed pointerer Postma et al. (2015) i relation til teorien om "organized professionalism", at det er værd at om dirigere opmærksomheden fra udviklingen af nye former for organiseringskompetence til eksisterende former for organiseringskompetence indenfor professionelt arbejde, idet sygeplejersker altid har engageret sig i organisering og koordinering som en del af deres professionelle arbejde (Postma, Oldenhof, & Putters, 2015).

Omfanget af organiseringsarbejde er givetvis både definitions- og kontekstafhængig, men alligevel er det værd at bemærke, at Davies (1995) anfører, at sygeplejersker på sengeafsnit bruger ¼ af deres tid på, hvad hun betegner som kontorarbejde, mens Allen (2014) anfører, at mere end 70 % af sygeplejerskers aktivitet på et hospital udgøres af organiseringsarbejde. Med andre ord har organisatoriske opgaver ikke alene altid været varetaget af sygeplejersker, det er også en opgave, som udgør en betragtelig andel af professionens arbejdsindsats på det udførende niveau. Følgelig kan sygeplejefprofessionens varetagelse af IOC ikke alene forstås som en nyudviklet funktion udviklet på baggrund af ændringer i den aktuelle kontekst. Derimod må professionens rolle i IOC også forstås i lyset af, at professionen altid har varetaget koordineringsarbejde, idet dette arbejde er stærkt knyttet til den feminine del af kønsarbejdsdelingen.

Sammenholdt med at kvindearbejde jævnfør forrige afsnit typisk har været miskendt og usynliggjort, er det derfor heller ikke længere overraskende, at sygeplejefprofessionens funktion i forløbskoordinering ikke er beskrevet, idet kønsperspektivet kan forklare den manglende anerkendelse heraf. Ligeledes kan koblingen mellem operationel koordinering og kønsarbejdsdelingen i organisationer og professioner være med til at forklare, hvorfor der i forskningslitteraturen om IOC er fokuseret på administrativ koordination frem for operativ koordination, og hvorfor der mangler viden om de sundhedsprofessionelles aktive rolle i operativ IOC. Den helt korte forklaring på den manglende viden vil ud fra et kønsperspektiv være, at det er fordi, det er kvindearbejde, som på en gang er nødvendig, men samtidig ikke kan anerkendes, da det vil kompromittere dominerende aktørers autonomi.

For at forstå, hvordan kvindedominerende professioner udvikler og varetager koordineringsarbejde relateret til ”huller i sundhedssystemet”, vil jeg udfolde en nyere artikel af sociologen Katherine Kellogg. Kelloggs artikel er skrevet inden for en neo-weberiansk tradition, hvor professionernes motiv alene anskues ud fra en stræben efter magt og status, hvorved der ikke tages højde for det tætte samspil mellem organisatoriske og professionelle projekter. Ikke desto mindre skønnes artiklen anvendelig i relation til at forstå den funktion, som kvindedominerede professioner varetager på det udførende niveau i sundhedsvæsenet.

Artiklen beskriver, hvordan en gruppe kvindelige medarbejdere på et amerikansk hospital udvikler og anvender en mæglerfunktion, hvor de agerer bindeled mellem andre professionelles indsats (Kellogg, 2014). Det er således et sjældent eksempel på en begrebsdannelse relateret til arbejdet med at udfylde huller mellem eksperters afgrænsede, specialiserede indsatser.

Ifølge Kellogg (2014) er udgangspunktet for udviklingen af bindeleds-professioner følgende: Hvis der forefindes opgaver, som dominerende professioner ikke varetager, kan medarbejdere længere nede i hierarkiet overtage disse opgaver, og på den vis kan udfyldelse af huller mellem andre professioners virksomhedsfelt ende med over tid at skabe et nyt professionelt felt. Kellogg anvender i relation hertil betegnelsen ”brokerage professions” og uddyber, at disse overordnet kan benytte sig af to sæt praksisformer til at bygge bro mellem forskellige aktører.

Forbindelsesmetoder:

Består af ”transferring, translating, transformer”. ”Brokerage professions” *overfører information* mellem grupper ved at udvikle arbejdsmetoder, arkiver, retningslinjer og standarder, som støtter kommunikation på tværs af grænser. De *oversætter meninger* på tværs af grupper ved at gøre gruppemedlemmer i stand til at anerkende og værdsætte andre gruppers perspektiver. Og de *transformerer opgaver* på tværs af grupper ved at understøtte en forhandlingsproces, som muliggør omdannelse af lokal viden til en fælles videnproduktion, som overskrider gruppernes lokale interesser (Kellogg, 2014).

Umiddelbart har disse metoder en vis lighed med de tidligere beskrevne kompetencer knyttet til boundary spanners involveret i IOC på det udførende niveau (s. 62-63).

Buffermetoder:

Består af ”maintaining”, ”managing” og ”matching”.

”Brokerage professions” udfører *vedligeholdende/opretholdende opgaver* ved at fjerne almenmenneskelig kompleksitet fra problemer (”fnidder”) og præsenterer andre for ”rene” professionelle problemer, ligesom de udfører rutine og tangerende arbejde, så dominerende professioner ikke behøver at varetage opgaver uden for deres specialiserede ekspertise. De *bestyrer information* ved at blokere for irrelevant information og konstruerer relevant information, så andre ikke behøver at tilegne sig ny professionel ekspertise og ikke behøver at beskæftige sig med information, som de finder irrelevant. Og de *matcher forskellige forståelser og arbejdsformer*, så andre

grupper ikke behøver at gå på kompromis med egne professionelle værdier og identitet for at varetage en opgave. De glatter ud, og de får tingene til at glide (Kellogg, 2014)

I casestudiet sammenlignes to hospitaler, hvor der det ene sted anvendes forbindelsesmetoder og det andet sted buffermetoder i relation til reformimplementering. Resultatet var, at implementeringen forløb langt mere effektivt på det hospital, hvor der blev anvendt bufferfunktioner frem for forbindelsesfunktioner, idet aktiviteter tilhørende forbindelsesmetoder i høj grad blev ignoreret af de dominerende professionelle grupper (læger og jurister) (Kellogg, 2014).

Endelig understreger Kellogg (2014), at bufferpraksis ikke blot handler om at udføre forelæggende merarbejde, hvilket bl.a. ses ved, at nyansatte ikke var i stand til at benytte metoder som at "bestyre information" og "matche mening". Det var derimod evner, som måtte tillæres over tid via praktiske erfaringer og kontekstspecifik viden. Bufferopgaverne opstod generelt i forbindelse med, at der skete brud i andres samarbejde og i driftsopgaver, og "broker professions" håndtering heraf betød, at de måtte nedprioritere deres øvrige opgaver for at honorere den samlede arbejdsbyrde. Buffer-opgaverne inkluderede emotionelt arbejde, langt størstedelen af denne medarbejdergruppe var kvinder, og det var i det hele taget en feminiseret rolle, hvor imødekommenhed af klienternes og andre professionelles behov blev værdsat, men også forventet (Kellogg, 2014).

Beskrivelse af "buffermetoder" synes således i høj grad at stemme overens med den tidligere redegørelse for den kønnede arbejdsdeling og mere specifik den feminine del heraf.

6.9. SYGEPLEJE OG ORGANISERING

I forlængelse af kønsarbejdsdelingen i sundhedsvæsnen vil dette afsnit zoomere mere specifikt ind på sygeplejefprofessionen.

Sygeplejersker er typisk til stede før og efter patientens møde med lægen, og de tager sig i den sammenhæng af en række forberedende, understøttende og opfølgende detaljer. De sørger for at tage sig af informationsmæssige, fysiske og emotionelle behov, de opretholder orden, og de håndterer spændinger (Davies, 1995). At dette fortsat er tilfældet, illustreres fx en dansk undersøgelse af en ny udskrivelsespraksis:

"the role of nurses included not only following up any queries, but also reminding the doctor of the department's standard procedures including those related to the new discharge arrangements. Although the discharge process remained the responsibility of the doctors, the nurses took on the role as coordinator of procedures in line with their role in relation to other patient groups. One nurse suggested that this reflected mutual expectations both professional groups have about the role of nurses (Burau & Bro, 2015 s.6) "

Endvidere afspejler den feminine logik sig i klassiske sygeplejeteorier, hvor observation og understøttelse af behov er omdrejningspunktet. Fx har sygeplejeteoretikeren Virginia Henderson i flere publikationer beskrevet sygeplejens særlige fagområde, og hun er især kendt for en udførlig beskrivelse af sygeplejerskens grundlæggende funktion (Henderson, Dansk Sygeplejeråd, & International Council, 2012), hvor sygeplejens mål anføres som det at sikre, at patientens alment-menneskelige behov tilfredsstilles, således at patienten opnår sundhed og helbredelse og genvinder sin selvstændighed eller får en fredelig død (Kirkevold, 2010).

Ud over at været orienteret mod understøttelse af grundlæggende behov har sygeplejepspraksis som allerede beskrevet også altid bestået af en række organisatoriske elementer, der ligger ud over den direkte patientpleje. I relation til at opnå en dybere og mere specifik indholdsmæssig forståelse af sygeplejerskers organisatoriske arbejde, har en forskningsartikel af Davina Allen vist sig særlig relevant og vil derfor blive uddybet herunder.

Ifølge Allen arbejder sygeplejersker på det udførende niveau i grænsefladen mellem pleje og serviceydelser, hvor de navigerer i mellemrummene i hospitalssystemet for at samle og tilpasse sammensætningen af aktører, handlinger, teknologier, ekspertise og materialer, hvorigennem den samlede serviceydelse leveres (Allen, 2014). I forlængelse heraf identificeres fire former for ”organizing work” varetaget af sygeplejersker:

1. Skaber arbejdsviden (”creating working knowledge”): Patienternes journaler består typisk af multiple, fragmenterede fremstillinger af patienterne, og syntetisering af information fra denne komplekse samling er krævende. I studiet var det sygeplejersker, som var ansvarlige for sådanne synteser, og de fungerede herved som en central informationskilde og en form for lokalt ”hukommelsessystem”. Forløbsfortællinger blev af sygeplejersker oversat og justeret efter behovet hos de forskellige tilhørere, dvs. de andre sundhedsaktører, som bevægede sig ind og ud af plejeafsnittet. En sådan oversættelse kræver, at sygeplejerskerne har sans for andre aktørers formål og perspektiver, således at relevant information kan prioriteres og udtrykkes i disse aktørers ”sprog”. Endvidere udarbejdede sygeplejerskerne opgavelister, som ikke kun er en oversigt over sygeplejeopgaver, men også inkluderer andres arbejdsopgaver.
2. Artikuleringsarbejde (”articulation work”): Arbejde som udføres for at binde netværksaktører sammen og derved understøtte patientforløbet. Allen anvender bevidst udtrykket ”artikuleringsarbejde” fremfor ”koordinering”, fordi koordineringsbegrebet efter hendes vurdering har en medbetydning af formelt procesdesign med foruddefinerede planer, hvilket ikke passer med, at meget sygeplejerskearbejde er en reaktion på uforudsete hændelser og kræver sofistikerede tekniske, organisatoriske og sociale evner. Artikuleringsarbejdet opdeles i tre underformer:
 - 2.1. Tidsmæssig artikuleringsarbejde: Er rettet mod at sikre, at aktiviteter foregår på det rigtige tidspunkt i den rigtige rækkefølge og er baseret på

overblik over forløbsprogressionen samt organisatorisk indsigt (activity + coordination awareness). Dette overblik blev anvendt til at forudsige patientens behov således, at sygeplejersken konstant tilstræbte at være to skridt foran udviklingen i patientforløbet.

- 2.2. Materiel artikuleringsarbejde: Sygeplejersker påtog sig ansvar for, at de nødvendige ressourcer og materialer til patientbehandling og pleje var tilgængelige.
- 2.3. Integrerende artikuleringsarbejde: Arbejde udført for at fremme handling og skabe sammenhæng mellem forskellige elementer i forløbet. Sygeplejersker medierede forbindelser mellem de forskellige involverede aktører, som sjældent interagerede, og de havde en vigtig rolle i relation til at understøtte fælles beslutningstagning samt i at løse afvigelser og modsætninger i forløbet. Igen var det kliniske og organisatoriske overblik væsentligt, da dette ofte blev anvendt til at forudse potentielle problemer, før de opstod.
3. Bestyrer senge ("bed management"): Sygeplejersker udførte et væsentligt arbejde med at matche patienter med de tilrådeværende sengepladser, og derved bestyrede de patient-flowet gennem organisationen.
4. Overflytninger ("transfers of care"): Alle sundhedsaktører på hospitalet bidrog i håndteringen af grænseflader ved overflytning af patienter mellem de organisatoriske enheder på hospitalet, men på grund af deres placering og deres daglige bidrag til organiseringen af serviceleveringen havde sygeplejersker et overordnet ansvar for håndteringen af overflytninger. I relation hertil var overflytninger mellem proximale enheder nemmere for sygeplejersker at håndtere end overførsler, som lå udenfor grænserne af sygeplejerskernes lokale kontekst og indebar forbindelser med distale afsnit, som de sjældent interagerede med (Allen, 2014).

Samlet vurderer Allen (2014), at sygeplejersker udgør obligatoriske passagepunkter i sundhedssystemet, idet der stort set ikke sker noget, som ikke på en eller anden vis passerer gennem hænderne på en sygeplejerske. Herved har de en privilegeret organisatorisk position, hvorfra de opbygger netværk, aktiverer systemer og fungerer som mellemmand i ordningen af de mange heterogene elementer, som tilsammen udgør et patientforløb. I forlængelse heraf anskues patienterne som primære arbejdsobjekter, som arbejdet må organiseres omkring i en stokastisk, kontingent og distribueret proces, hvor det ikke så meget er et spørgsmål om en lineær organisering af serviceydelser, men derimod et spørgsmål om, at patienterne som primære arbejdsobjekter holder sammen på en række fragmenterede serviceydelser ved hjælp af det arbejde, som sygeplejersker udfører. Og det er ifølge Allen (2014) netop denne rolle som mediator i relation til patienten som primær arbejdsobjekt, der er årsagen til, at sygeplejersker ofte beskrives som "organisatorisk lim". Denne praksis er imidlertid relativ usynlig og foregår under radaren af de formelle organisatoriske strukturer. En påstand som understøttes af flere andre kilder. Fx betegner Davies (1995) meget af sygeplejerskers arbejde som "*invisible mending*", mens Postma et al. skriver:

”This work is not expressed in job descriptions and invisible to managers and others in the outside world. Articulation work is thus more likely than other types of work to be made invisible, even though it is crucially important for the smooth operation of organizations.” (Postma et al., 2015 s. 66).

Sammenholdt med de tidligere afsnit om koordineringsmekanismer synes ovenstående beskrivelse af sygeplejefprofessionens usynlige artikuleringsarbejde at placere sig inden for rammen af de uformelle koordineringsmekanismer, som netop var kendetegnet ved at fungere uden om de formelle koordineringsmekanismer. Et anden sammenfald kan skimtes mellem Allens beskrivelse af sygeplejerskers organiseringsarbejde og så Kelloggs beskrivelse af ”buffer metoder”. Fx kan sygeplejerskers materielle artikuleringsarbejde opfattes som vedligeholdende opgaver (”maintaining”), deres funktion som lokalt hukommelsessystem som bestyrelse af information (”managing”), og deres tilpasning af patientfortællinger til de forskellige aktører som udtryk for, at de matcher forskellige forståelser og arbejdsformer (”matching”). Igen understøtter det relevansen af at opfatte sygeplejerskers organisatoriske arbejde som tæt forbundet med kønsarbejdsdeling i sundhedsvæsenet, hvor kvindedominerede professioner traditionelt har haft til opgave at dirigere trafikken og agere bindeled mellem andres indsatser.

Allens teoretisering af sygeplejerskers ”organizing work” er væsentlig i relation til at forstå sygeplejerskers varetagelse af koordineringsopgaver. Ikke desto mindre er der også væsentlige begrænsninger i relation til en interorganisatorisk sammenhæng, idet undersøgelsen først og fremmest placerer sig inden for en hospitalskontekst, hvor sygeplejerskernes ”organizing work” og deres aktivitets- og koordineringsopmærksomhed er baseret på et klinisk og organisatorisk overblik. Jeg vil umiddelbart forvente, at et sådant overblik påvirkes af, om sygeplejerskerne skal have overblik over henholdsvis en afdeling, et hospital eller hele sundhedsvæsenet, og denne antagelse understøttes af, at sygeplejerskerne i undersøgelsen havde sværere ved at håndtere distale end proximale grænseflader. Så selvom afgrænsningen af, hvad der er intra- og interorganisatorisk, i høj grad er et analytisk anliggende, vurderer jeg ikke, at det beskrevne organiseringsarbejde uden videre kan overføres direkte til en interorganisatorisk sammenhæng, som i relation til multisygdom involverer hele sundhedsvæsenet.

6.10. AFGRÆNSNING AF SYGEPLEJENS LEGITIME OPGAVEFELT

Sygeplejerskers generelle tilstedeværelse betyder, at det ofte er sygeplejersker, der ser og konfronteres med sammenbrud i leveringen af ydelser, og i reglen håndterer sygeplejersker disse sammenbrud ved selv at intervenere, idet sygeplejersker i sidste instans vil gøre alt, hvad de kan for patienterne uden at skelne til faggrænser.

"It has always been the case that nurses have done (and do) work which could be considered the province of cleaners, dieticians, porters, clerks, secretaries, ward housekeepers, receptionists and doctors"(Davies, 1995 s. 91)

Margeret Stacy bekræfter dette forhold, idet hun med henvisning til Everett Hughes skriver, at: *"the nurse although it hurts her does tasks when they need doing, which are tasks of people below her and also outside the medical hierarchy"* (Stacey, 1981). Sygeplejersker forventes således at udfylde en generalistrolle, når omstændighederne kræver det, uagtet professionens specialiserede færdigheder (ibid.), og det har fundamentale implikationer for professionen. Sygeplejerskers intervention i relation til "opståede huller i systemet" betyder i realiteten, at indholdet i klinisk sygepleje er grænseløst, og derved bliver det overordentligt vanskeligt at definere og afgrænse, hvad sygepleje er. Ifølge Celia Davies kan man ligefrem sige, at sygepleje er defineret på tiloversbleven vis, som det arbejde andre afviser eller ikke ser (Davies, 1995).

I halen af denne definatoriske udfordring er fulgt en langvarig debat internt i sygeplejerskekredse rettet mod gabet mellem idealer og realiteter, som på et mere konkret niveau handler om gabet mellem, hvordan der forskes og undervises i sygepleje og så udførelsen af sygepleje i klinisk praksis (Allen, 2014). Sygeplejeuddannelserne er blevet kritiseret for ikke at have meget med sygepleje i virkelighedens verden at gøre, og som følge af dette gab er mange sygeplejersker dybt frustrerede over, at de ikke har tid til at praktisere sygepleje, sådan som de har lært under deres uddannelse:

"The paradox of nursing, it seems, is that nurses rarely feel that they are in a position to do nursing" (Davies, 1995 s. 181)

Sideløbende med disse diskussioner og frustrationer spredte der sig blandt sygeplejersker en voksende konsensus om at afvise ændringer, hvis de indebar *"picking up the work or tasks that others leave behind or choose to delegate"* (Witz & Annandale, 2006). Ligeledes udvikledes der i USA i 1950'erne en ny forståelse af sygepleje ("new nursing"), som spredte sig til Storbritannien i 1970'erne (Witz & Annandale, 2006) og senere også til Danmark (Beedholm & Frederiksen, 2015). I den nye sygepleje blev den oprindelige opgavefokuserede forståelse af sygepleje erstattet af en patientcentreret tilgang og omsorgsfilosofi, hvor sygepleje blev defineret som et selvstændigt domæne centreret omkring kendskabet til den individuelle patient og dennes behov. Sygeplejerskens terapeutiske relation til patienten og en holistisk tilgang var grundstenen i den nye sygepleje og blev understøttet af en bio-psyko-social model, som inddrog viden og teknikker fra psykolog, sociolog, medicin og biologi (Allen, 2014; Witz & Annandale, 2006).

Sygeplejef professionelle stræbte således mod at blive en autonom, afgrænset specialistfunktion med fuld professionel status (Beedholm & Frederiksen, 2015; Stacey, 1984) fremfor en generalistfunktion defineret på tiloversbleven vis.

Med tiden vandt denne specialiserede forståelse af sygepleje også indpas i uddannelsen, som blev baseret på et nyt fundament. Fx blev der i Storbritannien i 1990'erne gennemført en større reform af sygeplejeuddannelsen, som sigtede mod at sygeplejersker skulle blive "professionals of care" i stedet for "handmaidens of cure" (Witz & Annandale, 2006), og i Danmark foregik der i samme periode en lignende "fra kald til fag"-proces målrettet professionel status, hvilket bl.a. kom til udtryk ved oprettelsen af et professorat og en kandidatuddannelse i sygepleje ved Aarhus Universitet (Hedegaard Larsen, 2010).

Et væsentligt element i professionel logik er at bevillige eller afvise legitimitet til aktiviteter/handlinger med udgangspunkt i, hvad der opfattes som relevante professionelle problemer (Suddaby & Viale, 2011). Hvis IOC ikke opfattes som en legitim del af sygepleje, kan det således heller ikke forventes, at professionen selv udvikler denne praksis, eftersom forståelsen af sygepleje definerer, hvad der tæller som relevant viden og ekspertise.

Spørgsmålet er da, hvilken betydning den nye afgrænsede forståelse af sygepleje har for professionens respons på det organisatoriske behov for IOC? Ifølge Davina Allen har den nutidige professionelle selvforståelse centreret omkring patientrelationen og patientplejen den konsekvens, at sygeplejersker er dybt ambivalente omkring værdien af det organisatoriske arbejde, de fortsat udfører (Allen, 2014). Sygeplejersker mangler således fagsprog til at beskrive deres organiseringsarbejde, og de anerkender langt hen ad vejen ikke selv organiseringsarbejde som rigtig sygepleje, selvom de kan genkende beskrivelsen af dette arbejde, når de konfronteres hermed (ibid). Med andre ord må det ud fra denne vurdering forventes, at sygeplejefprofessionen kategoriserer organiseringsarbejde som et illegitimt formål.

I relation til kønsperspektivet pointeres ligeledes en ambivalens inden for professionen, idet køn både er en belastning og en ressource. På den ene side er køn med til at retfærdiggøre professionens krav om jurisdiktion over plejearbejdet, men samtidig placerer det professionen i en underordnet position, og det er en arv, som det ikke er nemt at slippe af med (Hughes, 2002). Herudover bemærker Briskin (2012), at sygeplejersker generelt har været modvillige overfor at identificere sig med feministiske perspektiver, hvilket bl.a. forklares ud fra normative feministiske antagelser. Feministisk forskning har været stærkt engageret i emancipation af undertrykte grupper (Blaikie, 2007), som fx kom til udtryk ved at den tidlige feministisk litteratur fokuserede på, at kvinder skulle skaffe sig adgang til mandedominerede professioner som medicin fremfor at forblive i underdanige kvindefag som sygepleje (Briskin, 2012), hvorved sygepleje blev fremstillet som et forkert valg. En sådan tendens til at vurdere, hvad der er i andres interesse, kritiseres bl.a. af Hardy og Clegg (1997), som påpeger, at det påtvinger dem, de forsøger at frigøre, nye begrænsende positioner:

"It tells which subjects, what to feel and how to act. The subject who does not act in this way is translated as a cultural idiot who has fallen prey to false consciousness. The subject who does act must do so according to the strictures laid down by critical theory, with scant regard for the cost of such emancipation" (Hardy & Clegg, 1997 s. 10)

Disse forhold er væsentlige at bemærke i forhold til designet af den empiriske del af undersøgelsen. Dels fordi det i forlængelse heraf ikke kan forventes, at sygeplejefprofessionen har et veludviklet fagsprog og professionsteori til at beskrive, hvordan de varetager en organisatorisk opgave som IOC, dels fordi det implicerer et ambivalent forhold til såvel koordineringsarbejdet som kønsperspektiver og dermed muligvis modstand mod at forholde sig hertil, da det knytter sig til de dele af sygeplejen, som professionen har søgt at fjerne sig fra ved at definere sig selv som en uafhængig profession i overensstemmelse med maskuline professionsidealer.

6.11. ADSKILLELSE AF SELVFORSTÅELSE OG EKSPERTISE

For at kunne håndtere det forhold, at sygeplejerskeprofessionen potentiel varetager organisatoriske opgaver som koordineringsopgaver samtidig med, at de afviser disse som legitime sygeplejefaglige opgaver, er det relevant at inddrage teori, som byder ind med begreber til at skelne mellem en professions selvforståelse og opgavevaretagelse.

Gil Eyal argumenterer i relation til opgavevaretagelsen for en "*Sociology of expertise*", hvor ekspertise forstås som "knowhow" og kapacitet til at udføre en opgave bedre og hurtigere. Langt hen ad vejen er ekspertise overset inden for "*Sociology of professions*", hvor fokus især har handlet om professioners interesser og ikke "*what experts actually do*" (Eyal, 2013, s. 877). Spørgsmålet om ekspertise og spørgsmålet om interesser er således to adskilte, men kombinerbare spørgsmål (ibid.), hvilket stemmer overens med, at de initierende undersøgelsesspørgsmål er opdelt efter, hvordan sygeplejersker varetager forløbskoordinering, dvs. et spørgsmål om ekspertise, og så deres opfattelse af egen rolle, dvs. et spørgsmål relateret til deres professionelle interesser.

Everett Hughes tilbyder en anden tilgang til at begribe opdeling mellem selvforståelse og opgavevaretagelse, idet han skelner mellem roller og opgaver, dvs. mellem "what I do" og "who I am". I en kort opsamling beskrives det således: Et erhverv består af et bundt af opgaver, som er formet af både roller og opgaver. Nogle gange er opgaver stærkt identificeret med en given professionel rolle, men andre gange er et erhvervs opgaver betinget af historiske og bekvemmelighedsårsager. Følgelig vil medlemmer af et erhverv muligvis sætte pris på nogle opgaver, mens de betragter andre af de opgaver, de udfører, som såkaldt "dirty work" (D. Hughes, 2002; E. C. Hughes, 1951). Altså er der ikke nødvendigvis et direkte sammenfald mellem en professions

opfattelse af hvem de er og alle de opgaver, de udfører, og det forklarer, hvordan sygeplejefprofessionen selvforståelse på en gang kan være stærkt knyttet til pleje af den individuelle patient, samtidig med at de varetager en række organisatoriske opgaver, som ligger langt fra den direkte patientpleje.

I forlængelse heraf kan sygeplejefprofessionens organisatoriske ekspertise knyttes an til den del af professionens opgaver, som Hughes kalder for "dirty work". En fortolkning, som understøttes af Davina Allen, som direkte skriver, at "organizing work" er "*the 'dirty work' of the profession*" (Allen, 2014 s. 132).

I relation til en professions forståelse af sig selv findes der en række relevante teoretiske begreber såsom professionel "identity", "self-concept" og "self-understanding", som er knyttet til forskellige teoretisk tilgange og definitioner samtidig med, at de anvendes som synonymer (Gutiérrez & Morais, 2017; He & Brown, 2013; Johnson, Cowin, Wilson, & Young, 2012). Da begrebet "professionel identitet" af en række forskere anvendes i relation til individers tilegnelse af en identitet som sygeplejerske, (fx Arreciado Marañón & Isla Pera, 2015; Pratt, Rockmann, & Kaufmann, 2006; Traynor & Buus, 2016), synes det her mere relevant at benytte begrebet "professionel selvforståelse", som i overensstemmelse med (Hoeve, Jansen, & Roodbol, 2014) kan defineres, som den opfattelse sygeplejersker har af professionens rolle, værdier og ansvarsområder i relation til IOC. Den professionelle selvforståelse er relateret til professionens fortid og nutid, men også til professionens fremtid, dvs. forestillinger om "who we could become" (ibid.). Samlet vurderes det, at sygeplejefprofessionelle har en stærk kollektiv identitet (Sala & Usai, 1997). Ikke desto mindre vil der indenfor en profession typisk være en vis variation i den professionelle selvforståelse, som på sigt eventuelt kan føre til nye kollektive forståelser (Goodrick & Reay, 2010). Selvom begrebet professionel selvforståelse repræsenterer et "in-group"-perspektiv, så er det ikke ensbetydende med, at denne forståelse er udviklet frit og uafhængigt. Tværtimod udvikles den professionelle selvforståelse i relation til og sammenligning med "out-group"-perspektiver (Hoeve et al., 2014; Spears, 2011), hvilket korrelerer med den tidligere påpegning af, at professionalisering er resultatet af forhandlinger med omkringliggende institutioner.

6.12. REFLEKSION: ORGANISATORISK KAPACITET OG KØNSARBEJDSDELING

Nyere organisatoriske studier af samspillet mellem professioner og organisationer har sammen med litteraturen om kønsarbejdsdelingen i sundhedsvæsenet givet et væsentligt indblik i, hvordan sygeplejefprofessionens varetagelse af IOC på den ene side kan forstås som en organisatorisk kapacitet, der er udviklet i tæt samspil med de omkringliggende institutionaliseringsprojekter og på den anden side som resultat af, at kvinder traditionelt har varetaget en række organiseringsopgaver i sundhedsvæsenet.

I forlængelse heraf beskrives det, hvordan sygeplejefprofessionen har specialiseret deres rolleforståelse omkring omsorg og patientpleje og har søgt at afgrænse sig fra assisterende generalistfunktioner, samtidig med at de i praksis fortsat varetager en række organiseringsopgaver som en form for "dirty work" betinget af praktiske og historiske årsager, hvorved der gemt i spørgsmålet om sygeplejefprofessionens rolle i IOC også ligger et mere overordnet spørgsmål om, hvad sygepleje er og herunder et spørgsmål om, hvorvidt organiseringsarbejde er et legitimt formål i sygepleje.

Alt i alt betyder det, at det er en speget affære at beskæftige sig med sygeplejerskers varetagelse af en organisatorisk opgave som koordinering:

På den ene side har professionen et potentiale for koordinering, som bunder i over 100 års praktisk erfaring hermed, og generelt er professioner dynamiske og adaptive og har en veludviklet evne til at udvikle nye strategier i lyset af nye udfordringer. Varetagelse af koordineringsopgaver må ud fra denne vinkel forventes at være fremmet af, at sygeplejerskerne aktuelt befinder sig i et udpræget differentieret sundhedsvæsen, hvor de skal håndtere tiltagende komplekse patienter, hvorved behovet for operativ koordination aldrig har været større.

På den anden side søger sygeplejefprofessionen at fremme deres professionelle projekt ved at afgrænse sig til et omsorgs- og pleje-domæne, og den hermed forbundne afstandtagen fra organisatoriske opgaver må forventes at blive fremmet af, at kvinders varetagelse af operativ koordineringsarbejde generelt er miskendt.

Samtidig er der også identificeret mangler i litteraturen:

- I den nye teori om samspillet mellem professioner og organisationer fokuseres der især på udvikling af ny organisatorisk kapacitet, hvorved etablerede professioners allerede eksisterende organisatoriske kapacitet overses. I forlængelse heraf mangler der viden om, hvordan kvinde-dominerede public service-professioner varetager organisatoriske opgaver, og hvordan kønsarbejdsdelingen influerer herpå.
- Der synes at være en generel enighed om, at sygeplejefprofessionen varetager en række organisatoriske opgaver - herunder koordinering og sikring af arbejds-flow. Vurderingen heraf er imidlertid primært baseret på undersøgelser af sygeplejefprofessionen inden for en lokal kontekst og ikke på tværs af organisationer.
- I forlængelse af det beskrevne professionaliseringsprojekt centreret omkring pleje og omsorg er det uklart, hvordan organisatoriske opgaver aktuelt relaterer sig til sygeplejens legitime opgavefelt. I den sammenhæng er den professionelle selvforståelse blandt kliniske professionelle særlig relevant, idet det er denne gruppe, som omsætter professionelle principper til konkrete handlinger i praksis.

På baggrund af disse teoretiske og forskningsbaserede indsigter og mangler udledes følgende fokuserede forskningsspørgsmål:

Hvordan influerer kønnede strukturer på sygeplejerskers varetagelse af operationel interorganisatorisk koordination?

Hvordan er den professionelle selvforståelse af interorganisatorisk koordination blandt kliniske sygeplejef professionelle?

6.13. SAMLET REFLEKSION VEDRØRENDE LITTERATURGENNEMGANGEN

I løbet af teorigennemgangen har der langsomt udkrystalliseret sig en dobbelt negligerings: Sygepleje er som et kvindefag/profession overset i den akademiske diskussion om samspillet mellem professioner og organisationer, og operationel koordinering er overset i diskussionen om interorganisatorisk koordination, hvilket kan forklares med, at dette arbejde jævnfør kønsarbejdsdelingen er forbundet med miskendt arbejde udført af en kvindedomineret profession.

Selvom formålet med teorigennemgangen var at få en teoretisk forståelse af forskningsfeltet, er der således også fundet teoretiske forklaringer på, hvorfor sygeplejefprofessionens varetagelse af koordineringsarbejder ikke er beskrevet, og ikke mindst hvorfor et kvindefag som sygepleje har et koordineringspotentiale på det udførende niveau. I den forbindelse er det værd at bemærke, at der synes at være en substantiel samklang mellem karakteristika i den feminine logik og i IOC ved høj opgavekompleksitet. Reciprok afhængighed, tillid som en væsentlig forudsætning og behov for gensidig tilpasning rimer i høj grad med traditionelle feminine værdier såsom forbundethed, ansvarlighed over for andre og ikke mindst en akkomodativ og gruppeorienteret relationel stil.

I forlængelse heraf synes det ikke urealistisk, at en kvindedomineret profession som sygepleje har et særligt potentiale for at varetage operationel IOC, men modsat er det også værd at huske på, at det professionelle projekt i en velfærdsstat som Danmark er afhængig af statens opbakning, og her synes staten at indtage en form for dobbeltrolle. På den ene side er det evident, at staten i regi af videreuddannelsessystemet bakker op om sygeplejefprofessionen. Modsat tildeler staten i regi af sundhedsvæsenet ikke sygeplejefprofessionen et eksplicit koordinerings-mandat, og ifølge Dahl (2015a) kan den udbredte standardisering af pleje og omskrivning af omsorg til serviceydelser opfattes som et udtryk for, at staten nedvurderer dette arbejde, fordi de mentale, følelsesmæssige og kropslige elementer af omsorg ikke anerkendes. På den vis nedvurderes værdier relateret til den feminine logik, hvorved staten indirekte er med til at reproducere en kønsmæssig ulighed (Dahl, 2015a).

Samtidig understøttes den dominerende maskuline logik på paradoksalt vis også af sygeplejefprofessionen selv, når professionen stræber efter at definere sig som en specialiseret profession centreret omkring omsorg og pleje, idet de dermed er med til indirekte at fastholde miskendelsen af generalistfunktioner og kvinders organiseringsarbejde.

KAPITEL 7. EMPIRISK FORSKNINGSDSIGN

Det empiriske forskningsdesign er kort beskrevet i hver af de tre selvstændige artikler, hvorved fokus for dette afsnit er en mere fyldestgørende beskrivelse af afhandlingens metodiske tilgange.

Formålet hermed er at tydeliggøre, hvordan jeg er kommet frem til afhandlingens resultater, dvs. en øget transparens, som gør det muligt at vurdere undersøgelsens troværdighed, dvs. om de valg, der er truffet, synes at være rimelige og hensigtsmæssige, når man tager forskningsspørgsmålene og den valgte forskningsstrategi i betragtning (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Kort sagt handler dette afsnit om at eksplicite resultaternes forudsætninger.

Udgangspunktet for det empiriske forskningsdesign er først og fremmest de fokuserede forskningsspørgsmål, men herudover er designet baseret på indsigt opnået under litteraturgennemgangen, metodologisk litteratur, erfaringer fra sundhedsvæsenet og praktiske forhold. Disse elementer inddrages løbende, hvor det er relevant.

7.1. ET KVALITATIVT CASESTUDIE DESIGN

Den empiriske undersøgelse er designet som et casestudie, fordi et sådant forskningsdesign er velegnet til at undersøge et nutidigt fænomen i dets naturlige kontekst (Flyvbjerg, 2010; Yin, 2014). Et casestudie indebærer en detaljeret og dybdegående undersøgelse af et fænomen, og det er derfor via et casestudie muligt at komme tæt på den kompleksitet, som er involveret i hverdagssituationer i virkelighedens verden (Flyvbjerg, 2010; Thomas, 2016; Yin, 2014). En central antagelse i casestudier er, at man ved at studere et subjekt fra forskellige vinkler opnår en mere rig og velfabaleret forståelse, hvorved casestudiet er særligt velegnet til at besvare detaljerede spørgsmål om, hvordan og hvorfor noget sker (Thomas, 2016; Yin, 2014). Med andre ord harmoniserer et casestudiedesign med hensigten om at beskrive og forstå, hvordan sygeplejersker varetager og fortolker operativ IOC i relation til komplekse patienter i et komplekst sundhedsvæsen.

Centrale karakteristika ved et casestudie indbefatter:

- Undersøgelse af en eller få cases (small N)
- Generering og analyse af mange data om hver case
- Undersøgelse af naturligt forekommende fænomener, hvor målet ikke er at kontrollere variable (Thomas, 2016)

Endvidere bevirker ambitionen om en dybdegående undersøgelse fra forskellige vinkler, at der typisk anvendes forskellige metoder til at generere data i casestudier, hvilket inkluderer såvel kvalitative som kvantitative metoder (Gerring, 2004; Ramian, 2012; Yin, 2014). I denne undersøgelse er der imidlertid alene anvendt kvalitative

forskningsmetoder, eftersom disse er særligt velegnede til at gå i dybden og iagttage nuancer og detaljer i menneskelige aktiviteter i deres kontekst (Antoft, Jacobsen, Jørgensen, & Kristiansen, 2007; Justesen & Mik-Meyer, 2010).

Til trods for ovennævnte karakteristika ved casestudier er der også betydelige akademiske variationer i forståelsen af casestudier og ikke mindst i forståelsen af, hvad en "case" er (Antoft & Salomonsen, 2007). Fx anvendes casestudier inden for medicinsk forskning til at eksemplificere/illustrere nye sygdomstilfælde, mens casestudier i politologisk forskning ofte er knyttet til en mere neopositivistisk epistemologi med fokus på variable (Thomas, 2011). Inden for sociologisk forskning er casestudier typisk knyttet til et interpretivistisk forskningsparadigme (ibid.), hvilket også er tilfældet her, og derfor knytter designet af den empiriske undersøgelse sig især til den sociologiske casestudietradition.

Et central forhold inden for denne tradition er, at casen må referere til en analytisk kategori eller teori (Thomas, 2011; Thomas, 2016). Dvs. at det undersøgte fænomen må være en case på en mere generel sammenhæng, men et givent fænomen kan ses som en case på mange forskellige teoretiske perspektiver afhængig af forskerens begrebsmæssige optik (Antoft & Salomonsen, 2007).

Referencen mellem et konkret fænomen og teoretiske perspektiver skaber imidlertid en vis forvirring, eftersom ordet "case" både henviser til det undersøgte fænomen i virkelighedens verden og til den generelle teoretiske sammenhæng, som det "virkelige fænomen" relateres til. Fx er denne dobbelthed tydeligt illustreret i det essentielle spørgsmål; "*hvad er casen en case af?*" (Antoft & Salomonsen, 2007). For at kunne besvare dette spørgsmål, vil jeg benytte mig af Thomas (2011), som skelner mellem case subjekt og objekt. I et casestudie må der dels være noget, som skal forstås (et objekt), og dels noget som potentielt tilbyder forklaringer (et subjekt), hvorved et casestudie består af to elementer:

- Et subjekt: en praktisk, historisk enhed
- Et objekt: en analytisk eller teoretisk ramme

Ofte vil det analytiske fokus, dvs. objektet, ikke være tydeligt defineret fra begyndelsen, men vil snarere udvikle og krystallisere sig efterhånden, som undersøgelsen skrider frem (Antoft & Salomonsen, 2007; Thomas, 2016), hvilket her modsvarer den tidligere beskrevne bevægelse fra initierende til fokuserede forskningsspørgsmål (s. 29-30). Resultatet heraf er, at undersøgelsen overordnet er relateret til tre teoretiske perspektiver:

1. Operativ interorganisatorisk koordination
2. Kønnede strukturer med særlig fokus på "doing femininity"
3. Professionel selvforståelse

De tre casestudieobjekter præciseres yderligere sidst i afsnittet i relation til analysestrategien (s. 104), mens valg af case subjekt beskrives i det følgende afsnit.

7.2. CASEUDVÆLGELSE

Når formålet er at skaffe mest mulig information om et givent fænomen, er der brug for omhyggeligt udvalgte case subjekter, som kan kaste lys på og eksplicitere undersøgelsens objekt. Selve valget af en praktisk enhed kan baseres på en række forskellige udvælgelseskriterier så som informationsindhold, ekstreme cases, cases med maksimal variation eller kritiske cases (Flyvbjerg, 2010). Endvidere kan undersøgelsens subjekt udvælgelse som en såkaldt ”key-case”, dvs. en case som er et særligt interessant og afslørende eksempel (Thomas, 2016).

I denne sammenhæng udgør ”koordinering hos patienter med multisygdom” en key-case på IOC, eftersom multisygdom jævnfør litteraturgennemgangen er karakteriseret ved en omfattende opgavekompleksitet og reciprok afhængighed mellem de mange involverede aktører fra forskellige sundhedsorganisationer. Altså er der hos patienter med multisygdom en høj risiko for fragmentering og et korresponderende behov for gensidig tilpasning på tværs af organisatoriske grænseflader, hvorved valget af multisygdom også kunne betegnes som en ”informationsorienteret udvælgelse” ud fra Flyvbjergs (2010) typologi. Den empiriske undersøgelse er således afgrænset til koordinering hos patienter med multisygdom, fordi denne kategori er særligt velegnet til at få indblik i/kaste lys over varetagelse af operativ IOC ved høj opgavekompleksitet.

Udvælgelsen af konkrete fysiske subjekter er sket ud fra det forventede informationsindhold og et ønske om maksimal variation i forhold til bestemte teoretisk begrundede dimensioner, hvilket herunder uddybes i forhold til først ”hvem” og derefter ”hvor”.

Fokus på operativ IOC bevirker, at det er relevant at vælge subjekt på det udførende niveau. Følgelig er de relevante deltagere afgrænset til kliniske sygepleje-professionelle, hvilket indebærer såvel sygeplejersker som kliniske ledere med en sygeplejefaglig baggrund. Begrundelsen for at inkludere sygeplejefaglige ledere er, at disse jævnfør baggrundsafsnittet spiller en væsentlig rolle via meningsskabelse (Vedel et al., 2011). Ikke desto mindre er det vigtigt at bemærke, at fokus alene er ledernes forståelse af/forventninger til deres medarbejders IOC-praksis og altså ikke ledernes egen involvering i IOC. Endvidere betyder fokus på almindelige sygeplejerskers varetagelse af IOC, at undersøgelsen afgrænses fra sygeplejersker i særlige integrationsfunktioner samt sygeplejestuderende, som endnu ikke forventes at have tilstrækkelig indsigt i klinisk praksis.

Eftersom varetagelsen af IOC jævnfør litteraturgennemgangen må forventes at være påvirket af medarbejdernes organisatoriske forankring, er det relevant at udvælgelse cases fra forskellige organisationer i sundhedsvæsenet. Patienter med høj opgavekompleksitet kan i praksis være tilknyttet alle tænkelige instanser i sundhedsvæsenet, og derfor er case-udvælgelsen sket ud fra logikken i et action set/en

totalopgave, hvor hospital, kommune og almen praksis repræsenterer de tre centrale organisatoriske enheder i det danske sundhedsvæsen.

I forlængelse heraf er der udvalgt tre case subjekter i form af kliniske sygepleje-professionelle fra et hospital, en kommune og almen praksis placeret inden for samme geografiske område. Begrundelsen for det sidste er, at de tre case subjekter herved er placeret inden for det samme lokale institutionelle felt inklusiv samarbejdsaftale og lokale styringsmekanismer.

Case 1: Sygeplejersker og sygeplejefaglige ledere fra et hospital

Konkret er der udvalgt en medicinsk afdeling på et regionshospital, idet der på medicinsk afdeling forventes at være mange patienter med multisygdom. Den medicinske afdeling består af tre afsnit med sengeafsnit samt ambulante tilbud arrangeret efter medicinske subspecialer: 1) Geriatrik afsnit, 2) Hjertemedicinsk afsnit, 3) Øvrige medicinske sygdomme (lunge, mave/tarm m.fl.). Nogle sygeplejersker er både tilknyttet sengeafsnit og ambulante tilbud, mens andre enten er det ene eller det andet sted. Alle er imidlertid kun tilknyttet et af afsnittene, hvorved sygeplejerskerne på medicinsk afdeling kun i ringe grad kender hinanden på tværs af afsnit.

De sygeplejefaglige ledere fra medicinsk afdeling består af afdelingssygeplejersker og en oversygeplejerske.

Case 2: Sygeplejersker og sygeplejefaglige ledere fra en kommune

Konkret er der udvalgt en mellemstor kommune med en stor provinsby og landområder. De kommunale sygeplejersker er ansat i dels udekørende enheder dels plejeboliger, hvorfor der er inkluderet sygeplejersker fra begge disse typer af enheder i undersøgelsen. Typisk er der højst én sygeplejerske tilknyttet et plejecenter, mens de udekørende sygeplejersker (hjemmesygeplejerskerne) er organiseret i geografiske enheder, hvor de har fælles kontor, men ellers kører ud hver for sig. Som konsekvens heraf kender de kommunale sygeplejersker hinanden inden for rammerne af de mindre delområder, men ikke på tværs heraf.

De sygeplejefaglige ledere fra kommunen består af områdeledere, den kommunale leder af plejeboligerne og den kommunale leder af sygeplejen.

Case 3: Sygeplejersker fra almen praksis

Konkret indgår der sygeplejersker fra fem klinikker af varierende størrelse (5-20 medarbejdere) med enten en eller to sygeplejersker per klinik. Denne case er imidlertid mere udtryk for det muliges kunst end bevidste valg, eftersom det viste sig særdeles svært at finde sygeplejersker i almen praksis, som ville deltage i undersøgelsen. Til trods for at der er sygeplejersker ansat i stort set alle klinikker i det geografiske område, som hospitalet dækker, afviste den ene efter den anden at deltage, hvilket blev begrundet med et stort tidspres, implementering af Den Danske Kvalitetsmodel, tvivl om patienternes holdning hertil, og at der ganske enkelt ikke var

plads til mig i konsultationsrummene. Det var således sygeplejerskerne selv, der sagde fra og ikke deres arbejdsgiver (den praktiserende læge).

Der er ikke sygeplejefaglige ledere i almen praksis, hvorfor denne case adskiller sig fra de to andre ved alene at bestå af sygeplejersker, som havde en høj anciennitet og erfaring fra flere forskellige sundhedsorganisationer. Dette er dog almindeligt for sygeplejersker i almen praksis, hvorved det ”ualmindelige” ved disse sygeplejersker er, at de sagde ja til at deltage.

Der er almindeligvis ikke samarbejds-/mødefora for sygeplejersker på tværs af klinikker, hvorved sygeplejersker i almen praksis typisk ikke kender hinanden.

For en samlet oversigt over deltagerne i de tre case subjekter henvises til tabel 1 herunder.

Case subjekt	Sygeplejersker	Ledere
Medicinsk afdeling (sengeafsnit og ambulante tilbud)	17	4
Kommune (plejecentre og hjemmesygepleje)	12	5
Almen praksis (Fem uafhængige klinikker)	6	-
I alt 44 deltagere	35	9

Tabel 1: Case-subjekter og deltagere

Deltagerne i case 1 og 2 har været udvalgt således, at der var sygeplejersker med og uden erfaring fra andre organisationer, idet organisatorisk erfaring jævnfør litteraturgennemgangen antages at påvirke gensidige tilpasning (s. 63). Endvidere er deltagerne udvalgt ud fra et ønske om maksimal variation i relation til anciennitet, hvilket samtidig har betydet en naturlig aldersspredning blandt deltagerne. Samtlige deltagere er kvinder, hvilket ikke har været et selektionskrav, men derimod resultatet af, at der stort set ikke var mandlige sygeplejersker ansat i de tre cases.

7.3. TYPE AF CASESTUDIE

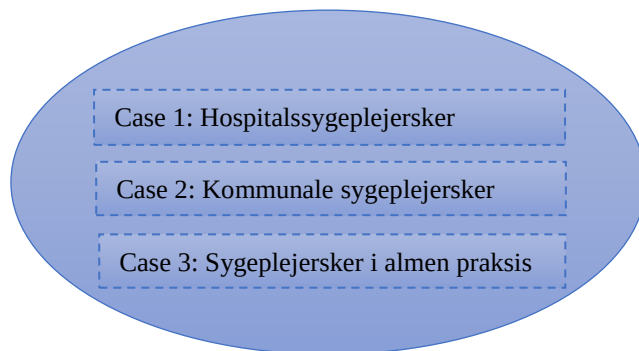
Som allerede antydte i relation til case-udvælgelsen, findes der en bred vifte af kriterier til klassifikation af casestudier, som knytter sig til forskellige kombinationer af formål, metode, typer af subjekt og afgrænsningskriterier som tid og sted (Thomas, 2016). Når jeg interesserer mig herfor, er det ikke for at finde frem til en ”smart” casestudiebetegnelse, men fordi de forskellige klassifikationskriterier ”unrolls the various considerations being made in the design of a case study” (Thomas, 2011). En gennemgang af relevante klassifikationer er således med til at tydeliggøre de metodiske valg i det empiriske design.

Synkront versus diakront studie; Eftersom de fokuserede forskningsspørgsmål ikke er rettet mod en proces, men snarere implicit spørger til, hvordan IOC varetages og fortolkes "nu og her", er undersøgelsen tilrettelagt som et synkront/tværsnits-studie, som kan beskrives som et øjebliksbillede (snapshot) i modsætning til et diakronisk/longitudinalt studie, hvor casen følges over tid (Thomas, 2016).

Multipelt casestudie versus indlejret casestudie: Forskellen mellem et multipelt og et indlejret (nested/embedded) casestudie er antallet af analyseenheder. Hvis der i et casestudie er flere selvstændige analyseenheder, som sammenlignes, er der tale om et multipelt casestudie. Hvis de inkluderede cases derimod udgør en samlet analyseenhed, er der tale om et indlejret casestudie (Thomas, 2011). Et indlejret casestudie udelukker imidlertid ikke sammenligninger på tværs af cases, men forskellen er, at sammenligninger her sker indenfor rammerne af en overordnet analyseenhed (Thomas, 2016).

I første omgang var det empiriske casestudie tilrettelagt som et multipelt casestudie, hvor hver af de tre cases udgjorde selvstændige analyseenheder. Begrundelsen herfor var, at jeg forventede, at sygeplejerskernes organisatoriske tilhørsforhold ville have så stor indflydelse på varetagelsen af IOC, at sygeplejersker i almen praksis ville varetage IOC på væsentlig anderledes vis end sygeplejerskerne i kommunen eller på hospitalet.

Efterhånden som analysen skred frem viste der sig imidlertid en høj grad af overensstemmelse i sygeplejerskernes varetagelse af IOC på tværs af cases til trods for variationer i de konkret koordineringsopgaver. For at analysere materialet på egne betingelser/med afsæt i begivenheders autonomi (Brinkmann, 2015), blev undersøgelsen derfor ændret til et indlejret casestudie, hvor analyserne er foretaget på tværs af de tre cases, som illustreret i figur 2.



Figur 2: Den samlede analyseenhed

Ofte opfattes casestudier med flere cases som mere robuste og mere overbevisende, eftersom det styrker undersøgelsens konklusioner, hvis man kan anskueliggøre, hvilke resultater der holder på tværs af cases, og hvilke variationer der er i de indlejrede cases (Ramian, 2012; Yin, 2014). Dog må dette sammenlignende perspektiv ikke forstås således, at der er tale om et komparativt studie. Det primære formål med at sammenligne indlejrede cases er, at det kan være et hjælpsomt element, når man går på ”opdagelse”, idet sammenligningen mellem indlejrede cases kan stimulere forestillingsevnen og ans pore til spørgsmål fremfor svar (Levy, 2008; Thomas, 2016).

Samlet set er den empiriske undersøgelse således designet som et synkront, kvalitativt casestudie med tre indlejrede cases.

7.4. DATAGENERERING

Generelt er der enighed om, at metodedetriangulering øger kvaliteten af casestudier, men begrundelserne herfor divergerer. Ifølge Yin (2014) vil resultater baseret på forskellige datakilder føre til mere præcise svar – i lighed med principperne i navigation, mens andre argumenterer for at fordele ved metodedetriangulering er, at der genereres viden om fænomeners forskellige dimensioner og fortolkninger, hvorved metodedetriangulering skaber et mere rigt billede (Alvesson, 2009; Halkier, 2010). I denne sammenhæng er det den sidste af disse forståelser, som gør sig gældende, hvorved der er udvalgt til kvalitative metoder i form af observation og fokusgrupper, fordi de forventes at bidrage med komplementære indsigter.

Tidsmæssigt er de empiriske data genereret i 2016 i et serielt forløb, hvor der først er foretaget observationer og herefter afholdt fokusgrupper. Begrundelsen for denne opbygning var en forventning om, at indsigt fra observationerne ville fremme min mulighed for at moderere og forstå diskussionen i fokusgrupperne, hvilket viste sig at holde stik. Fx blev der i diskussionen anvendt en række udtryk og forkortelser, som kræver indblik i det aktuelle hverdagssprog, arbejdsredskaber og lokale forhold. Hvad, der imidlertid viste sig at være mindst lige så vigtigt i det serielle design, var, at knap halvdelen af deltagerne i fokusgrupperne var sygeplejersker, som jeg tidligere havde observeret. Disse ”overlap-sygeplejersker” var i forlængelse af observationerne allerede i gang med at forholde sig til deres egen varetagelse af IOC og biddrog i væsentlig grad til datagenereringen i fokusgrupperne ved at fremme/sætte skub i gruppens diskussioner.

At der var overlap mellem deltagere i observation og fokusgrupper var imidlertid ikke planlagt, men skyldtes, at jeg ikke eksplicit havde lavet en aftale herom med lederne, som med afsæt i de definerede variationskriterier stod for at finde deltagere til studiet på bestemte datoer. Altså skyldtes disse overlap først og fremmest tilfældige forhold i bemandingsplanen, og ikke at der var udvalgt særlige deltagere; det var ganske enkelt et praktisk spørgsmål om, hvem der var på arbejde den pågældende dag.

7.4.1. DELTAGEROBSERVATION

Deltagerobservationer er en særlig velegnet metode til datagenerering i casestudier, fordi det giver mulighed for at beskrive fænomener i deres kontekst.

En ligefrem definition heraf er, at det er *"en metode, hvor observatøren deltager i det hverdagsliv, fx på arbejdspladsen, som de personer, hun studerer, er del af"* (Justesen & Mik-Meyer, 2010 s. 100). Under observationerne får forskeren mulighed for at observere, hvad der sker, at lytte til, hvad der bliver talt om, og at spørge undervejs, hvorved det gennem deltagerobservation er muligt at få en mere ubearbejdet viden om praksis fremfor genfortalt praksis som i fx interviews (ibid.). Metoden er endvidere velegnet til opnå en mere uformel viden om analyseenheden samt indblik i tavs viden, dvs. forhold som informanterne tager for givet og derfor heller ikke nødvendigvis omtaler i et interview (ibid.).

Under deltagerobservation bruger man som forsker sig selv som værktøj, og det er derfor relevant at være opmærksom på, hvad det er for en observatørrolle, der indtages. Som navnet indikerer, indeholder metoden såvel "deltagelse" som "observation", og disse to elementer kan vægtes forskelligt på et rollekontinuum fra ren observatør, observatør som deltager, deltagende observatør og fuld deltager (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Jeg har i denne sammenhæng indtaget en rolle som bedst kan betegnes som en besøgende kollega svarende til "observatør der deltager". Begrundelsen herfor er, at det gav mig en tilnærmelsesvis naturlig mulighed for at få indblik i IOC-praksis, eftersom det er almindeligt, at sygeplejersker følges med nye kollegaer under oplæring – typisk en dag af gangen – hvor sygeplejersken varetager sit almindelig arbejde og løbende forklarer sin praksis for den nye kollega. I overensstemmelse hermed har jeg fulgt sygeplejersker en arbejdsdag med henblik på at få indblik i såvel "frontstage" som "backstage" IOC hos patienter med multisygdom. Det sidste betød, at jeg måtte holde styr på hvilket patienter, der havde multisygdom, hvilket imidlertid viste sig at være langt lettere end antaget, fordi multisygdom var meget almindelig i alle tre cases. Fx lykkedes det mig ikke at finde en eneste beboer på de fem plejecentre, som ikke levede op til kriteriet om 2+ diagnoser. Multisygdom, som en særlig patientkategori, havde således en tendens til empirisk at "forsvinde" og kan snarere karakteriseres som det dominerende sygdomsbillede blandt beboerne/borgerne/patienterne i de udvalgte case subjekter.

Samlet fordeler observationerne sig således: 5 dage på geriatrisk afsnit, 5 dage på hjertemedicinsk afsnit, 5 dage på plejecenter, 5 dage med udekørende kommunale sygeplejersker og 5 dage med sygeplejersker i almen praksis.

Jeg har først og fremmest observeret, men jeg har også drøftet patienternes situation som en "sygeplejerskekollega", og jeg har så vidt muligt hjulpet til med forefaldende praktiske gøremål, hvor det synes relevant, uden at det på nogen måde måtte gå ud over patientsikkerheden. I sidste ende er observatørrolle i deltagerobservation imidlertid resultatet af forhandlinger mellem forskeren og de udforskede, og rollen udvikles undervejs i forløbet (Krogstrup & Kristiansen, 2015), hvilket også har været tilfældet her. Fx var flere af de ældre sygeplejersker på hospitalet kritiske over for min

akademiske karriere, og jeg havde i den sammenhæng indtryk af, at relationen blev fremmet af, at jeg ”beviste”, at jeg ikke var for fin til at varetage praktiske sygeplejerskeopgaver. I kommunen, hvor sygeplejerskerne ofte arbejder alene, blev jeg derimod flere gange brugt som en sparringspartner, og jeg har derfor løbende forsøgt at justere min observatørrolle efter, hvad jeg fornemmede var mest naturligt i situationen.

Tilgangen til datagenerering i observationsstudier kan spænde fra en planlagt systematisk tilgang til en emergerende spontan tilgang (Alvesson, 2009), hvor det her primært er den første tilgang, der er anvendt.

Fokus har været afgrænset til IOC, og der er skrevet noter, hver gang jeg observerede noget med tilknytning til IOC uden yderligere stillingtagen til, hvad der var interessant eller ej. På den vis er den teoretiske indsigt fra litteraturgennemgangen under observationerne blevet anvendt til at filtrere, hvad der var relevant data ud fra et ønske om at generere et datamateriale af høj kvalitet. Altså blev der ikke genereret data om alt muligt, som ikke havde en forbindelse til IOC, hvilket er i overensstemmelse med Pierre og Jacksons (2014) anbefaling om at undgå at generere et uhåndterligt datamateriale af ringe kvalitet:

“Too often, we use the vacuum cleaner approach to data collection – sweeping up any and all data into our studies thereby ignoring ‘the quality of the data base’. In this approach, all data are equal and worthy of analysis. However, we recommend instead using theory to determine... what counts as “good” or appropriate data. In that way, we can ‘do more with less data” (St. Pierre & Jackson, 2014)

Helt konkret handlede observationerne om at zoome ind på IOC-praksis, hvilket med inspiration fra Nicolini (2009) har omfattet opmærksomhed mod følgende forhold:

- Hvad bliver der sagt og gjort?
- Under hvilke praktiske forhold og i hvilke situationer?
- Forventninger og opfattelser af hvad der er passende/ikke passende praksis.
- Anvendelse af materielle og symbolske artefakter (fx PC og retningslinjer).
- Hvordan håndteres de små og store konflikter, huller og overlap, som sygeplejerskerne konfronteres med i daglig praksis?

Disse forhold er anvendt som en opmærksomhedsramme for observationer og ikke som en standardiseret observationsguide.

7.4.2. FOKUSGRUPPER

Fokusgrupper er en velegnet metode til at få indblik i betydningsdannelser i grupper, og metoden kan især anvendes til at generere data om sociale gruppers fortolkninger, interaktioner og normer (Halkier, 2010). Endvidere er metoden velegnet til at adressere emner, som deltagerne ikke er vant til at tildele opmærksomhed og/eller ikke har overvejet nærmere (Barbour, 2008). Følgelig er det en oplagt metode til

dataindsamling i denne undersøgelse, hvor analyseenheden er på et kollektivt niveau, og hensigten bl.a. er at få indsigt i den professionelle selvforståelse af IOC.

En enkelt definition på fokusgrupper lyder: *"en forskningsteknik, der indsamler data gennem gruppeinteraktion på grundlag af et emne, der er defineret af forskeren"* (Justesen & Mik-Meyer, 2010 s. 81).

Metoden er således kendetegnet ved, at man bruger gruppen som middel til at producere data, ved at deltagerne spørger ind til hinanden ud fra deres kontekstuelle forforståelse. Fokusgrupper er tilrettelagt og styret af en forsker og er struktureret omkring på forhånd definerede temaer, men det er ikke lig individuelle interviews, idet formålet ikke er at komme i dybden med individuelle svar. I stedet er det i høj grad dialogen i gruppen og deltageres respons på de øvrige deltagers udsagn, som er vigtig. Således kan et fokusgruppe snarere betragtes som en gruppediskussion end et gruppeinterview. I diskussionen må deltagerne redegøre for deres synspunkter og eventuelt forsvare disse over for de andre deltagere, og deltagerne vil typisk stille uddybende spørgsmål til hinanden. På den vis ansporer gruppediskussionen deltagerne til at italesætte antagelser og normer, som i mange andre sammenhænge forbliver "tavs", og det bliver gennem diskussionen tydeligt, hvilke normer der generelt er accepteret i gruppen, og hvilke der stilles spørgsmålstejn ved (Justesen & Mik-Meyer, 2010; Morgan, 2010). Gruppeinteraktionen er således væsentlig for dataproduktionen, hvorved selve interaktionen ofte er en væsentlig del af den efterfølgende dataanalyse (Barbour, 2008; Belzile & Öberg, 2012). I denne sammenhæng er fokus imidlertid afgrænset til indholdet af diskussionerne (substansen), hvorved interaktionen ikke i sig selv opfattes som data (Morgan, 2010).

Ulempen ved fokusgrupper er bl.a., at den sociale kontrol i gruppen kan forhindre, at alle perspektiver kommer frem. Desuden mindskes variationer i data af grupp-effekter så som konformitet og en tendens til polarisering (Halkier, 2010), og den mindre grad af forskerstyring bevirker, at det ikke er muligt at få svar på så mange spørgsmål, som i et interview. Hertil kommer sproglige begrænsninger og forsker-deltager interaktion, hvilket samlet set betyder, at deltageres erfaringer/fortolkninger og det, de fortæller herom i fokusgrupper, aldrig kan opfattes som fuldt ud identisk (Polkinghorne, 2007).

Planlægning af fokusgrupper kræver overvejelser omkring, hvem der skal deltage, samt hvor og hvordan interviewet skal foregå, hvilket uddybes herunder.

Gruppen i en fokusgruppe må ikke forveksles med en allerede etableret eller naturligt forekommende gruppe. Derimod udgøres gruppen af deltagere, som strategisk er sammensat af forskeren i relation til den konkrete undersøgelse, uden at det nødvendigvis udelukker, at deltagerne kender hinanden på forhånd (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Det anbefales i den sammenhæng, at gruppen hverken er for homogen eller for heterogen, ligesom der må tages højde for deltageres rolle og status i organisationen, da man ellers kan risikere en akavet, konflikt-fokuseret og mindre åben gruppeinteraktion (Halkier, 2010).

Grupperne er her sammensat som segmenterede grupper inden for rammerne af hver af de tre case subjekter. Eftersom uformel IOC vurderes til at være et sensitivt emne, er ledere og medarbejdere placeret i hver sin gruppe med henblik på at understøtte, at medarbejdere såvel som ledere kan diskutere så frit som muligt. For at undgå for homogen medarbejdergruppe er disse grupper sammensat på tværs af forskellige organisatoriske enheder inden for hver case.

Alt i alt leder det frem til fem fokusgrupper:

- Gruppe 1: Sygeplejersker fra medicinsk afdeling
- Gruppe 2: Sygeplejefaglige ledere fra medicinsk afdeling
- Gruppe 3: Sygeplejersker fra kommunen
- Gruppe 4: Sygeplejefaglige ledere fra kommunen
- Gruppe 5: Sygeplejersker fra almen praksis

Fokusgrupper kan med fordel afholdes et emne-relevant sted, som lægger op til at tale om emnet (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Her er arbejdspladsen oplagt, hvorfor fokusgrupperne er afholdt i uforstyrrede mødelokaler på arbejdspladsen inden for almindelig arbejdstid.

Der er i forbindelse med fokusgrupper tradition for at præsentere deltagerne for materiale, som gruppen bliver bedt om at forholde sig til og diskutere (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Baggrunden herfor er, at aktiviteter kan fremme datagenereringen og typisk opleves som behagelige. Desuden er aktiviteter en fordel for deltagere, som har brug for mere tid til at reflektere over emnet og for grupper, som normalt er handlingsorienterede (more used to "doing" than "saying") (Colucci, 2007). Sygeplejerskerne forventes ikke at være vant til at tale om IOC, og derfor har aktiviteter været en væsentlig del af fokusgruppertilrettelæggelsen med henblik på at fremme gruppens IOC-refleksioner og italesættelsen heraf, hvorved disse aktiviteter gerne skulle imødekomme udfordringen med et manglende organisatorisk fagsprog. Den mere detaljerede tilrettelæggelse af fokusgrupperne og de benyttede aktiviteter fremgår af bilag 2. Endvidere henvises til mere specifikke overvejelser omkring datagenerering via tegninger og metaforer i artikel 3: "Nursing as 'organizational glue' in the healthcare system?" (s. 158).

Tilrettelæggelsen af fokusgrupperne er centreret omkring de to case objekter "Operativ IOC" og "Professionel selvforståelse". Case objektet "Kønnede strukturer" indgår derimod ikke eksplicit i fokusgrupperne, hvilket skyldes, at det først blev defineret som et selvstændigt case objekt på et senere tidspunkt i forskningsprocessen (se s. 33). Endvidere havde jeg under deltagerobservationerne erfaret, at sygeplejerskerne var afvisende overfor at forholde sig til sygepleje som kvindearbejde (ud over lønmæssige forhold), hvorfor jeg under tilrettelæggelsen af fokusgrupperne var influeret af en vis afmagt i relation til at generere data om noget, som deltagerne ikke ønskede at forholde sig til.

7.4.3. OVERVEJELSER VEDRØRENDE DOKUMENTANALYSE

Det er ofte relevant at inddrage skriftlige dokumenter i en analyse, fordi dokumenter spiller en væsentlig rolle i forhold til handlinger og beslutninger i organisationer (Justesen & Mik-Meyer, 2010). I sundhedsvæsnen er der i høj grad tradition for og krav om, at der udarbejdes retningslinjer og procedurer for indsatser, og der findes således også lokale dokumenter, som beskriver, hvordan medarbejderne skal koordinere deres indsats med øvrige involverede aktører. Sådanne dokumenter er i sig selv et udtryk for koordineringsmekanismen "standardisering af arbejdsopgaver" (Mintzberg, 1979), hvorfor det umiddelbart er relevant at undersøge forekomsten heraf.

Imidlertid blev det i den teoretiske baggrund påpeget, at sygeplejefprofessionens varetagelse af forløbskoordinering ikke alene handler om at implementere retningslinjer. Snarere må det forventes, at sygeplejersker aktivt fortolker retningslinjer, hvorved det ikke kan forventes, at den aktuelle praksis er lig med det, der er beskrevet i diverse administrative dokumenter. Det interessante er i forlængelse heraf ikke, hvad der står i retningslinjen, men derimod konsumptionsprocessen, dvs. hvad der sker, når retningslinjer bliver anvendt i sociale sammenhænge (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Altså interesserer jeg mig her for, hvordan sygeplejersker opfatter, fortolker og anvender retningslinjer vedrørende IOC, hvorfor jeg har fravalgt en selvstændig analyse af indholdet i disse dokumenter.

7.5. ETISKE PERSPEKTIVER

En væsentlig etisk overvejelse i designet af empiriske undersøgelser er, hvordan og i hvilket omfang der skal informeres om undersøgelsen (Mason, 2002). Idet denne undersøgelse ikke er af en sådan karakter, at det er rimeligt eller relevant at holde informationer skjult for deltagerne, har jeg åbent informeret om projektet og dets formål ved at sende skriftlig information til deltagerne og øvrige medarbejdere i de tre case subjekter. Endvidere er deltagerne mundtligt blevet informeret om undersøgelsens formål forud for observation og fokusgrupper, hvor de også har haft mulighed for at stille uddybende spørgsmål.

Den åbne information om, at jeg fokuserer på koordinering ved multisygdom, kan betyde, at de observerede sygeplejersker har været mere opmærksomme herpå, og derved har koordineret mere eller bedre, end de normalt ville gøre. Idet undersøgelsen ikke handler om at vurdere omfanget og kvaliteten af IOC ved multisygdom, skønnes denne bias imidlertid at være af mindre betydning for afhandlingens resultater.

Trods ønsket om åbenhed er det samtidig væsentligt at overveje, hvor præcist og fyldestgørende en information det er rimeligt at bede deltagerne om at forholde sig til, da ikke alle er fortrolige med de disciplinære/akademiske udtryk, som er nødvendige for fuldt ud at forstå et forskningsprojekt (Mason, 2002). Følgelig er informationen vedrørende projektet tilstræbt formidlet i et hverdagssprog, eftersom deltagerne ikke kan forventes at være fortrolige med organisationsteoretiske begreber.

Som tidligere nævnt er det de lokale ledere i kommunen og på hospitalet, som har rekrutteret deltagere til undersøgelsen, hvilket først og fremmest skyldes praktiske forhold. Efterfølgende har deltagerne mundtligt givet tilsagn om at deltage i undersøgelsen. Ingen af deltagerne har givet udtryk for at være blevet presset til at deltage, men det udelukker selvfølgelig ikke, at det kan være tilfældet. Altså kan der stilles spørgsmålstegn ved, om deltagelsen reelt kan betragtes som fri, når det overordnet er ledere, som har givet tilsagn om deltagelse på vegne af medarbejdere (Mason, 2002).

Der er alene genereret data af ikke-personfølsom karakter (Datatilsynet, 2000), og data er registres således, at de ikke kan henføres til identificerbare personer. Data er således af en sådan karakter, at de ikke skal anmeldes til datatilsynet eller videnskabsetisk komite (Datatilsynet, 2000; Justitsministeriet, 2000). Alle deltagere er mundtligt og skriftligt orienteret om, at data behandles fortroligt samt muligheden for at trække tilsagn om deltagelse tilbage. Ingen har benyttet sig af den sidste mulighed, men der er flere deltagere, som undervejs har gjort opmærksom på, at det de netop havde fortalt eller gjort ikke skulle indgå i undersøgelsen. Sådanne udsagn er selvfølgelig blevet respekteret, men de peger også på, at undersøgelsen i visse sammenhænge er nået til kanten af, hvad deltagerne ønsker at videregive af information. Det er i relation hertil vigtigt at huske på, at deltagere kan føle sig så afslappede og åbne overfor en forsker, at de fortæller om forhold, som de ellers ikke ville afsløre, hvorved det er nødvendigt, at forskeren selv er opmærksom på, om deltagerne fortæller mere, end hvad der normalt opfattes som passende (Mason, 2002). Det er i praksis en svær vurdering, men jeg har indtryk af, at min evne til at agere sygeplejekollega betød, at flere deltagere undervejs glemte, at jeg var der som forsker, og at mit medlemskab af professionen gav mig adgang til klassificeret information. Min egen erfaring er, at der inden for sygeplejeverdenen eksisterer en kultur, hvor man så at sige ”ikke lufter sit beskidte undertøj”, hvorved deltagerne muligvis har givet mig adgang til sensitiv information, fordi de forventede, at jeg efterfølgende ville sortere data ud fra professionsinterne normer. Om det er tilfældet, diskuteres senere i afsnittet i relation til forskerrollen, mens det væsentlige i denne sammenhæng er, at adgangen til ”klassificeret information” har været en væsentlig faktor i beslutningen om at anonymisere de deltagende organisationer (jævnfør s. 33).

Databeskyttelse omfatter imidlertid ikke kun deltagerne men også de patienter, som indirekte har medvirket i projektet. Alle patienter er blevet informeret om, hvem jeg var, og alle har givet tilsagn om, at jeg måtte være til stede. Der er ikke registreret patientnavne, men under deltagerobservationen har jeg fået indsigt i følsomme oplysninger vedrørende konkrete patienters situation, som imidlertid har været underlagt fuld tavshedspligt qua min autorisation.

7.6. ANALYSESTRATEGI

Analysen af det empiriske datamateriale tager udgangspunkt i de tre fokuserede forskningsspørgsmål, og i forlængelse heraf indgår der tre selvstændige analyser i afhandlingen, som relaterer sig til hver sin teoretiske ramme (casestudie objekt).

Data fra såvel observation som fokusgrupper indgår i alle tre analyser, men med forskellig vægtning, og overordnet følger de tre analyser samme proces:

Først kvalitativ kodning hvor data udtrækkes og organiseres i analytisk relevante kategorier. Herefter fortolkning af det kodede datamateriale, hvilket indebærer a) at se efter mønstre, temaer, ligheder og forskelle, og b) simplificering og syntetisering (Coffey & Atkinson, 1996), som i overensstemmelse med den abduktive forskningsstrategi resulterer i abstrakte typifikationer (Blaikie, 2007).

Kvalitativ kodning er et heuristisk redskab, som giver forskeren mulighed for systematisk at tænke med og om datamaterialet ved at linke relevante datasegementer, der umiddelbart omhandler det samme. Kodning er altså ikke i sig selv analyse, men en væsentlig forudsætning herfor, idet rå-data i denne proces organiseres i analyserbare enheder (Coffey & Atkinson, 1996). Følgelig må koderne vælges med omhu, og som udgangspunkt kan disse komme tre steder fra; 1) direkte fra forskningsspørgsmålene, 2) fra forskningslitteraturen eller 3) fra selve det empiriske materiale i form af enten opsummerende labels eller direkte udsagn fra deltagerne (ibid.). Endvidere kan samme datamateriale kodes med forskellige detaljeringsgrader, fx ved at forskningsspørgsmålene udgør brede overordnede koder, som så efterfølges af en mere detaljeret kodning baseret på enten teoretisk eller empirisk generede koder, hvorved analysen vil få en henholdsvis deduktiv eller induktiv karakter.

En væsentlig forskel på de tre analyser er i forlængelse af ovenstående, at der anvendes forskellige typer af koder. Som udgangspunkt tages der afsæt i eksisterende viden fra litteraturgennemgangen, men da den eksisterende viden befinder sig på forskellige niveauer, er analyserne også baseret på koder af forskellig karakter, idet det ganske enkelt ikke er muligt at genere teoretiske koder, når der er begrænset viden omkring et emne. Følgelig placerer de tre analyser sig også forskellige steder på det deduktive/induktive kontinuum afhængig af, om koderne primært udspringer af forskningslitteraturen eller fra selve det empiriske materiale.

Den præcise beskrivelse af de tre analyser fremgår af artiklerne, hvorfor jeg her alene vil fremhæve den teoretiske sammenhæng, som analysen relateres til (case objekter) samt analysernes placering på det induktive/deduktive kontinuum.

Analyse 1: Hvordan varetager sygeplejersker operationel interorganisatorisk koordination hos patienter med høj opgavekompleksitet?

Sygeplejerskernes varetagelse af IOC er i denne analyse en case på en specifik professionel gruppes involvering i IOC i sundhedsvæsenet, mens patienter med multisygdom er en key-case på IOC ved høj opgavekompleksitet.

Denne analyse er primært af induktiv karakter pga. manglende eksisterende teori om uformel IOC og samspillet mellem formel og uformel IOC i sundhedsvæsenet.

Analyse 2: Hvordan influerer kønnede strukturer på sygeplejerskers varetagelse af operationel interorganisatorisk koordination?

Sygeplejerskerne er i denne analyse en case på en kvindedomineret profession, mens IOC er en case på en organisatorisk opgave påvirket af kontekstuelle vilkår. Denne analyse er af en mere deduktiv karakter, eftersom kodningen af data tager afsæt i eksisterende teoretiske kategorier vedrørende feminine strukturer i organisatorisk arbejde.

Analyse 3: Hvordan er den professionelle selvforståelse af interorganisatorisk koordination blandt kliniske sygeplejef professionelle?

Sygeplejerskerne er i denne analyse en case på kliniske sygeplejef professionelle, og fortolkningen af IOC er en case på den professionelle selvforståelse af organisatoriske opgaver. Denne analyse er af en blandet deduktiv/induktiv karakter, eftersom eksisterende teoretiske forståelser af forholdet mellem professionelle/sygeplejersker og organisatoriske opgaver anvendes som en bred overordnet kodestruktur for analysen, mens selve den detaljerede indholdskodning er af induktiv karakter.

Med inspiration fra Antoft og Salomonsen (2007) betyder det samlet set, at analyse nr. 1 kan beskrives som teorigenererende, idet der primært genereres ny teoretisk viden med afsæt i empiriske data, mens analyse nr. 2 og 3 primært er teorifortolkende, idet disse analyser tager afsæt i eksisterende teori med en målsætning om at generere ny empirisk viden. Dog er det ikke ensbetydende med, at der ikke finder teoriudvikling sted, eftersom diskussionen af de empiriske fund i relation til den teoretiske ramme fører til konklusioner, som bidrager til eller nuancerer den eksisterende teori (ibid.).

Ved afslutningen af hver analyse er jeg vendt tilbage til det samlede datamateriale med henblik på at vurdere konsistensen af de analytisk genererede kategorier og synteser. Herudover er fortolkningerne løbende diskuteret med dels andre forskere dels sygeplejersker og øvrige interessenter fra sundhedsvæsenet (se bilag 3 for nærmere uddybning heraf), hvilket vurderes at have fremmet præcisionen af de analytiske fund.

7.7. REFLEKSIONER VEDRØRENDE FORSKERROLLEN

En ofte fremført kritik af casestudier er, at de har en tendens til at verificere forskerens subjektive forudfattede meninger, idet forskeren antages at overføre sine forudfattede fortolkninger til data (Flyvbjerg, 2010). Imidlertid er subjektivismen og bias for

verifikation en udfordring i alle forskningsmetoder og ikke kun casestudier og kvalitative undersøgelser. Faktisk har casestudiet ifølge Flyvbjerg (2010) en større tendens til falsifikation af forudfattede meninger end andre undersøgelsesdesign, hvilket bl.a. begrundes med, at forskeren i casestudie kommer så tæt på dem, de studerer, at der vil være rig mulighed for at blive korrigeret af studieobjekterne. Undersøgelsesfeltet antages på denne vis at have en stærk korrigerende funktion, som skaber betingelser for en avanceret forståelse af det, der undersøges. I forlængelse heraf beskrives afvisning af forudfattede meninger som værende en del af den læreproces, som naturligt indgår i et casestudie, hvis forskeren vel at mærke placerer sig i den kontekst, der undersøges. I forlængelse heraf kræver gyldige beskrivelser af sociale aktiviteter: *"at forskeren besidder de færdigheder, der er nødvendige for at deltage i de beskrevne aktiviteter"* (Flyvbjerg, 2010 s. 481). På samme vis udpeger Nicolini (2009) forskerens nærhed til og fordybelse i den undersøgte praksis som helt centrale for forståelsen heraf:

"The study of practice require immersing oneself and being there. Only in this way is one capable of appreciating, understanding, and translation the situated, temporal, creative, interpretive, and above all, moral and committed nature of the actual work." (Nicolini, 2009 s. 134-135)

I forlængelse heraf fokuserer megen metodelitteratur på, hvordan den kvalitative forsker kan komme tæt nok på uden at *"go native"*; *"to be close and avoid closure"* (Alvesson, 2009). Udgangspunktet for denne undersøgelse er imidlertid, at jeg allerede er et *"native"* medlem af sygeplejefprofession og derfor også på forhånd er familiær med undersøgelsens aktør. Til trods for at jeg ikke længere opfatter mig selv som sygeplejerske, er det en del af, hvad jeg har været, og i forlængelse af nærhedsidealet kan man stille spørgsmålstejn ved, hvornår denne undersøgelse begyndte: Var det ved opstart af ph.d.-forløbet? Var det da jeg startede på sygeplejerskeuddannelsen? Eller begyndte observationerne allerede, da jeg blev opdraget af en mor, der var sygeplejerske?

Med andre ord er problemet her på ingen måde at komme tæt nok på, men derimod at skabe tilstrækkelig distance og bryde ud af en lukket insiderposition, dvs. at undgå *"closure"* og *"staying native"* (ibid.).

I forlængelse af denne *"særlige"* problematik udfoldes et kapitel af Mats Alvessons (2009) vedrørende *"at-home ethnography"/"home-culture ethnography"* med fokus på de intellektuelle og politiske problemer og fordele, der er forbundet med, at forskeren beskæftiger sig med kulturelle omgivelser, som vedkommende er familiær med, og selv har en naturlig adgang til.

Fordelene ved en insider position er:

- At denne position på økonomisk og effektiv vis kan føre til generering af nyskabende og interessante empiriske indsigter, hvilket hænger sammen med at insiderforskeren ikke skal bruge samme ressourcer som en almindelig

forsker på at forstå, hvad der bliver sagt, og hvad der foregår. Dette punkt er særdeles relevant i dette studie, eftersom forståelse af sygeplejerskers IOC-praksis kræver en bred indsigt i arbejdsgange i en række sundhedsorganisationer samt forståelse af fagsprog og sygdomsbehandling. Hvis ikke jeg havde en insiderposition, ville jeg således have været nødt til at anvende markant mere tid på observationsstudierne.

- En insider har potentielt bedre adgang til ”den rigtige” version af praksis end en konventionel forsker, som typisk vil have visse adgangsproblemer – særligt i relation til sensitive emner. Et forhold, som allerede er berørt i afsnittet omkring etik.
- At det kan føre til teoriudvikling som er mere velfunderet i oplevelser og observationer og til fremstillinger, som giver en bedre fornemmelse for, hvad der foregår i praksis (Alvesson, 2009).

Ud fra disse punkter kan min baggrund som sygeplejerske således betragtes som en ressource, som har været væsentlig for min mulighed for at placere mig i feltet og opnå en avanceret og dybdegående forståelse af IOC. Modsat kan denne baggrund også betragtes som en belastning grundet de problemer, som er forbundet med en insiderposition:

- Det er ikke muligt at kontrollere subjektivitet via de almindelige metodiske teknikker og procedurer, hvorved insiderforskeren må engagere sig i en ambitiøs kamp med indlejrede personlige og kulturelle ”frameworks”.
- Det kan være sværere for forskeren at frigøre sig selv fra ideer, som tages for givet, og at anskue hændelser åbent og frit.
- Forskeren kan være mere politisk sensitiv og loyal, hvorved insiderpositionen kan betyde, at fremstillinger bliver over-diplomatiske (Alvesson, 2009).

Den personlige ”kamp”, som Alvesson nævner, beskrives mere konkret af Berverly Skeggs i relation til hendes studier af kvinder fra arbejderklassen:

“This book has been very painful to write because I was/am so close to the subject matter... What I did not anticipate was how emotional the research process would be. The chapter on class was excruciating to write as I realized how I, too, had strongly invested in respectability when intimidated at university.” (Skeggs, 1997 s. 14-15)

I lighed hermed har det i denne forskningsproces været en personlig ”kamp” at granske de kønnede strukturer i sygeplejerskernes IOC-praksis, eftersom jeg i lighed med Skeggs har måttet forholde mig til strukturer, der i høj grad vedrører mig selv.

Det havde på mange måder været nemmere for mig selv (og min mand), hvis jeg blot havde ignoreret det feminine perspektiv, hvilket jeg bestemt også har været tilbøjelig til. Følgelig er det relevant at se nærmere på, hvad der skal til, for at insiderforskeren kan bryde ud af eksisterende/fortrukne forståelser og skabe distance hertil.

Insiderforskeren må som udgangspunkt gennemtænke en forståelse, som muligvis allerede er god, men måske ikke artikulert og delvist en selvfølgelighed ("taken-for-granted"). Som følge heraf må der skabes forståelsessammenbrud, hvor det velkendt og selvfølgelige omdannes til det ubekendte, dvs. en defamiliarisering, hvilket kan fremmes ved, at forskerens kulturelle forståelse lokaliseres uden for den kultur, som undersøges. For at rette opmærksomheden væk fra tendensen til at se tingene i et bestemt lys, må forskeren trække på forskellige teoretiske positioner og perspektiver og have adgang til et bredt repertoire af begreber fra forskellige akademiske discipliner, som kan modvirke de personlige og kulturelle skyklapper (Alvesson, 2009). Denne proces kræver imidlertid, at der afsættes rigelig med tid til analysearbejdet (ibid.), hvorfor der kan sættes spørgsmålstejn ved det tidsøkonomiske argument: Insiderpositionen betyder, at der hurtigere kan genereres solide data, men til gengæld fordrer analysearbejdet en særlig indsats og ekstra tid for at undgå de intellektuelle og politiske "fælder".

Sammenholdt hermed har min forudgående ansættelse som underviser på tværprofessionelle diplommoduler uden tvivl skabt afstand til sygeplejefprofessionen, men ikke til sundhedsvæsnets logikker, og det er derfor min vurdering, at projektets forankring i organisationssociologi og det akademisk miljøskifte har haft en betydelig positiv indvirkning på min egen forskerrolle i projektet. Essensen heraf er ganske enkelt, at en udfordring af og reflektion over allerede etablerede erfaringsrum fremmes af; *"at gå på 'valsen' i fremmede fagområder og teoretiske landskaber"* (Wackerhausen, 2008 s. 18).

KAPITEL 11. AFHANDLINGENS BEGRÆNSNINGER

Flere væsentlige begrænsninger forbundet med afhandlingens bidrag er allerede nævnt i relation til de specifikke analyser i artiklerne. Det drejer sig om:

- Fokuseringen på sygeplejerskernes integrative funktion ("limen") kan resultere i et skævvredet billede af sygeplejerskernes varetagelse af IOC, idet dette fokus medfører, at koordineringsproblemer "sies fra". Følgelig er det væsentligt at være opmærksom på, at afhandlingen ikke forholder sig til, om der er situationer, hvor sygeplejerskerne varetager IOC på utilstrækkelig eller uhensigtsmæssig vis.
- Inklusion af sygeplejersker fra flere forskellige organisationer gør afhandlingens konklusioner mere robuste, men det betyder ikke, at konklusionerne kan føre til nogen form for universel generalisering. Et kvalitativt casestudie med selektiv udvælgelse kan derimod anvendes til analytisk generalisering, hvilket jævnfør (Halkier (2011) kan forstås som en forstørrelse af signifikansen af de specifikke empiriske mønstre i casen. Udgangspunktet herfor er situationers dobbelthed, dvs. at specifikke sociale kategorier og processer på en og samme tid er både unikke og typiske (ibid.). Altså generaliseres der i forhold til teorien og ikke populationen.
- En profession består af flere typer af professionelle, som kan opdeles i "Creative professionals", "Carrier professionals" og "Clinical professionals" (Scott, 2008). Analysen af den professionelle selvforståelse af IOC er afgrænset til kliniske professionelle og bibringer derfor ikke indsigt i den professionelle selvforståelse af IOC blandt repræsentanter fra de første to kategorier. I praksis implicerer det fx sygeplejeteoretikere, forskere og undervisere.

I forlængelse af det sidste punkt er det relevant at bemærke, at professionel selvforståelse, som nævnt er influeret af dialog med interessenter og derfor må forstås som delvist relationel og påvirket af outsider-perspektiver (Spears, 2011). Af omfangsmæssige hensyn er afhandlingen afgrænset til insider-perspektiver, og det er derfor sandsynligt, at en større sensitivitet over for outsider-perspektiver kunne have beriget afhandlingens konklusioner. Det kunne fx være ved at undersøge, hvordan andre professionelle grupper, patienter, ledere og sundhedspolitikere fortolker sygeplejerskers rolle i IOC.

Herudover finder jeg det relevant at diskutere og tydeliggøre nogle af de begrænsninger, der knytter sig til forskningsstrategien og afhandlingens teoretiske

abstraktioner. En central inspirationskilde er her Hernes (2014) diskussion af traditionelle antagelser i organisatorisk forskning.

En generel begrænsning ved et synkront/tværsnitsstudie er, at det ikke bibringer en temporal-/procesbetinget forståelse af praksis. Handlinger er imidlertid forbundet med og betinget af fortiden, som manifesterer sig gennem et repertoire af handlinger, hvorved aktuel praksis indebærer modereret repetition af aktiviteter, som tidligere har været tænkelige og ladesiggørlige. Som konsekvens heraf kan en given gestus have indflydelse på udfaldet af en hændelse, fordi denne handling bliver set som repræsentativ for et meget større socialt mønster, der kan strække sig langt tilbage i tiden (Hernes, 2014). I overensstemmelse hermed påpeger Ackroyd (2016), at nutidig forståelse af professioner ofte mangler sufficient indsigt i og anerkendelse af den historiske udviklingsproces.

Afhandlingen imødekommer delvist denne kritik ved at definere den professionelle selvforståelse som betinget af fortiden (professionens rødder) (Gutiérrez & Morais, 2017), og ved at knytte sygeplejerskernes nuværende IOC-praksis til historisk betingede feminine strukturer såvel som nyere bestræbelser på afgrænsning og akademisering af professionen. Om end disse aspekter er nøje udvalgt, så repræsenterer afhandlingen samlet set en indskrænket historisk forståelse af sygeplejefprofessionen, hvor en mere omfangsrig historisk analyse antagelig kunne have udvidet forståelsen af sygeplejerskers aktuelle varetagelse af IOC. Et eksempel på et potentiel relevant forhold er den ændrede forståelse af sygepleje over tid, som bl.a. illustreres af Goodrick og Reay (2010). De har med udgangspunkt i lærebøger fra sygeplejeuddannelsen i USA identificeret centrale temaer i den professionelle rolleforståelse, og hvordan disse temaer har ændret sig fra midten af 1950'erne til 90'erne. Det særligt interessante i denne sammenhæng er, at organisering og koordinering i denne tidsperiode slet ikke nævnes som et relevant professionelt tema. Et andet potentielt relevant forhold er, at danske sygeplejerskers tilknytning til samfundets socialgrupper har ændret sig markant over tid. Hvor rekruttering af sygeplejersker historisk var knyttet til det højere borgerskab (Hedegaard Larsen, 2006), rekrutteres sygeplejestuderende nu i høj grad fra lavere sociale grupper (Eriksen, 2004).

En tilsvarende kritik kan rettes mod afhandlingens begrænsede indsigt i historiske vilkår og ændringer i sundhedsvæsnets, som på samme vis må antages at betinge den aktuelle praksis.

Ud over disse temporale betragtninger er det værd at bemærke, at tværsnitsdata ikke er velegnede til at opnå forståelse af udviklingsprocesser, så som hvordan uformelle IOC-kompetencer udvikles. I det empiriske materiale vurderer sygeplejerskerne, at disse kompetencer først og fremmest er resultatet af deres egne individuelle erfaringer med, hvad der virker og ikke virker. Det er ud fra det foreliggende datamateriale ikke muligt at foretage en processuel analyse heraf, men sygeplejerskernes vurdering stemmer overens med Kelloggs (2014) vurdering af, at evnen til at anvende

bufferfunktioner er baseret på praktiske erfaringer opnået over tid, ligesom også Hernes påpeger, at evnen til at improvisere afhænger af erfaringer; *"the ability to anticipate and accommodate unexpected moves is experience based"* (Hernes, 2014 s. 36). Udviklingen af adaptive IOC-kompetencer synes således at knytte sig til Aristoteles phronesis begreb, som er udtryk for erfaringsbaseret praktisk kundskab fokuseret på det, der ikke kan håndteres via almene regler, men kræver overvejelser, skøn og valg (Flyvbjerg, 1991).

Vedrørende teoretiske abstraktioner gælder, at ingen teoretisk ramme fuldt ud kan indfange den kompleksitet, som eksisterer i praksis, men teoretiske abstraktioner er alligevel nyttige, fordi de bidrager til fremskridt i forståelsen af vore erfaringer, hvilket er den primære kilde til viden. Teoretiske kategorier gør det muligt for os at skelne mellem forhold, som anskues som værende internt homogene og indbyrdes differentieret, hvorved teoretiske kategorier fungerer som et videnmæssigt stillads. Abstraktioner er dog også potentiel farefulde for vores forståelse af verden, fordi vi har en tilbøjelighed til at glemme, at de netop er abstraktioner, og at kategorier ofte opstilles, fordi de er analytisk bekvemmelige og ikke nødvendigvis, fordi de er empirisk korrekte (Hernes, 2014).

Disse betragtninger er i høj grad relevante i relation til denne afhandling, da et teoretisk greb om et så komplekst fænomen som IOC har ført til anvendelse af flere abstrakte begreber, som nødvendigvis må betragtes som analytiske forsimplinger. Med henvisning til (Jørgensen (1977) har jeg påpeget, at det er "adfærdsmæssigt nonsens" at skelne mellem intra- og interorganisatorisk koordination i store organisationer, og på samme vis vil jeg vurdere, at det er empirisk nonsens at skelne mellem interorganisatorisk, interprofessionel og interdisciplinær koordination. I praksis er disse kategorier sammenvævede, men samtidig er en analytisk adskillelse nyttig/nødvendig for at fremme indsigt i, hvordan operativ koordinering varetages på tværs af organisationer med forskellige kulturer, styresystemer, mål og indflydelse. Altså vil jeg fastholde, at IOC er distinkt fra de øvrigt opremsede kategorier, hvorved det analytisk er meningsfuldt at anvende IOC som en selvstændig kategori, så længe vi blot husker, at det er udtryk for et abstrakt erkendelsesmæssigt stillads, som indebærer en empirisk forsimpning.

Et andet væsentligt kritikpunkt vedrørende analytiske forsimplinger er, at organisationssociologisk teori traditionelt har opfattet sociale enheder som et givent fænomen med definerbare grænser, særlige karakteristika, delte meninger og antagelser samt fælles handlekraft (Hernes, 2014). Sociale grupper – her kliniske sygeplejef professionelle - gøres til "unit of analysis", og det indebærer bl.a., at individer og sociale grupper adskilles som værende hver sin kategori, hvorved den gensidige konstitutive relation tilsløres. Dvs. at til trods for, at en social gruppe muligvis består af forskellige individer med forskellige tendenser, koges disse individer typisk ned til en social gruppe med fælles træk, hvorved samspillet mellem det individuelle og det sociale viskes ud (ibid.).

“Although a social group is seen as an aggregate of individuals, it cannot really be seen as the sum of all the experiences of the individuals involved.... The point is that we cannot really draw a line between the individual and the social level as though there is a social level that is separate from what goes on between individuals (Hernes, 2014)“

Resultatet heraf er i denne sammenhæng, at individuelle sygeplejerskers handlinger aggregeres og ses som repræsentative for kollektive mønstre. Der drages således en imaginær streg mellem det individuelle og det kollektive, hvor det analytiske fokus alene er det kollektive. Denne grundlæggende forudsætning af, at sociale grupper kan afgrænses som en helhed, der kan studeres ud fra individuel handling, opfatter jeg som et grundvilkår i sociologisk forskning, hvilket dog ikke ændrer på, at det er væsentligt at huske på, at det netop er en antagelse. Desuagtet understøttes rimeligheden af antagelsen af et kollektivt niveau i det empiriske materiale, hvor deltagerne i fokusgrupperne gennemgående anvender betegnelsen ”vi”.

Hernes (2014) kritiserer endvidere, at argumenter vedrørende motiver ofte implicit forudsætter, at man analytisk kan relatere visse handlinger til visse mål, hvorved det ignoreres, at vi mennesker opererer med adskillige sæt af mål og handlinger. Altså må de i afhandlingen beskrevne typiske motiver forbundet med sygeplejerskernes varetagelse af IOC forstås med det forbehold, at det aldrig er muligt at udelukke flere samtidige motiver, og at der måske findes relevante motiver knyttet til de beskrevne IOC-handlinger, som ligger helt uden for afhandlingens optik. Et sigende eksempel herpå er Skeggs (1997) beskrivelse af, hvorledes ”*investment in femininity*” er knyttet til opnåelse af kulturel kapital. At praktisere omsorg og imødekomme andres behov kan føre til opnåelse af legitimitet – især når omsorg praktiseres i en arbejdsmæssig frem for privat sammenhæng. Praktisering af femininitet (”*doing femininity*”) kan således også forbindes med personlige motiver forbundet med at konstruere sig som en respektabel kvinde, og det er i den sammenhæng væsentligt at være opmærksom på, at investeringer i femininitet kan føre til relativ høj profit på nogle områder (heteroseksualitet og ægteskabsinstitutionen), mens investeringen devalueres på andre områder (arbejdsmarkedet og uddannelsessystemet) (Skeggs, 1997). Dvs. at når sygeplejerskerne praktiserer feminine strukturer så som at imødekomme andres behov, kan det jævnfør Skeggs samtidig være relateret til (ofte ubevidste) personlige motiver og gevinster i privatsfæren, hvorved et umiddelbart tab i arbejdshierarkiet modvejes af sociale gevinster, der ligger uden for en organisatorisk/arbejdsmæssig optik.

Afslutningsvist er det ud fra et mere anvendelsesorienteret perspektiv relevant at påpege, at afhandlingen ikke forholder sig til effekten af den IOC, sygeplejersker varetager og ej heller den hermed forbundne patientoplevede kvalitet. Dette er selvsagt en væsentlig begrænsning set i lyset af, at den demografiske udvikling fører til flere ældre med flere kroniske sygdomme, hvilket sætter sundhedsvæsenet i hele den vestlige verden under pres og tvinger beslutningstager til at prioritere indsatser (Anderson, 2011; Frølich et al., 2017; OECD, 2010).

Dog er det en begrænsning, som også må ses i lyset af den naturlige rækkefølge af forskningsspørgsmål (Blaikie, 2007) og en generel videnskabelig udfordring forbundet med at isolere effekter af specifikke indsatser i komplekse sociale strukturer så som sundhedsvæsnets organisationer (Seemann, Gustafsson, Axelsson, Axelsson, & Antoft, 2015). Det er således vigtig at huske på, at beskrivelse af og indsigt i en indsats er forudsætninger for overvejelser om, hvorvidt der kan udføres valide effektstudier. Følgelig vurderer jeg, at afhandlingens deskriptive og fortolkende tilgang er et naturligt første trin.

KAPITEL 12. AFHANDLINGENS KONKLUSIONER OG BIDRAG

Afhandlingens indledende formål var at afdække sygeplejefprofessionens funktion i forløbskoordinering i relation til patienter med multisygdom, og de initierende forskningsspørgsmål lød således:

- *Hvordan varetager sygeplejersker forløbskoordinering hos patienter med multisygdom?*
- *Hvilken forståelse har sygeplejersker af egen rolle i forløbskoordinering ved multisygdom?*

Baseret på et interpretivistisk videnskabsteoretisk paradigme og en abduktiv forskningsstrategi fortsatte afhandlingen herefter mod en dyberegående teoretisk indsigt i afhandlingens fænomen og aktør samt teoretisk forankring og afgrænsning af de initierende forskningsspørgsmål.

På baggrund af litteraturgennemgang og afledte refleksioner blev der således udledt tre fokuserede forskningsspørgsmål som udgangspunkt for det empiriske studie:

1. *Hvordan varetager sygeplejersker operativ interorganisatorisk koordination hos patienter med høj opgavekompleksitet?*
2. *Hvordan influerer kønnede strukturer på sygeplejerskers varetagelse af operationel interorganisatorisk koordination?*
3. *Hvordan er den professionelle selvforståelse af interorganisatorisk koordination blandt kliniske sygeplejefprofessionelle?*

Besvarelsen heraf tager udgangspunkt i følgende artikler i respektive rækkefølge;

- *"Formal and informal inter-organizational coordination: how nurses adapt in complex pathways"*(Doessing, 2018)
- *"Female professions doing organizational work; nurses in inter-organizational coordination"*(Submitted; Current Sociology)
- *"Nursing as 'organisational glue' in healthcare; the professional self-concept of inter-organisational coordination"*(Submitted; Nursing Inquiry)

Ad 1)

Overordnet er ustabile samarbejdskonstellationer et centralt vilkår i sygeplejerskernes varetagelse af IOC hos patienter med høj opgavekompleksitet. Anvendelsen af specifikke formelle IOC-mekanismer varierer afhængigt af involverede organisationer og dertil knyttede organisatoriske grænseflader. Men fælles for de

formelle IOC-mekanismer er, at de er koblet til informations-flow i systemet og aktivering af relevant tiltag i andre organisationer. Med undtagelse af obligatoriske telefonopkald er de eksisterende formelle IOC-mekanismer desuden karakteriseret ved asynkron skriftlig kommunikation med en lav grad af feedback og stort set ingen face-to-face-interaktion mellem sygeplejerskerne og professionelle fra øvrige organisationer i netværket.

Sygeplejerskerne er meget loyale over for de formelle IOC-mekanismer, som de kender udenad og typisk benytter som et førstevalg. De har ikke selv været direkte involveret i udviklingen af de formelle IOC-mekanismer og har i mindre grad indblik i, hvem der står bag disse. Ud fra et funktionelt perspektiv vurderer sygeplejerskerne, at de formelle IOC-mekanismer almindeligvis er gangbare, men samtidig utilstrækkelige i relation til at håndtere de uforudsete koordineringsbehov, som de løbende konfronteres med i forbindelse med varetagelse af øvrige sygeplejeydelser. Et væsentligt forhold i den operative IOC-praksis er således, at sygeplejerskerne løbende identificerer usammenhængende opgaveløsning hos individuelle patienter i forbindelse med levering/varetagelse af øvrige sygeplejeydelser. Følgelig er der en tæt forbindelse mellem opgavevaretagelse og operativ IOC, eftersom koordinering relateret til usammenhængende opgaveløsning vokser ud af situationer med servicelevering.

Sygeplejerskerne reagerer typisk på uklare/konfliktende behandlings og plejemæssige forhold ved aktivt at initiere uformelle koordinerende aktiviteter, som henholdsvis supplerer og afviger fra (by-passes) den formelle organisering.

Supplerende IOC varetages først og fremmest via telefonopkald, som knyttes til følgende syv formål: Passende adfærd, verificering af opgaveoverdragelse, håndtering af fejl, rede tråde ud, mægling, kollegial sparring og indsamling af manglende information.

By-passende IOC defineres som direkte afvigende fra den formelle organisering og varetages med udgangspunkt i følgende kategoriserede aktiviteter; Anvendelse af proforma-ydelser, afvigende administration af materialer, kontakt uden patient-samtykke og indforstået koordination.

Sammenholdt betyder det, at sygeplejersker praktiserer formel og uformel IOC i et adaptivt samspil tilpasset koordineringsbehov i konkrete situationer: Formel IOC er førstevalget, men hvis disse mekanismer er utilstrækkelige til håndtering af fragmentering, skifter sygeplejerskerne midlertidigt til uformel IOC, der således fungerer som en kompenserende backup-praksis motiveret af en implicit, men gennemtrængende professionel ambition om "at have styr på tingene" – især medicinen – samt "at få tingene til at fungere".

En væsentlig pointe vedrørende samspillet mellem formel og uformel IOC er således, at det er baseret på overensstemmende organisatoriske og professionelle mål om at opnå integration i indsatser på tværs af organisationer. Til trods for at by-passende IOC direkte afviger fra den formelle IOC-organisering, afviger denne professionsforankrede praksis ikke fra det overordnede systemmål. Det betyder imidlertid ikke,

at sygeplejerskernes uformelle IOC-praksis er ukompliceret. Uformel IOC kan opfattes som "rule bending" (Berlinger, 2016) i et komplekst system, hvor afvigelser opstår, når medarbejdere opfatter en ellers rimelig regel som upassende i en specifik situation - ud fra et ønske om at sikre en patients pleje og behandling. I et etisk perspektiv kan det at "bøje regler" således opfattes som et berettiget forsøg på at reducere ulempe/skade for patienterne, men det indbefatter også en væsentlig risiko for subjektive og urimelige vurderinger af, hvem reglerne bøjes for. Altså er uformel IOC på en og samme tid nødvendig og problematisk.

Der er en påfaldende forskel i sygeplejerskernes handlekraft/virke i relation til formel og uformel IOC. Sygeplejerskerne synes i høj grad at være på hjemmebane i relation til udvikling af uformel IOC, hvor de aktivt skaber kreative løsninger på koordineringsudfordringer. Modsat er der et umiddelbart fravær af handlekraft/virke i relation til udvikling af formel IOC, som snarere opfattes som "udefra givet". Baseret på "Negotiated Order Theory" (Strauss, 1978) kan denne forskel i handlekraft/virke opfattes som resultatet af tavse forhandlinger baseret på interne og eksterne signaler med det udfald, at sygeplejerskerne betragter formel IOC som "ikke-forhandlingsbar" inden for den eksisterende sociale orden.

Om end dette perspektiv umiddelbart bibringer en mulig forklaring på forskellen i handlekraft/virke, så bibringer den ikke en forståelse af de dybereliggende strukturer i den sociale orden knyttet til sygeplejerskers varetagelsen af IOC. Følgelig foretages en efterfølgende analyse med afsæt i kønnede strukturer i organisationer med henblik på at udforske, hvordan disse strukturer i praksis influerer på sygeplejerskernes varetagelse af IOC.

Ad 2)

Patienternes behov for koordinerede indsatser udgør et centralt forbindelsesled mellem sygeplejefprofessionen og varetagelse af IOC, og i det hele taget udgør imødekommelse af andres behov en samlet overskrift for, hvordan sygeplejersker praktiserer femininitet i IOC. De imødekommer behov i et høj-differentieret sundhedsvæsen ved at arrangere en række praktiske forhold, når patienter bevæges rundt i systemet, de spiller en aktiv rolle i orkestreringen af indsatser ved løbende at indflette relevante aktører, og de forsøger at navigere i usammenhængende opgaveløsning ved at gøre specifikke problemer til "nogens" anliggende. Endvidere imødekommer sygeplejerskerne behov hos andre sundhedsprofessionelle ved at følge op på aktiviteter andre har iværksat og ved at udføre supporterende arbejde for især læger på tværs af organisatoriske grænser, hvorved de rekonstruerer en assisterende funktion.

Samlet kan denne imødekommelse af andres behov beskrives som en fleksibel og kompenserende praksis i overensstemmelse med kulturelle feminine koder: Sygeplejerskerne forsøger at kompensere, når patienterne oplever fragmentering, de forsøger at kompensere, når der er usammenhængende indsatser i systemet, og de

forsøger på tværs af organisatoriske grænser at kompensere, når andre professionelle ikke følger op på egne initiativer eller formelt ansvar i relation til IOC. Det lykkes dog langt fra altid at håndtere fragmentering - især ikke når problemer kastes hid og did i systemet, uden at sygeplejerskerne har magt til at pålægge nogen ansvar herfor. I forlængelse heraf forsøger sygeplejerskerne typisk at skabe sammenhæng via mægling, og en dominerende strategi i sygeplejerskernes håndtering af IOC-problemer er at klare sig med og reparere på det, man har.

Femininitet praktiseres endvidere i overensstemmelse med det kønnede hierarki, hvor det feminine er underordnet det maskuline:

- Sygeplejerskerne varetager i høj grad IOC som en implicit praksis, som de i dagligdagens samarbejdsrelationer holdes ansvarlige for uden formel anerkendelse heraf. Et forhold, som kan relateres til det, Davies (1995) betegner som "presupposed repression" i kønsarbejdsdelingen. Det forudsættes/tages for givet, at sygeplejersker er fleksible og varetager IOC efter behov, men samtidig miskendes dette arbejde.
- Sygeplejerskerne "do hierarchy" ved aktivt at engagere sig i adaptiv og uformel IOC forbundet med feminine koder såsom at være tilpassende og faciliterende, mens de holder sig tilbage fra aktiv involvering i standardiseret, formel IOC-forbundet med maskuline koder så som autoritet og kontrol. Sygeplejerskerne praktiserer således bestemte IOC-aktiviteter, som er i overensstemmelse med traditionelle former for "doing femininity" i vestlige kulturer, og herved ses en direkte forbindelse mellem kønnede strukturer og den tidligere identificerede forskel i formel og uformel handlekraft/virke.
- Sygeplejerskerne er internt differentierede som følge af en rekonstruktion af den kønnede orden mellem den offentlige maskuline sfære og den private feminine sfære, som kommer til udtryk ved, at kommunale sygeplejerskers viden om patientens hjemlige hverdagsliv med multi-sygdom opfattes/håndteres som mindre relevant.

IOC knyttes implicit til feminin praksis, men de feminine logikker i sygeplejerskernes IOC-praksis er typisk uarticulerede og ubemærkede, og sygeplejerskerne devaluerer og nedtoner sprogligt betydning af deres IOC-praksis til trods for, at de selv beskriver dette arbejde som signifikant.

Kønnede strukturer i IOC har således en umiddelbar usynlig karakter, hvilket kan forstås som udtryk for, at "doing femininity" jævnfør Martin (2003) oftest er en ubevidst og ikke-refleksiv praksis. Dog kan det også forstås ud fra aktuelle post-feministiske tendenser (Gill et al., 2017), hvor ulighed knyttet til køn rutinemæssigt tilskrives fortiden, og kønnede strukturer underkendes som relevante faktorer, hvorved feminin devaluering tilsløres.

Opsummeret viser analysen således, at ”doing IOC” og ”doing femininity” i høj grad er to sider af samme sag: Feminine institutioner har en væsentlig indflydelse på sygeplejerskernes varetagelse af IOC, idet de strukturerer, hvilke IOC-aktiviteter de kan og vil engagere sig i. I forlængelse heraf argumenterer jeg for, at sygeplejerskernes engagement i IOC er udtryk for, at sygeplejerskerne tilpasser deres organisatoriske kompetencer efter de kontekstuelle forandringer (tiltagende differentiering og øget opgavekompleksitet), men at dette med udgangspunkt i den beskrevne rekonstruktion af feminine institutioner ikke kan ses som udtryk for professionel transformation. Derimod kan det forstås som transfer af en eksisterende kønnet organisatorisk kapacitet, som er motiveret af patienternes behov for koordinerede indsatser.

Ovenstående konklusioner synes umiddelbart at repræsentere en uoverensstemmelse mellem feminine og professionelle institutioner. Beskrivelserne af, hvordan sygeplejerskerne varetager IOC, kontrasterer med den i litteraturgennemgangen beskrevne professionaliseringsstrategi, som har fokuseret på at konsolidere sig som en profession med et afgrænset domæne knyttet til direkte patientpleje og omsorgsbegrebet. Følgelig er det relevant at undersøge, hvordan forhandlinger mellem feminine organisatoriske logikker i kønsarbejdsdelingen og professionelle logikker smitter af på den professionelle selvforståelse af IOC blandt kliniske sygeplejefagprofessionelle.

Et bagvedliggende rationale herfor er, at hvis ikke IOC opfattes som en legitim sygeplejefaglig opgave, må det forventes at begrænse endogen udvikling af professionens eksisterende IOC-kompetencer.

Ad 3)

Rammesætningen omkring nedenstående konklusioner er, at sygeplejerskerne og lederne typisk diskuterer IOC som en samlet opgave uden opdeling i legitime/illegitime delelementer. Dog anføres et væsentligt afgrænsningskriterium: IOC er ikke sygepleje, medmindre det inkluderer kendskab/relation til patienten, dvs. at en ren logistik opgavevaretagelse uden patientkontakt typisk ikke anses som acceptabel.

Sygeplejerskerne forstår undtagelsesvist IOC som værende uden for sygeplejens legitime opgavefelt, hvilket begrundes med, at opgavens administrative karakter ikke er kompatibel med forståelsen af, hvad sygepleje er. Varetagelse af IOC forbindes i denne optik med negative konsekvenser så som delegering af plejeopgaver til øvrigt plejepersonale, hvilket opfattes som værende uhensigtsmæssigt for professionens fremtidige udvikling.

Det dominerende billede blandt sygeplejerskerne er imidlertid en omfattende ambivalens vedrørende IOC, hvilket reflekteres i en række modsætningsfyldte forhold:

- På den ene side anerkendes IOC som en væsentlig del af det arbejde, sygeplejersker udfører og som en påkrævet og voluminøs opgave i nutidens

sundhedsvæsen. På den anden side placerer sygeplejerskerne sprogligt IOC uden for selve sygeplejjobbet.

- På den ene side er sygeplejerskerne ikke selv opmærksomme på IOC som en del af deres daglige arbejde, IOC har ikke status som en selvstændig sygeplejeopgave, og sygeplejerskerne har svært ved at forklare dette arbejde til udenforstående. På den anden side kritiserer sygeplejerskerne deres ledere og sundhedsvæsnets helt generelt for ikke at anerkende den IOC, de udfører.
- På den ene side erindrer sygeplejerskerne ikke, at de har lært noget om IOC under deres teoretiske grunduddannelse, og på den anden side vurderer de, at det netop er den tværvidevidenskabelige generalistviden opnået under uddannelsen, som gør sygeplejersker kompetente til at varetage IOC.
- Computer og (mobil)telefon betegnes som centrale arbejdsredskaber i IOC, men samtidig forklarer sygeplejerskerne, at disse har en negativ indflydelse på relationen til patienten og tiden til/hos patienten, hvorved arbejdets placering på kontoret eller bag PC-skærmen i sig selv repræsenterer en udfordring.
- IOC kan ifølge sygeplejerskernes udsagn ligeså vel varetages af andre medarbejdere i sundhedsvæsnets. Samtidig påpeger de, at IOC kræver en veludviklet evne til at tænke fremad, fornemmelse for hvornår det er relevant at inddrage andre professionelle, samt omfattende praktisk indsigt i a) patientens samlede situation, b) indhold, rækkefølge og omfang af behandlingstiltag inklusiv behov for udstyr, redskaber og transport og c) den operative logik i sundhedsvæsnets inklusiv arbejdsgange og opgavefordeling i andre organisationer. Dvs. færdigheder som sygeplejerskerne selv besidder, og som, de ikke vurderer kan genfindes i samme grad hos andre medarbejdergrupper. Endvidere beskriver lederne, at sygeplejersker er særligt ansvarstagende i relation til IOC.

Herudover er der sygeplejersker, som ud fra et funktionelt perspektiv opfatter IOC som en legitim del af sygeplejen; eftersom IOC er en væsentlig del af sygeplejerskers daglige arbejde, er det også en del af sygepleje. Veludført IOC knyttes i denne optik til normative evalueringer af "god sygepleje", og især lederne opfatter IOC som en integreret del af sygepleje. Om end enkelte ledere beskriver IOC som en integreret del af det at yde omsorg for patienterne, giver lederne samstemmende udtryk for, at IOC mangler eksplicit tilknytning til professionens centrale omsorgsteori.

Samlet viser analysen, at de kliniske professionelle anerkender IOC som værende en del af deres professionelle ekspertise, idet de vurderer, at IOC udgør en væsentlig del af arbejdet, at sygeplejersker videnskabsmæssig er godt rustet til opgaven, og at de har en høj grad af professionel ansvarlighed i relation til IOC. Dog er det en hårfin balance

at beskrive de kliniske professionelles opfattelse af rollefordelingen mellem medarbejdergrupper. På ene side understreger de, at de hverken kan eller ønsker at varetage IOC alene, hvorved der argumenteres imod et IOC-monopol. På den anden side fremhæves professionens omfattende IOC-performance og ansvarlighed.

Alt i alt er der således tale om en dynamisk professionel selvforståelse, som inkluderer en samtidig afvisning, omfattende ambivalens og inklusion af IOC i sygeplejens legitime opgavefelt. Resultaterne antyder endvidere, at et eksplicit link mellem IOC og omsorgsteorier kan fremme legitimiteten af IOC i sygeplejen, og i forlængelse heraf argumenterer jeg for introduktionen af ”organisatorisk patientomsorg” som et nyt relevant fagbegreb baseret på en integration af sygeplejeteori og teori om koordinering i offentlige systemer med henblik på at imødekomme patienternes behov for koordineret pleje og behandling.

12.1. SAMLET KONKLUSION

Sygeplejerskernes varetagelse af IOC sker i et adaptivt samspil mellem formel og uformel IOC. Som udgangspunkt er sygeplejerskerne loyale over for de formelle IOC-mekanismer, som prioriteres som et førstevalg. Når formel IOC er utilstrækkelig til håndtering af fragmentering, skifter sygeplejerskerne dog midlertidigt til uformel IOC motiveret af et stærkt professionelt engagement i at få indsatsen integreret i overensstemmelse med patientens interesser og en vedvarende stræben efter at have styr på tingene – især medicinen. Uformel IOC kan opdeles i supplerende og by-passende praksis. Telefonopkald er sygeplejerskernes foretrukne supplerende IOC-mekanisme knyttet til følgende formål: Passende adfærd, verificering af opgaveoverdragelse, håndtering af fejl, rede tråde ud, mægling, kollegial sparring og indsamling af manglende information. Bypassende IOC varetages via anvendelse af proforma-ydelser, afvigende administration af materialer, kontakt uden patient-samtykke og indforstået koordination.

Sygeplejerskernes varetagelse af IOC er således karakteriseret ved dels en omfattende formel loyalitet, dels uformel handlekraft/virke, som kan betegnes som både problematisk og nødvendig i et stærkt differentieret sundhedsvæsen med omfattende opgavekompleksitet.

Endvidere implicerer sygeplejerskernes varetagelse af IOC en rekonstruktion af traditionelle kønnede strukturer inklusiv hierarkiske elementer i kønsarbejdsdelingen. Sygeplejerskerne ”do femininity” i IOC som en fleksibel, kompenserende praksis centreret om andres behov: De forsøger at imødekomme patienternes behov for integrerede indsatser. De forsøger at imødekomme organisatoriske behov ved at arrangere en række praktiske forhold, når patienter bevæges rundt i systemet, og de spiller en aktiv rolle i orkestreringen af indsatser ved løbende at indflette relevante aktører, og de forsøger at håndtere usammenhængende opgaveløsning i systemet ved at gøre specifikke problemer til nogens anliggende. Endvidere forsøger de at

imødekomme andre professionelles behov ved at følge op på aktiviteter på tværs af organisatoriske grænser og ved at udføre supporterende IOC-opgaver.

IOC varetages i høj grad som en implicit praksis, som sygeplejerskerne holdes ansvarlige for uden formel anerkendelse heraf, og sygeplejersker "do hierachy" ved aktivt at engagere sig i adaptiv og uformel IOC, mens de holder sig tilbage fra aktiv involvering i standardiseret, formel IOC. Endvidere ses en intern differentiering som følge af, at viden om patientens hverdagsliv med multisygdom knyttet til den private feminine sfære betragtes som mindre relevant, hvilket placerer de kommunale sygeplejersker nederst i det interne professionelle hierarki.

Den professionelle selvforståelse af IOC blandt kliniske professionelle kan karakteriseres som et dynamisk uhomogent miks af afvisning, omfattende ambivalens og inklusion af IOC i sygeplejens legitime opgavefelt. Afvisning af IOC som en legitim opgave betinges især af opgavens administrative karakter, mens ambivalens knytter sig til en række forhold så som jobafgrænsning, intern/ekstern opmærksomhed, indhold i grunduddannelsen, rollefordeling blandt medarbejdergrupper, anvendte arbejdsredskaber i IOC og placeringen af dette arbejde på kontoret/bag skærmen. Inklusion af IOC knytter sig til en funktionel forståelse af sygepleje samt en fortolkning af IOC som en del af det at yde omsorg for patienterne.

Samlet set indebærer den professionelle selvforståelse dels en afstandstagen til et IOC-monopol, dels en understregning af professionens IOC-ekspertise og dels en manglende eksplicit kobling mellem IOC og det centrale omsorgsbegreb.

12.2. AFHANDLINGENS BIDRAG

12.2.1. BIDRAG VEDRØRENDE OPERATIV KOORDINERING I SUNDHEDSVÆSNET

Forskningslitteraturen vedrørende IOC i offentlige organisationer er i sig selv fragmenteret, eftersom viden er spredt ud over diverse delvist synonyme teoretiske begreber relateret til forskellige organisatoriske niveauer. Her bidrager litteraturgennemgangen ved at samle og især strukturere indsigt fra den inter-organisatoriske forskningslitteratur.

Organisatoriske forskere har længe påpeget, at formelle koordineringsmekanismer er utilstrækkelige til at håndtere komplekse arbejdsopgaver (Mintzberg, 1979). Formelle IOC-mekanismer må suppleres med uformelle mekanismer i offentlige netværk (Keast et al., 2006), og i forlængelse heraf beskrives uformelle IOC-mekanismer som hyppige og effektive, om end de begrænses af bureaukratiske stukturer og tidsbegrænsninger (Øvrebye et al., 2010; Romzek et al., 2013). Alexander (1995) associerer uformel IOC med konkrete aktiviteter som uformelle møder, telefonopkald og delte e-mails, men samlet set viser litteraturgennemgangen en meget begrænset teoretisering af uformel IOC. Det samme gælder for samspillet mellem formel og uformel IOC, som typisk adresseres hver for sig i litteraturen uden særlig

opmærksomhed på deres indbyrdes forhold. En væsentlig undtagelse er dog (Denis et al. (1999), som giver emergerende uformel praksis forrang over formelle interaktioner i operativ IOC og desuden påpeger, at integrative initiativer må tilpasses eksisterende uformel praksis for at lykkes.

I forlængelse heraf bidrager konklusioner relateret til det første fokuserede forskningsspørgsmål til den eksisterende viden om operativ koordinering i sundhedsvæsenet ved 1) at identificere specifikke uformelle IOC-praksisformer og opdele dem i supplerende og bypassende aktiviteter, 2) at demonstrere hvordan disse uformelle IOC-aktiviteter fungerer som support for formel IOC i et adaptivt samspil formet af forudsigelige og uforudsigelige behov for IOC i en kompleks kontekst, og 3) at koble det adaptive samspil mellem formel og uformel IOC til en samstemmende organisatorisk og professionel ambition om integration.

Samlet set bekræfter og uddyber disse empiriske fund Alexanders uformelle IOC-aktiviteter med undtagelse af uformelle møder. Fundet af en omfattende loyalitet overfor formelle IOC-mekanismer viser, at uformel IOC ikke altid har forrang over formel IOC, som antaget af Denis et al. (1999). Imidlertid understøtter det identificerede adaptive samspil mellem formel og uformel IOC pointen om, at integrative initiativer med fordel kan tage højde for eksisterende uformelle IOC-aktiviteter, eftersom sygeplejerskernes uformelle IOC-praksis inklusiv bypassende aktiviteter har et fælles integrativt formål.

12.2.2. BIDRAG VEDRØRENDE KVINEDOMINEREDE PROFESSIONER OG ORGANISATORISKE KOMPETENCER

Nyere organisatoriske studier af professioner har argumenteret imod den langvarige teoretiske adskillelse af organisation og profession og har i stedet argumenteret for en tæt forbindelse mellem professionel praksis og organisatoriske mål baseret på gensidig afhængighed og en forhandlet orden mellem professionelle og organisatoriske projekter (Denis et al., 2016; Muzio & Kirkpatrick, 2011). I forlængelse heraf påpeges det, at professioner har vist sig at være mere dynamiske end tidligere antaget, og at erkendelse af nye kontekstuelle krav vil føre til udvikling af organisatoriske kompetencer blandt professionelle (Noordegraaf, 2011; Noordegraaf, 2015). Denne nye teoretiske forståelse af relationen mellem professioner og organisatoriske opgaver tager imidlertid ikke højde for køns-perspektiver, og den indflydelse kønnede strukturer har på professionelt arbejde i organisationer (Davies, 1996a; P. Y. Martin, 2003; Witz, 1990). Desuden bevirker det afgrænsede fokus på udvikling af nye kompetencer, at disse teorier ikke bibringer forståelse af eksisterende organisatoriske kompetencer. Med andre ord tager teoretiske begreber som ”organized professionalism” ikke højde for, at nogle kvindedominerede professioner så som sygeplejersker altid har varetaget organisatoriske opgaver (Allen, 2018a; Postma et al., 2015).

Konklusioner relateret til det andet, fokuserede forskningsspørgsmål bidrager således med empirisk indsigt i, hvordan sygeplejersker ”do femininity” i relation til en

organisatorisk opgave som IOC. Herudover bidrager jeg via kombinationen af teoretiske perspektiver med metodisk indsigt i, hvordan kønnede strukturer i organisatoriske opgaver kan analyseres. Dette er således en imødekommelse af Martins (2003) opfordring til at sociologiske forskere, som ønsker at forstå det dynamiske samspil mellem kønnede strukturer (gendered practices) og den konkrete konstruktion af køn (practicing gender), må finde måder, hvorved det bliver muligt at *"see, name, and understand such micro-interactional practicing dynamics"* (Martin, 2003 s. 354).

Samlet bidrager konklusionerne til "Organizational studies of professions" ved 1) at verificere, at feminine institutioner influerer på kvindedominerede professioners varetagelse af organisatoriske opgaver, og 2) at påpege at disse professioners organisatoriske kapacitet ikke er afgrænset til den specifikke organisatoriske forankring, men derimod kan strække sig ud over organisatoriske grænser.

Den nye indsigt i samspillet mellem kvindedominerede professioner og organisatorisk kapacitet bevirker, at sygeplejefprofessionens organisatoriske kapacitet ikke alene kan forstås som baseret på en forhandlet orden mellem professionelle og organisatoriske institutioner; den involverer også feminine institutioner.

På baggrund af fundene fra analysen afvises professionel transformation som en anvendelig forklaring på sygeplejerskernes involvering i IOC. Snarere implicerer fundene, at rekonstruktion af feminin organisatorisk praksis kan resultere i, at eksisterende organisatorisk kapacitet overføres til nye organisatoriske opgaver som respons på kontekstuelle forandringer, der påvirker patienternes behov. Dette bidrag vurderes ikke blot relevant for sygeplejersker, men også for andre kvinde-dominerede "public service" professioner. En vigtig teoretisk pointe i relation til organisatoriske studier af professioner er således, at professionelles organisatoriske kompetencer ikke altid kan forstås som nye kompetencer.

12.2.3. BIDRAG VEDRØRENDE DEN PROFESSIONELLE SELVFORSTÅELSE AF ORGANISATORISK ARBEJDE

Davina Allen (2004, 2014, 2018) har gennem flere videnskabelige artikler beskrevet og teoretiseret sygeplejerskers engagement i "organizing work" herunder "articulation work" specifikt møntet på at skabe forbindelse mellem aktiviteter udført af forskellige aktører. Dette arbejde er imidlertid først og fremmest baseret på observationer af "articulation work" i en hospitals-kontekst og i mindre grad på tværs af sektorer. Endvidere har sygeplejerprofessionelle på det udførende niveau ikke selv fået en stemme vedrørende deres organisatoriske arbejde. Der mangler således viden om, hvad kliniske professionelle selv tænker om organisatoriske opgaver som IOC, hvorved konklusioner vedrørende det tredje, fokuserede forskningsspørgsmål bidrager med empiriske indsigt i den professionelle selvforståelse af organisatorisk arbejde, dvs. interne, kollektive fortolkninger af professionens rolle, værdier og handlinger.

Litteraturgennemgangen viser, at den teoretiske forståelse af sygeplejerskers organisatoriske arbejde kan forbindes med modstridende teoretiske perspektiver. På den ene side knytter Allen (2014) organisatorisk arbejde til David Hughes begreb om "dirty work". Organisatorisk arbejde er i denne optik placeret uden for sygeplejerskers dominerende selvforståelse centreret omkring direkte patientpleje og omsorgsrelationer. Resultatet heraf er ifølge Allen en omfattende professionel ambivalens vedrørende værdien af det organisatoriske arbejde, sygeplejersker udfører i praksis. "Dirty work"-perspektivet understøttes af en langvarig de-professionaliseringsdebat blandt sygeplejeteoretikere, som argumenterer mod inklusion af organisatoriske opgaver i sygeplejen (fx Rankin, 2009; Urban, 2014). På den anden side knytter Noordegraaf (2011, 2015) professionel organisatorisk kapacitet til begreberne "hybrid"- og "organized professionalism", som adskilles af graden, hvormed organisatorisk arbejde er en adopteret og naturlig del af den professionelle selvforståelse. Dette perspektiv bakkes op af et systematisk review af Johnson et al. (2012), som viser, at sygeplejerskers professionelle selvforståelse løbende er blevet re-konfigureret som følge af ændret opgavevaretagelse.

Sammenholdes disse perspektiver med den empiriske analyse synes begrebet "hybrid professionalism" at stemme mest overens med den dominerende ambivalente fortolkning af IOC blandt sygeplejerskerne. Imidlertid er der samtidig fund, som placerer IOC uden for og inden for sygeplejens legitime opgavefelt, og derfor kan hverken "dirty work" eller "organized professionalism" udelukkes som relevante teoretiske optikker. Følgelig er det ikke muligt at foretage en entydig teoretisk konklusion vedrørende den professionelle selvforståelse af organisatorisk arbejde blandt kliniske sygeplejef professionelle.

12.2.4. AFHANDLINGENS SAMLEDE BIDRAG

I sin helhed bidrager afhandlingen ved at integrere tre teoretiske perspektiver, der ellers fremstår som relativt uafhængige i den øvrige videnskabelige litteratur: Teoretisk indsigt vedrørende IOC i offentlige netværk integreres med indsigt fra nyere organisatoriske studier af professioner vedrørende relationen mellem organisationer og professioner, og begge disse perspektiver forbindes med teoretisk indsigt fra "gender and organization"-litteraturen. Samlet betyder det, at afhandlingen knytter professionsperspektiver til kønnede organisatoriske strukturer i en interorganisatorisk sammenhæng.

I en interorganisatorisk optik implicerer afhandlingens konklusioner, at en feminin professionel kultur kan fremme integration af indsatser via omfattende loyalitet samt en diverse adaptiv understøttelse af formelle strukturer. Dette fund står imidlertid i kontrast til anden IOC-litteratur, der konkluderer, at professioner og professionelle kulturer først og fremmest udgør en barriere for integration i sundhedsvæsenet (fx Seemann & Gustafsson, 2016). Her synes inddragelsen af en professionel kønsoptik

således at være væsentlig for at opnå en mere nuanceret forståelse af professionelle gruppers varetagelse af IOC.

I de få identificerede publikationer vedrørende operative IOC-kompetencer blandt medarbejderne i sundhedsvæsnets behandles disse kompetencer som generiske, dvs. som kompetencer alle professioner skal have uden yderligere differentiering af ansvar og opgaver (fx Langins & Borgermans, 2015; Hujala, Taskinen & Rissanen, 2017). Denne forståelse stemmer imidlertid ikke overens med fundene i denne afhandling, som netop illustrerer, at der i de daglige arbejdsrutiner eksisterer en differentiering af IOC-ansvar og -opgaver mellem de sundhedsprofessionelle grupper. Det er imidlertid en tavs, uformel differentiering, som det umiddelbart kan være svært at håndtere via professionsteorier, der er baseret på en ide om afgrænsede professionelle jurisdiktioner/monopoler. Disse teorier har således svært ved at håndtere ikke-domænespecifikke opgaver som IOC, der simultant varetages af flere professionelle grupper, uden at en gruppe har det formelle ansvar. Her synes inddragelsen af en horisontal interorganisatorisk optik således at være væsentlig for at opnå en mere nuanceret forståelse af professionelle gruppers involvering i organisatoriske opgaver.

I "gender and organization"-litteraturen beskrives praktisering af kønnede strukturer som værende særdeles kontekstafhængige, hvilket bevirker, at disse strukturer ofte får diffus og abstrakt karakter. Her synes kobling mellem almene, feminine kønskoder og en konkret professions praktisering af en konkret organisatorisk opgave som IOC at være væsentlig for, at kunne indfange kønnede strukturer i organisatoriske opgaver "in action". Med andre ord er koblingen til en konkret aktør og praksis nødvendig, for at kunne konkretisere kønnede organisatoriske strukturer i tid og sted.

Alt i alt betyder det, at de tre teoretiske optikker hver for sig bidrager med indsigt i relation til forskningsspørgsmålene, men samlet set er det især integrationen af disse perspektiver, der højner forståelseskraften. Afhandlingens eklektiske strategi har således vist sig at være succesfuld, da der via analyserne af det empiriske materiale er fremtrådt en klar sammenhæng mellem de tre teoretiske perspektiver, som derfor kan betegnes som gensidigt supplerende og understøttende. Herved har afhandlingen skabt en micro-sociologiske indsigt i, hvordan en kvindedomineret profession varetager og fortolker en organisatorisk opgave som IOC i et differentieret offentligt sundhedsvæsen.

LITTERATURLISTE

Ackroyd, S. (2016). Sociological and organisational theories of professions and professionalism. In M. Dent, I. L. Bourgeault, J. Denis & E. Kuhlmann (Eds.), *The routledge companion to the professions and professionalism* (1st ed., pp. 15-30). Oxon, UK: Routledge.

Agranoff, R. (2006). Inside collaborative networks: Ten lessons for public managers. *Public Administration Review*, 66(Dec), 56-65.

Alexander, E. R. (1995). How organizations act together - interorganizational coordination in theory and practice. Luxembourg: Gordon and Breach Science Publishers.

Allen, D. (2014). Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: From individual to organisational relationships. *Social Science & Medicine*, 119, 131-138.

Allen, D. (2018). Translational mobilisation theory: A new paradigm for understanding the organisational elements of nursing work. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 36-42.

Allen, D., Gillen, E., & Rixson, L. (2009). Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: What works, for whom, in which circumstances. *Int J Evid Based Healthc*, (7), 61-74.

Almirall, J., & Fortin, M. (2013). The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. *Journal of Comorbidity*, (3), 4-9.

Alter, C., & Hage, J. (1993). *Organizations working together*. UK: SAGE Publications.

Alvesson, M. (2009). At-home ethnography: Struggling with closeness and closure. In S. Ybema, D. Yanow, H. Wels & F. Kamsteeg (Eds.), *Organizational ethnography* (pp. 156-174). UK; London: Sage Publications.

Amelung, V., & Wolf, S. (2011). Gesundheitssystem im umbruch. *Der Urologe*, 50(12), 1566-1572.

Anderson, G. (2011). The challenge of financing care for individuals with multimorbidities Paris: OECD Publishing.

Anteby, M., Chan, C. K., & Dibenigno, J. (2016). Three lenses on occupations and professions in organizations. *The Academy of Management Annals*, 10(1), 183-244.

- Antoft, R., Jacobsen, M. H., Jørgensen, A., & Kristiansen, S. (2007). Kvalitativ sociologi: Renæssance, særegenhed, mangfoldighed. In R. Antoft, M. H. Jacobsen, A. Jørgensen & S. Kristiansen (Eds.), *Håndværk og horisonter* (pp.7-28). DK; Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Antoft, R., & Salomonsen, H. H. (2007). Det kvalitative casestudium - introduktion til en forskningsstrategi. In R. Antoft, M. H. Jacobsen, A. Jørgensen & S. Kristiansen (Eds.), *Håndværk og horisonter* (pp. 29-54). DK, Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Arreciado Marañón, A., & Isla Pera, M. P. (2015). Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 35(7), 859-863.
- Auschra, C. (2018). Barriers to the integration of care in inter-organizational settings: A literature review. *International Journal of Integrated Care*, (1), 5.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2013). Samverkan som samhällsfenomen - några centrala frågeställningar. In R. Axelsson, & S. Bihari Axelsson (Eds.), *Om samverkan - för utveckling av hälsa och välfärd* (1st ed., pp. 17-38). Sweden: Studentlitteratur.
- Axelsson, R., Axelsson, S. B., Gustafsson, J., & Seemann, J. (2017). Great expectations - introduction of flow managers in a university hospital. *The International Journal of Health Planning and Management*, 32(1), e72-e82.
- Barbour, R. (2008). *Doing focus groups*. UK: SAGE Publications.
- Barnett, K. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *Lancet*, 380(9836), 37-43.
- Bayliss, E., Edwards, E., Steiner, J., & Main, D. (2008). Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Family Practice*, 25(4), 287-293.
- Beedholm, K., & Frederiksen, K. (2015). The process of Danish nurses' professionalization and patterns of thought in the 20th century. *Nursing Inquiry*, 22(2), 178-187.
- Belzile, J. A., & Öberg, G. (2012). Where to begin? Grappeling with how to use participant interaction in focus group design. *Qualitative Research*, 12(4), 459-472.

Berry LL, Rock, B., Smith Houskamp, B., Brueggeman, J., & Tucker, L. (2013). Care coordination for patients with complex health profiles in inpatient and outpatient settings. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(2), 184-194.

Blaikie, N. (2007). *Approaches to social enquiry* (2nd ed.). UK: Polity Press.

Bleich, M. (2011). Providing nursing care in a complex health care environment. In A. W. Davidson, M. A. Ray & M. C. Turkel (Eds.), *Nursing caring and complexity science* (1st ed., pp. 253-262) Springer Publishing Company.

Blomgren, M., & Waks, C. (2015). Coping with contradictions: Hybrid professionals managing institutional complexity. *Journal of Professions and Organization*, 2(1), 78-102.

Boeckxstaens, P., & De Graaf, P. (2011). Primary care and care for older persons: Position paper of the European forum for primary care. *Quality in Primary Care*, 19(6), 369-89.

Bolton, S., & Muzio, D. (2008). The paradoxical processes of feminization in the professions: The case of established, aspiring and semi-professions. *Work, Employment & Society*, 22(2), 281-299.

Bouckaert, G., Peters, B. G., & Verhoest, K. (2010). The coordination of public sector organizations. Shifting patterns of public management. UK: Palmgrave Macmillan.

Boult, C., Reider, L., Leff, B., Frick, K. D., Boyd, C. M., Wolff, J. L., Marsteller, J. A., Frick, K. D., Wegener, S., Reider, L., Frey, K. F., Mroz, T. M., Karm, L., Scharfstein, D. O. (2011). The effect of guided care teams on the use of health services: Results from a cluster-randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 171(5),

Brinkmann, S. (2015). Forståelse og fortolkning. In M. Hviid Jacobsen, K. Lippert-Rasmussen & P. Nedergaard (Eds.), *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning* (pp. 69-98). DK: Hans Reitzels Forlag.

Briskin, L. (2012). Resistance, mobilization and militancy: Nurses on strike. *Nursing Inquiry*, 19, 285-296.

Brodkin, E. Z. (2011). Putting street-level organizations first. *Journal of Public Administration, Research and Theory JPART*, (21), 199-201.

- Brodkin, E. Z. (2013). Street-level organizations and the welfare state. In E. Z. Brodkin, & G. Marston (Eds.), *Work and the welfare state* (pp. 17-34). DK: DJØF Publishing.
- Brown, L. D. (1983). *Managing conflict at organizational interfaces*. USA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Bureau, V., & Bro, F. (2015). The making of local hospital discharge arrangements: Specifying the role of professional groups. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-15.
- Burgers JS, Voerman, G., Grol, R., Faber, M., & Schneider, E. (2010). Quality and coordination of care for patients with multiple conditions: Results from an international survey of patient experience. *Evaluation the Health Professions*, 33(3), 343-364.
- Calás, M. B., Smircich, L., & Holvino, E. (2014). Theorizing gender-and-organization. In S. Kumra, R. Simpson & R. J. Burke (Eds.), *The oxford handbook of gender in organizations* (pp. 17-52). UK: Oxford University Press.
- Carvalho, T. (2014). Changing connections between professionalism and managerialism: A case study of nursing in Portugal. *Journal of Professions and Organization*, 1(1), 176-190.
- Christensen, E. H., & Rosenkvist, I. (1996). *Statusdokument - sygeplejerskens virksomhedsområde*. DK: Dansk Sygeplejeråd.
- Christensen, J. K. B. (2017). Network dynamics in an interorganizational telemedicine network : A longitudinal qualitative case study of the large-scale TeleCare north program DK: Aalborg Universitetsforlag
- Christoffersen, C. (2016,). Ny sygeplejerskeuddannelse. *DSR Politik Og Nyheder* Retrieved from <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/ny-sygeplejerskeuddannelse>
- Coffey, A. J., & Atkinson, P. A. (1996). Making sense of qualitative data: Complementary research strategies. UK: SAGE.
- Colucci, E. (2007). "Focus groups can be fun": The use of activity-oriented questions in focus group discussions. *Qualitatively Health Research*, 17(10), 1422-1433.
- Cucciniello, M., Guerrazzi, C., Nasi, G., & Ongaro, E. (2015). Coordination mechanisms for implementing complex innovations in the health care sector. *Public Management Review*, 17(7), 1-21.

- Curry, N., & Ham, C. (2010). Clinical and service integration - the route to improved outcomes. UK: The King's Fund.
- Dahl, H. M. (2015a). En køn stat? In B. Greve (Ed.), *Grundbog i socialvidenskab* (2nd ed., pp. 475-490). DK: Nyt fra samfundsvidenskaberne.
- Dahl, H. M. (2015b). Regulering og velfærdsprofessionelle identitet(er). In B. Greve (Ed.), *Grundbog i socialvidenskab* (2nd ed., pp. 109-126). DK: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Dalsgaard, L. (2013). Fagprofessionelle i nyere forvaltningslitteratur. *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, 90(1), 40-57.
- Danmarks Statistik. (2010). *Befolkningsfremskrivning 2010-2050*. (No. 219).
- Danmarks statistik. (2016). Lønmodtagerorganisationernes medlemstal. Retrieved from <https://www.statistikbanken.dk>
- Dansk selskab for kvalitet i sundhedssektoren. (2003). *Sundhedsvæsnets kvalitetsbegreber og -definitioner*. DK: DSKS.
- Danske Regioner. (2014). *Pakkeforløb i psykiatrien*. DK: Danske Regioner
- Datatilsynet. (2000). Persondataloven. Retrieved from https://www.datatilsynet.dk/fileadmin/user_upload/dokumenter/Persondatalovspjece/Persondatalovspjece.htm#Kap3
- Davies, C. (1996). The sociology of professions and the profession of gender. *Sociology*, 30(4), 661-678.
- Davies, C. (1995). Gender and the professional predicament in nursing. UK: Open University Press.
- de Bruin, S., Versnel, N., Lemmens, L., Molema, C., Schellevis, F., Nijpels, G., & Baan, C. (2012). Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: A systematic literature review. *Health Policy*, 107(2-3), 108-145.
- de Jonge, P., Huyse, F., & Stiefel FC. (2006). Case and care complexity in the medically ill. *The Medical Clinics of North America*, 90(4), 679-692.
- Den Samfundsvidenskabelige Ph.d.-skole. (2015). Vejledende retningslinjer til afhandlingens udformning. Retrieved from http://www.fak.samf.aau.dk/digitalAssets/145/145703_vejledende-retningslinjer-til-afhandlingens-udformning-november-2015.pdf

Denis, J., Lamothe, L., Langley, A., & Valette, A. (1999). The struggle to redefine boundaries in health care systems. In D. Brock, M. Powell & C. R. Hinings (Eds.), *Restructuring the professional organization* (pp. 105-130). UK: Routledge.

Denis, J., van Gestel, N., & Lepage, A. (2016). Professional agency, leadership and organizational change. In M. Dent, I. L. Bourgeault, J. Denis & E. Kuhlmann (Eds.), *The Routledge companion to the professions and professionalism* (pp. 215-228). UK: Routledge.

Dent, M., Bourgeault, I. L., Denis, J., & Kuhlmann, E. (2016). General introduction: The changing world of professions and professionalism. In M. Dent, I. L. Bourgeault, J. Denis & E. Kuhlmann (Eds.), *The Routledge companion to the professions and professionalism* (1st ed., pp. 1-10). Oxon, UK: Routledge.

Doessing, A., & Burau, V. D. (2015). Care coordination of multimorbidity: a scoping study. *Journal of Comorbidity*, (5), 15-28.

Doessing, A. Formal and informal inter-organizational coordination: How nurses adapt in complex pathways. *Int J Health Plann Mgmt*. 2018

Eriksen, T. R. (2004). Gendered professional identity and professional knowledge in female health education— put into perspective by a follow- up study (1987–2002). *NORA - Nordic Journal of Feminist and Gender Research*, 12(1), 20-30.

Erler, A., Bodenheimer, T., Baker, R., Goodwin, N., Spreeuwenberg, C., Vrijhoef, H. J., Noelte, E., Gerlach, F. (2011). Preparing primary care for the future - perspective from the netherlands, england and USA. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw*, 105(8), 571-580.

Evetts, J. (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*, 59(4), 406-422.

Eyal, G. (2013). For a sociology of expertise: The social origins of the autism epidemic. *American Journal of Sociology*, 118(4), 863-907.

Flyvbjerg, B. (2010). Fem misforståelser om casestudiet. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder* (1st ed., pp. 463-487). København: Hans Reitzels Forlag.

Flyvbjerg, B. (1991). Rationalitet og magt. bind 1: Det konkrete videnskab. DK: Akademisk Forlag.

Frølich, A. (2013). Organisering af sundhedsindsatser. In B. H. Dahl, A. Døssing & G. E. Ølsgaard (Eds.), *Livet med kronisk sygdom - et samfunds- og sundhedsfagligt perspektiv* (pp. 59-72). København: Gads Forlag.

Frølich, A., Olesen, F., & Kristensen, I. (2017). *Hvidbog om multisygdom. dokumentation af multisygdom i det danske samfund - fra silotænkning til sammenhæng*. Retrieved from http://multisygdom.dk/wp-content/uploads/2017/03/Hvidbog-til-net_2_rettet1.pdf

Fuesgen, I. (2011). Integrated geriatric care. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(8), 922-6.

Gerring, J. (2004). What is a case study and what is it good for? *American Political Science Review*, 98(2), 341-354.

Gilbert, A., Caughey, G., Vitry, A., Clark, A., Ryan, P., McDermott, R. A., Shakib, S., Luszcz, M. A., Esterman, A., Roughead, E. (2011). Ageing well: Improving the management of patients with multiple chronic health problems. *Australasian Journal on Ageing*, 30 Suppl 2, 32-7.

Gittell, J. H. (2011). New directions for relational coordination theory. *Oxford handbook of positive organizational scholarship* (pp. 400-411)

Gittell, J. H. (2012). *Effektivitet i sundhedsvæsenet* [High Performance Healthcare] (A. K. Munk, H. Torjusen Trans.). Denmark: Munksgaard.

Goodwin, N., Sonola, L., Thiel, V., & Kodner, D. (2013). *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions*. London: The Kings Fund.

Greenhalgh, T., & Peacock, R. (2005). Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: Audit of primary sources. *BMJ. British Medical Journal*, 331, 1064-1065.

Gustafsson, J. (2007). Ledarskap i interorganisatoriska nätverk för folkhälsa och välfärd. In R. Axelsson, & S. B. Axelsson (Eds.), *Folkhälsa i samverkan: Mellan professioner, organisationer och samhällssektorer* (1st ed., pp. 61-86). Sverige: Studentlitteratur.

Gustafsson, J., & Seemann, J. (1985). *Små institutioner i store systemer - tilpasning og påvirkning*. Aalborg: Forlaget ALFUFF.

Gutiérrez, M. G. R. d., & Morais, S. C. R. V. (2017). Systematization of nursing care and the formation of professional identity. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 70(2), 436-441.

Haggerty, J. (2012). Ordering the chaos for patients with multimorbidity. *BMJ. British Medical Journal*, 345, e5915.

Haggerty, J., Reid, R. J., & Freeman, G. K. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ. British Medical Journal*, (327), 1219-1221.

Halkier, B. (2010). Fokusgrupper. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (1st ed., pp. 121-136). Kbh: Hans Reitzels Forlag.

Halkier, B. (2011). Methodological practicalities in analytical generalization. *Qualitative Inquiry*, 17(9), 787-797.

Hansen, G. S., Hovik, S., & Hundere, G. C. (2014). Den nye vannforvaltningen. Nettverksstyring i skyggen af hierarki. *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 30(3), 155-180.

Hansen, H. G., Nielsen, S., B. Jensen, C., Fjeldgaard, H., Nørgaard, O., Nørby, J., & Lund, L. (2012). *Multisygdom - rapport fra det midlertidige udvalg vedrørende multisygdom*. DK: Region Midtjylland.

Hardy, C., & Clegg, S. (1997). Relativity without relativism: Reflexivity in post-paradigm organization studies. *British Journal of Management*, 8 (Special issue), 5-17.

He, H., & Brown, A. D. (2013). Organizational identity and organizational identification. *Group & Organization Management*, 38(1), 3-3-35.

Hearn, J., Biese, I., Choroszewicz, M., & Husu, L. (2016). Gender, diversity and intersectionality in professions and potential professions; analytical, historical and contemporary perspectives. In M. Dent, I. L. Bourgeault, J. Denis & E. Kuhlmann (Eds.), *The Routledge companion to the professions and professionalism* (pp. 57-70). UK: Routledge.

Hedegaard Larsen, B. (2006). *Anerkendelse og krænkelse*. Viborg, DK: Forlaget PUC.

Hedegaard Larsen, B. (2010). Sygeplejersken og lægen. Historiske forhold og nutidig virkelighed. *Gjallerhorn*, (12), 52-59.

Henderson, V., Dansk Sygeplejeråd, & International Council of Nurses (2012). *Sygeplejens grundlæggende principper* (7. udgave ed.) København, DK: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Henriksson, L., Weede, S., & Burau, V. (2006). Understanding professional projects in welfare service work: Revival of old professionalism? *Gender, Work and Organization*, 13(2), 174-192.

Hernes, T. (2014). *A process theory of organization*. UK: Oxford University Press.

Hoeve, Y. t., Jansen, G., & Roodbol, P. (2014). The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 295-295-309.

Holt, D. H., Waldorff, S. B., Tjørnhøj-Thomsen, T., & Rod, M. H. (2017). Ambiguous expectations for intersectoral action for health: A document analysis of the Danish case. *Critical Public Health*, 28(1), 35-47.

Hughes, D. (2002). Nursing and the division of labour: Sociological perspectives. In D. Allen, & D. Hughes (Eds.), *Nursing and the division of labour in healthcare* (). Hampshire, UK: PALGRAVE MACMILLAN.

Hughes, E. C. (1951). Studying the nurse's work. *The American Journal of Nursing*, 51(5), 294-295.

Hujala, A., Taskinen, H., & Rissanen, S. (2017). *How to support integration to promote care for people with multimorbidity in Europe?* (Policy Brief no. 26). Germany: ICARE4EU consortium.

Huxham, C., & Vangen, S. (2005). *Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage* London, UK: Routledge.

Implement. (2013). Tematisk evaluering - Forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme 2010-12. København, DK: Sundhedsstyrelsen.

Indenrigs og Sundhedsministeriet (2010) Sundhedsloven. LBK nr. 913 af 13/07/2010, Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=199871>

Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2002). *Hvordan organisationer fungerer: Indføring i organisation og ledelse*. DK: Hans Reitzel.

Johansson, S. (2013). Organisatorisk samverkan kring människor med sammansatta behov. In R. Axelsson, & S. Bihari Axelsson (Eds.), *Om samverkan - för utveckling af hälsa og välfärd* (pp. 291-308). Lund: Studentlitteratur.

Johnson, M., Cowin, L. S., Wilson, I., & Young, H. (2012). Professional identity and nursing: Contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review*, 59(4), 562-569.

Jones, D., & Rosenberg, M. (2011). Costs, concerns, and primary care coordination: Behavioral health survey findings. *Journal of Managed Care Medicine*, 14(4), 43-47.

Jørgensen, T. B. (1977). *Samspil og konflikt mellem organisationer*. DK: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

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

Justitsministeriet (2000) Persondataloven LOV nr 429 af 31/05/2000. Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=828>

Kathol, R., Butler, M., McAlpine, D., & Kane, R. (2010). Barriers to physical and mental condition integrated service delivery. *Psychosomatic Medicine*, 72(6), 511-518.

Keast, R., Brown, K., & Mandell, M. (2007). Getting the right mix: Unpacking integration meanings and strategies. *International Public Management Journal*, 10(1), 9-33.

Keast, R., Mandelle, M., & Brown, K. (2006). Mixing state, market and network governance modes: The role of government in "crowded policy domains". *International Journal of Organization Theory and Behavior*, 9(1), 27-50.

Kellogg, K. C. (2014). Brokerage professions and implementing reform in an age of experts. *American Sociological Review*, 79(5), 912-941.

Kickert, W., Klijn, E., & Koppenjan, J. (1997). *Managing complex networks: Strategies for the public sector*. London, UK: Sage Publications.

Kirkevold, M. (2010). *Sygeplejeteorier: Analyse og evaluering* (3. udgave ed.). København: Munksgaard Danmark.

Krogstrup, H. K., & Kristiansen, S. (2015). *Deltagende observation* (2nd ed.). DK: Hans Reitzels Forlag.

Kruckow, C. (2007). Udkast til forløbsprogram for kronisk sygdom og høring vedr. udkast til forløbsprogram for diabetes. DK: Dansk Sygeplejeråd (DSR).

- Kuhlmann, E. (2013). Sociology of professions: Towards international context-sensitive approaches. *South African Review of Sociology*, 44(2), 7-17.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interview - introduktion til et håndværk* (2nd ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Lægrid, P., Sarapuu, K., Rykkja, L. H., & Randdama-Liiv, T. (2015). New coordination challenges in the welfare state. *Public Management Review*, (17), 927-939.
- Langins, M., & Borgermans, L. (2015). *Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services*. Denmark: World Health Organization Regional office for Europe.
- Levy, J. S. (2008). Case studies: Types, designs, and logics of inference. *Conflict Management and Peace Science*, 25(1), 1-18.
- Lundin, M. (2007). Explaining cooperation: How resource interdependence, goal congruence and trust affect joint actions in policy implementation. *Journal of Public Administration, Research and Theory JPART*, (17), 651-672.
- Maeng, D., Martsolf, G., & Christianson, J. (2012). Care coordination for the chronically ill: Understanding the patient's perspective. *Health Serv Res*, 47(5), 1960-1979.
- Mandag Morgen, & Tryg Fonden. (2016). *Sundhedsvæsenet - ifølge danskerne*. DK: Rosendahl.
- Martin, H. M., & Borst, L. (2013). *Sammenhæng i tværsektorielle KOL-forløb*. København: KORA.
- Martin, P. Y. (2003). "Said and done" versus "saying and doing". *Gender & Society*, 17(3), 342-366.
- Mason, J. (2002). *Qualitative researching* (2nd ed.). UK: Sage Publications.
- McDonald, K., Sundaram, V., & Bravata, D. (2007). *Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies*. (Technical review No. 7: Care Coordination). Rockville, USA: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Messerschmidt, J. W. (2009). "Doing gender". *Gender & Society*, 23(1), 85-88.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations - A synthesis of the research*. USA: Prentice-Hall.

- Mollica, R., & Gillespie, J. (2003). *Care coordination for people with chronic conditions*. Portland: Johns Hopkins University.
- Morgan, D. L. (2010). Reconsidering the role of interaction in analyzing and reporting focus groups. *Qualitatively Health Research*, 20(5), 718-722.
- Muzio, D., Brock, D., & Suddaby, R. (2013). Professions and institutional change: Towards an institutionalist sociology of the professions. *Journal of Management Studies*, 50(5), 699-721.
- Muzio, D., & Kirkpatrick, I. (2011). Introduction: Professions and organizations - a conceptual framework. *Current Sociology*, 59(4), 389-405.
- Muzio, D., & Tomlinson, J. (2012). Editorial: Researching gender, inclusion and diversity in contemporary professions and professional organizations. *Gender, Work & Organization*, 19(5), 455-466.
- Nentwich, J. C., & Kelan, E. K. (2014). Towards a topology of 'doing gender': An analysis of empirical research and its challenges. *Gender, Work and Organization*, 21(2), 121-134.
- Newbould, J., Burt, J., Bower, P., Blakeman, T., Kennedy, A., Rogers, A., & Roland, M. (2012). Experiences of care planning in England: Interviews with patients with long term conditions. *BMC Family Practice*, 13(1), 71.
- Nicolini, D. (2009). Zooming in and zooming out: A package of method and theory to study work practices. In S. Ybema, D. Yanow, H. Wels & F. Kamsteeg (Eds.), *Organizational ethnography* (pp. 120-138). UK; London: Sage publications.
- Nilsson, G. (2012). Multisjuklighet är mer regel än undantag. *Läkartidningen*, 109(43-44), 1940-1941.
- Nilsson, K. (2016,). Kønnet styrer stadig unges uddannelsesvalg. *Politikken*
Retrieved from
http://politiken.dk/oekonomi/fokus_oekonomi/Koensopdelt_arbejdsmarked/ECE3211501/koennet-styrer-stadig-unges-studievalg/
- Noël, P. H., Frueh, B. C., Larme, A. C., & Pugh, J. A. (2005). Collaborative care needs and preferences of primary care patients with multimorbidity. *Health Expectations*, 8(1), 54-63.
- Noël, P. H., Parchman, M. L., Williams, J. W., Cornell, J. E., Shuko, L., Zeber, J. E., Kazis, L. E., Lee, A. F. S., Pugh, A. (2007). The challenges of multimorbidity from the patient perspective. *Journal of General Internal Medicine*, 22(3), 419-424.

Noordegraaf, M. (2011). Risky business: How professionals and professional fields (must) deal with organizational issues. *Organization Studies*, 32(10), 1349-1371.

Noordegraaf, M. (2015). Hybrid professionalism and beyond: (New) forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professions and Organization*, 1(2), 187-206.

Nygaard, L. P. (2015). Writing for scholars: A practical guide to making sense & being heard. UK: London : Sage publications ltd.

OECD. (2010). *Value for money in health spending* (Elektronisk udgave ed.) Paris : OECD Publishing.

Olsen, R. M., Hellzen, O., & Enmarker, I. (2013). Nurses' information exchange during older patient transfer: Prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *International Journal of Integrated Care*, 13, e005.

Paulus, D., Van den Heede, K: Gerkens, S, Desomer, A., & Mertens, R. (2013). Development of a national position paper for chronic care: Example of Belgium. *Health Policy*, 111(2),

Petersen, M. N. (2016). Når forløbskoordinatorer og deres samarbejdspartnere får en stemme: Perspektiver på forløbskoordinatorernes rolle og funktion på tværs af sundhedsvæsenet. DK: Aalborg Universitetsforlag

Plochg, T., Klazinga, N. S., & Starfield, B. (2009). Transforming medical professionalism to fit changing health needs. *BMC Medicine*, 7, 64.

Plochg, T., Klazinga, N. S., Schoenstein, M., & Starfield, B. (2011). Reconfiguring health professions in times of multimorbidity: Eight recommendations for change. In OECD (Ed.), *Health reform: Meeting the challenge of aging and multiple morbidities* (pp. 109-141) Paris: OECD Publishing.

Polkinghorne, D. E. (2007). Validity issues in narrative research. *Qualitative Inquiry*, 13(4), 471-486.

Postma, J., Oldenhof, L., & Putters, K. (2015). Organized professionalism in healthcare: Articulation work by neighborhood nurses. *Journal of Professions and Organization*, (2), 61-77.

Pratt, M. G., Rockmann, K. W., & Kaufmann, J. B. (2006). Constructing professional identity: The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Academy of Management Journal*, 49(2), 235-262.

Ramian, K. (2012). *Casestudiet i praksis* (2.th ed.). Danmark: Hans Reitzels Forlag.

Region Midtjylland. (2013). *Sundhedsplan 2013*.

Rigsrevisorerne. (2009). Beretning til statsrevisorerne om sammenhængende patientforløb. København: Rigsrevisionen

Rijken, M., Struckmann, V., van der Heide, I., Hujala, A., Barbabell, F., van Ginneken, E., & Schellevis, F. (2017). *How to improve care for people with multimorbidity in europe?* (Policy Brief No. 23). Germany: ICARE4EU.

Roland, M., & Paddison, C. (2013). Better management of patients with multimorbidity. *BMJ.British Medical Journal (Compact Ed.)*, 346, f2510-f2510.

Romzek, B., LeRoux, K., Johnston, J., Kempf, R. J., & Piatak, J. S. (2013). Informal accountability in multisector service delivery collaborations. *Journal of Public Administration, Research and Theory*, (24), 813-842.

Røstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O., & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13, 121. doi:10.1186/1472-6963-13-121

Ryan, A., Wallace, E., O'Hara, P., & Smith, S. M. (2015). Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: A systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(168)

Saks, M. (2016). Professions and power: A review of theories of professions and power. In M. Dent, I. L. Bourgeault, J. Denis & E. Kuhlmann (Eds.), *The Routledge companion to the professions and professionalism* (1st ed., pp. 71-86). UK: Routledge.

Sala, R., & Usai, M. (1997). Industrial action by nurses: The Italian situation. *Nursing Ethics*, 19(4), 330-338.

Salisbury, C. (2011). Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: A retrospective cohort study. *British Journal of General Practice*, 61(582), e12-21.

Sampalli, T., Fox, R., Dickson, R., & Fox, J. (2012). Proposed model of integrated care to improve health outcomes for individuals with multimorbidities. *Patient Preference and Adherence*, 2012(6), 757-764.

Schellevis, F. (2013). Epidemiology of multiple chronic conditions: An international perspective. *Journal of Comorbidity*, (3), 36-40.

Schoen C, Osborn, R., How, S., Doty, M., & Peugh, J. (2009). In chronic condition: Experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Affairs*, 28(1), w1-w16.

Scott, W. R. (2008). Lords of the dance: Professionals as institutional agents. *Organization Studies*, 29(2), 219-238.

Seemann, J. (1999). Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk. In E. Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir & K. Sahlin-Andersson (Eds.), *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsen i Danmark og Sverige* (pp. 87-115). København: Handelshøjskolens Forlag.

Seemann, J., & Antoft, R. (2002). *Shared care - samspil og konflikt mellem kommune, praksislæge og sygehus*. (Forskningsrapport No. 3). DK: FLOS, Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet.

Seemann, J., Gustafsson, J., Axelsson, R., Axelsson, S. B., & Antoft, R. (2015). *På vej mod en ny ledelsesorganisation - rapport fra et følgeforskningsprojekt på Aalborg universitetshospital*. DK: Aalborg Universitetsforlag.

Siemsen, I. M. D. (2011). *Patientovergange*. København: DTU Management.

Singer, S., Burgers, J., Friedberg, M., Rosenthal, M. B., Leape, L., & Schneider, E. (2011). Defining and measuring integrated patient care: Promoting the next frontier in health care delivery. *Medical Care Research and Review*, 68(1), 112-27.

Sjørup, K. (2015). Ligeløn og kønsarbejdsdelingen. In B. Greve (Ed.), *Grundbog i socialvidenskab* (2nd ed., pp. 393-414) Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Skeggs, B. (1997). Formation of class & gender. Becoming respectable. UK: Sage Publications.

Smith G, & Clarke, D. (2006). Assessing the effectiveness of integrated interventions: Terminology and approach. *The Medical Clinics of North America*, 90(4), 533-548.

Smith, S., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., & O'Dowd, T. (2012). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4

Sonne-Ragans, V. (2012). Erkendelsesinteresser. *Anvendt videnskabsteori - reflekteret teoribrug i videnskabelige opgaver* (1st ed., pp. 109-132). Frederiksberg, DK: Samfundslitteratur.

Sørensen, E., Sehested, K., & Reff, A. (2011). *Offentlig styring som pluricentrisk koordination*. København: Jurist- og Økonomforeningens Forlag.

Soubhi, H., Bayliss, E., Fortin, M., Hudon, C., van den Akker, M., Thivierge, R., Posel, N., Fleischer, D. (2010). Learning and caring in communities of practice: Using relationships and collective learning to improve primary care for patients with multimorbidity. *Annals of Family Medicine*, 8(2), 170-7.

Spears, R. (2011). Group identities: The social identity perspective. In S. J. Schwartz, K. Luyckx & V. L. Vignoles (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (Elektronisk udgave ed.). New York, USA: Springer Science & Business Media.

St. Pierre, E. A., & Jackson, A. Y. (2014). Qualitative data analysis after coding. *Qualitative Inquiry*, 20(6), 715-719.

Stacey, M. (1981). The division of labour revisited or overcoming the two Adams. In P. Abrams, R. Deem, J. Finch & P. Rock (Eds.), *Practice & progress: British sociology 1950-1980* (1st ed., pp. 173-204). London: George Allen & Unwin.

Stacey, M. (1984). Who are the health workers? Patients and other unpaid workers in health care. *Economic and Industrial Democracy*, 5, 157-184.

Stein, K. V., Barbazza, E. S., Tello, J., & Kluge, H. (2013). Toward people-centred health services delivery: A framework for action for the world health organisation (WHO) European region. *International Journal of Integrated Care*, 13, e058

Suddaby, R., & Viale, T. (2011). Professionals and field-level change: Institutional work and the professional project. *Current Sociology*, 59(4), 423-442.

Sundheds- og Ældreministeriet (2017) Autorisationsloven, LBK nr. 990 af 18/08/2017 Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2017/990>

Sundheds- og Ældreministeriet (2018) Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr. 191 af 28/02/2018 Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=199871>

Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner, & Kommunernes Landsforening. (2017). *Nationale mål for sundhedsvæsenet*. Retrieved from <http://www.regioner.dk/media/5538/nationale-maal-2017-juni-2017.pdf>

Sundhedsstyrelsen. (2012). Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2014a). *Danskerne sundhed. den national sundhedsprofil 2013*. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2014b). Sammenfatning af slutrapporteringer fra projekterne under puljen til den forstærkede indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012. København: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2014c). Status på forløbsprogrammer 2014.

Sundhedsstyrelsen. (2015a). Nationale kliniske retningslinjer. Retrieved from <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/kvalitet-og-retningslinjer/nationale-kliniske-retningslinjer>

Sundhedsstyrelsen. (2015b). Pakkeforløb på kræftområdet.

Sundhedsstyrelsen. (2015c). Sundhedsaftaler.

Thomas, G. (2011). A typology for the case study in social sciences following a review of definition, discourse, and structure. *Qualitative Inquiry*, 17(6), 511-521.

Thomas, G. (2016). *How to do your case study* (2nd ed.). UK: SAGE.

Thompson, J. D. (1967). *Organizations in action*. USA: Mc Graw-hill book company.

Traynor, M., & Buus, N. (2016). Professional identity in nursing: UK students' explanations for poor standards of care. *Social Science & Medicine*, 166, 186-194.

Uddannelses- og forskningsministeriet (2016) Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje, BEK nr. 804 af 17/06/2016.

Udvalget om evaluering af kommunalreformen. (2013). *Evaluering af kommunalreformen*. København: Økonomi- og Indenrigsministeriet.

Valentijn, P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13

- Vedel, I., Monette, M., Beland, F., Monette, J., & Bergman, H. (2011). Ten years of integrated care: Backwards and forwards. The case of the province of Quebec, Canada. *International Journal of Integrated Care*, 11(1)
- Vedsted, P. (2017). Social ulighed i multisygdom. In A. Frølich, F. Olesen & I. Kristensen (Eds.), *Hvidbog om multisygdom* (pp. 35-44). Retrieved from http://multisygdom.dk/wp-content/uploads/2017/03/Hvidbog-til-net_2_rettet1.pdf
- Vedung, E. (2006). *Konsten att utvärdera nätverk* (5th ed.). Helsingfors: Stakes.
- Wackerhausen, S. (2008). Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. *Refleksion i Praksis*, (1), 3-21.
- Wadmann, S., Strandberg-Larsen, M., & Vrangbæk, K. (2009). Coordination between primary and secondary healthcare in Denmark and Sweden. *International Journal of Integrated Care*, 9
- Walker, C. (2015). Multiple conditions: Exploring literature from the consumer perspective in Australia. *Health Expect*, 18(2), 166-176.
- West, C., & Zimmerman, D. (1987). Doing gender. *Gender and Society*, 1(2), 125-151.
- Williams, P. (2012). Collaboration in public policy and practice - perspectives on boundary spanners (1st ed.). Bristol, UK: The Policy Press.
- Witz, A. (1990). Patriarchy and professions: The gendered politics of occupational closure. *Sociology*, 24(4), 675-690.
- Witz, A., & Annandale, E. (2006). The challenge of nursing. In D. Kelleher, J. Gabe & G. Williams (Eds.), *Challenging medicine* (2.th ed., pp. 24-39). Great Britain: Routledge.
- World Health Organization (WHO). (2002). *Innovative care for chronic conditions*. Geneva: WHO.
- Wulff, C. N. (2012). The effect of hospital-based case management in cancer care pathways. DK: Aarhus Universitet.
- Wulff, C. N., Søndergaard, J., Olesen, F., & Vedsted, P. (2010). Forløbskoordinering for kronisk syge og kræftpatienter. *Ugeskrift for Læger*, 10(1721), 801-804.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research - design and methods* (5th ed.). USA: SAGE.

Økonomi- og Indenrigsministeriet. (2013). *Evaluering af kommunalreformen*.

Øvrebye, E., Smith, R. S. N., Karjalainen, V., & Stremlow, J. (2010). The coordination challenge. In Y. Kazepov (Ed.), *Rescaling social policies: Toward multilevel governance in Europe* (pp. 389-414). European Centre, Vienna: Ashgate.

Øvretveit, J. (2011). Does clinical coordination improve quality and save money? UK: The Health Foundation.

APPENDIX

Appendix A. European skill mix study, the Danish case	213
Appendix B. Tilrettelæggelse af fokusgrupper	231
Appendix C. Engagement activities.....	235

Appendix A. European skill mix study, the Danish case

PATIENT, PEERS AND PROFESSIONALS: SKILL-MIX INNOVATIONS AND DEVELOPMENTS IN PRIMARY AND CHRONIC CARE SETTINGS, edited volume by Mathias Wismar, Irene A Glinos and Anna Sagan

New tasks and new demands on nurses and GPs in Denmark: a decentralised patchwork approach to innovation

Viola Burau (University of Aarhus), Anne Doessing (Aalborg University), Ellen Kuhlmann (Goethe-University Frankfurt)

Final draft 21 August 2017

1. Introduction

In Denmark, the skill-mix reform initiatives are closely connected to the introduction of healthcare agreements in 2007, which involve regions, municipalities and general practice. Together with increasing specialisation and concerns for the costs of hospitalisation, this has triggered a gradual transfer of health services away from hospitals to the municipal health system and general practices. This in turn has highlighted several skills gaps: healthcare professionals in municipalities are typically generalists, but increasingly have to deal with highly specialist tasks; expectations towards general practice are high, but it often lacks resources to engage as switchboards. Overall reform priorities are centred on coordination and primary healthcare capacity (OECD 2016, Vabo and Burau forthcoming), but there are a wide range of initiatives which tend to be disease-specific or local. The focus of these innovations in human capital is the interface between services, especially hospital and municipal health services as well as general practice (Danske Regioner 2012). The multiplicity of initiatives makes it difficult to assess reform output, although increasing cross-sectoral coordination and number/specialisation of healthcare professionals in municipalities and general practice offer proxy indicators.

The innovations are shaped by different enablers and barriers connected to a number of specific changes in payment mechanisms and health professional education, as well as broader changes in the governance structure. General practitioners are now reimbursed for follow-up home visits after hospital discharge. The effects of changes in health professional education are more mixed. The training of most health professionals includes a module on interprofessional care, but the funding for more specific post-registration training has been severely curtailed. In practice, a much more influential enabler for skills-mix innovations has been informal delegation at the level of individual health provider organisations. The changes in broader governance

arrangements, also following on from the major reform in 2007, have had a mixed effect on the ability of key stakeholders to make changes. Municipalities are a committed but often weak player, which lacks both financial resources and relevant personnel. General practice emerges as a central but in practice distant player in the healthcare system, and for hospitals and municipalities collaboration with general practice is difficult.

In terms of the wider socio-economic context, the changes in responsibilities between regions and municipalities over the last decade have been a major springboard for innovations and developments in skill-mix. At the same time, financial resources are tight, while an increasingly older population makes more demands on healthcare services. The outlook for future reforms points to 'more of the same' and this type of bottom-up and incremental approach is deeply entrenched in the Danish healthcare system, which remains relatively decentralised compared to other healthcare systems (Vrangbæk 2015).

The analysis is based on a systematic search of relevant secondary and primary sources in relevant databases and on the homepages of a number of key organisations. This included: the Ministry of Health and Elderly, the Board of Health, the umbrella organisations of Danish Regions and Danish Municipalities, as well as the Danish Institute for Local and Regional Government Research (KORA) and the Danish National Centre for Social Research (SFI).

2. *A patchwork-style skill-mix reform strategy: subnational reform, transfer of services and skills gaps*

Denmark does not have an explicit skill-mix reform strategy. Instead a range of health policy reforms and subsequent local organisational adaptations make for an implicit, patchwork-style skill-mix reform strategy. This is typical of health governance based on 'decentralised public corporatism' (Vrangbæk 2015). This means that many policy initiatives are introduced via agreements, which are subject to extensive negotiations among central government, regions and municipalities, and other relevant parties such as the medical profession. These negotiations have become more formalised by virtue of being part of annual budget agreements, bi-annual agreements on working conditions and salaries for doctors, and a number of planning and ad hoc working groups and official committees.

An important framework for skills-mix innovations and developments in primary and chronic care settings is a major reform of regions and municipalities in 2007, where a system of nested healthcare agreements became an important framework for organisational change (Rudkjøbing et al. 2014). During implementation hospital services have become more centralised and specialised, as well as more effective. The

length of stay in hospitals has fallen especially for older patients (Jakobsen 2015c), and more services have been transferred to general practice and municipalities. This includes more complex nursing care following hospital discharge, and greater need for coordination as patients are more fragile after hospital discharge (Jakobsen 2016a). Together with increasing specialisation and concerns for the costs of hospitalisation, the reform has triggered a gradual transfer of health services away from hospitals to the municipal health system and general practices (Jakobsen 2016c). With the reform, the landscape of stakeholders has also changed. Municipalities have emerged as a more active player in primary and chronic care settings, but who often lacks resources compared to the regions and to hospitals. General practice has also become more into focus. For example, the national disease management programmes for chronic care ascribe general practice a key role as coordinators (Sundhedsstyrelsen 2012). This underlines general practice's formally central position as first point of contact for many patients and as gatekeeper to specialised (hospital) services. For an overview of the Danish healthcare system see figure 1 below.

[Figure 1: The Danish healthcare system]

The reform also had implications for professional skills and the move away from hospitals has highlighted several skills gaps. General practice and municipalities have traditionally been dominated by respectively general practitioners and staff with social care/administrative qualifications. Now, there is a need for more staff with healthcare qualifications such as practice nurses, laboratory technicians and experienced general nurses to match the extended and more specialised responsibilities for delivering healthcare services outside hospitals.

Increasingly professionals like community nurses have to deal with highly specialist tasks such as dialysis, intravenous treatment and complex palliative care. In a recent survey, 9 out of 10 community nurses stated that they had to care for more complex patients compared to two years ago. Also, 80 per cent of community nurses felt they needed new skills especially related to mental health, palliative care, dementia and wound care; and according to 40 per cent of the nurses one or more hospital admissions within the last month could have been prevented if they had had sufficient competences (Sørensen, 2016). Similarly, a system of prioritising residential capacity for the frailest among the elderly population means that residents /older people in care homes have become more fragile and require more complex care tasks (Jakobsen 2016e). The higher skills demands are particularly challenging for the rising number of nurses with limited professional experience working in patients' homes and care homes in the municipalities. Professional training of nurses and care assistants also does not necessarily prepare new qualified staff for working in or with municipal health services (Kudahl 2014c). Thus, there is a need for further changes in basic and specialised training to better equip nurses and care assistants, but also physiotherapists and occupational therapists to work in primary and chronic care settings outside hospitals.

The increase of specialist tasks in the municipal healthcare system has also highlighted the need for expertise in general practice (OECD 2016). This is especially related to the care of elderly patients, persons with substance abuse and people suffering from mental illness (Wolf et al. 2016). Besides establishing closer ties with general practice, employing general practitioners in municipalities may be an option. In 2016 agreement was reached to allow nursing homes to have specific, named general practitioners for their residents and so far, one in four municipalities have implemented the agreement (Sundheds- og Ældreministeriet 2017). There are also greater expectations towards general practice as the lead for coordinating health services for their patients across the healthcare system. Yet general practice often does not move beyond its traditional role as gatekeeper to specialist (hospital) services.

Also because of the decentralised nature of the healthcare system, there are multiple reform priorities concerning coordination and primary healthcare capacity (Vabo and Burau forthcoming). This is reflected in a wide range of initiatives. For example, in the period between 2010 and 2014 the national programme for project-based funding of health services included 106 municipal and 128 regional projects related to chronic care. However, none of these initiatives had a major impact on the Danish healthcare system (Sundhedsstyrelsen 2014). Many initiatives are clinically specific or local (for an overview see Danske Regioner 2012). Besides the national clinical pathways, many initiatives originate from municipalities and a much smaller number from general practice; only few initiatives have a genuine cross-sectoral ownership.

3. Skill mix innovations: between changing service interfaces and changing professional roles

Initiatives to innovate in the Danish context have in common that they focus on the interface between services, especially hospital and municipal health services as well as general practice. By contrast, issues of health workforce are more implicit and in particular the new roles of nurses in municipalities and general practice emerge by default rather than design. This is exacerbated by the fact, that initiatives are highly fragmented: they are often local and have a specific clinical focus. For example, municipalities have introduced specific services for patients with chronic diseases (Kudahl 2011). These initiatives are often related to particular chronic diseases such as diabetes, heart disease and mental illness or specific problems such as smoking cessation or living with chronic pain.

Many municipalities have established different forms of acute care services to address the demand for more specialised skills especially among nurses and care assistants (Jakobsen 2016c, Kudahl 2014a). This can take the form of acute care teams or intermediate care beds, both of which may have a specific clinical focus such as rehabilitation or older people (Burau et al. 2016, Wiuff and Rasmussen 2011). Acute

care teams go to the patient's home for example in case of the exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease and try to manage the situation at home instead of admitting the patient to an acute hospital ward. Likewise, an intermediate care bed can be used as an alternative to hospital admission in the case of an older patient with urinary tract infection who might be in need of intravenous antibiotics and fluid as well as comprehensive care. This requires skilled nurses and care assistants who have experience with the respective patient group (Kudahl 2014b) and/or with care coordination (Wiuff and Rasmussen 2011). In 2016, 53% of municipalities had acute care teams to help older people in their homes, especially with a view to preventing hospital admissions (Jakobsen 2016c). The teams typically include different health professionals such as nurses and care assistants who have some years' experience of working in community settings. This experience makes it possible to assess the older person's needs at short notice and can decide if hospital admission is required. In some municipalities, this includes a close collaboration with general practice, especially where the teams are on call 24 hours, 7 days a week. There can also be overlaps with (social) care professionals offering ordinary municipal elderly care (Wiuff and Rasmussen 2006: 112).

Municipalities and hospitals have also introduced care coordinators, many of whom are nurses. Their roles vary significantly and include different combinations of guidance, monitoring, provision of information and patient education as well as support of self-care. In the case of elderly patients, coordinators for example prepare and follow-up on hospital discharge where care arrangements are complex (Buch, Jakobsen et al. 2016). Here, staff directly engage with services and professionals in hospitals, general practice and municipalities. This is very different in the town of Nyborg in Southern Denmark Region, where a study concludes that the primary focus of care coordinators for patients with chronic heart conditions is to support self-care rather than to secure better coordinated services as such (Hansen and Jørgensen 2011). As part of regular meetings with patients, the care coordinators adopted a flexible role and for example taught patients about their heart condition or offered coaching to tackle day-to-day challenges. The focus on self-care also reflects the fact that many problems of intersectoral coordination are strongly structural in nature; for example, the care coordinators did not have any formal decision making power and therefore lacked access to the relevant IT systems and professionals (similarly, Buch 2012). A study of an initiative to strengthen rehabilitation of patients with heart problems confirms this (Rasmussen et al. 2011). The partnership includes Southern Denmark Region, two municipalities, the university hospital, general practice and a patient organisation. The care coordinators act more as facilitators as they have no formal mandate to take the lead on defining what the collaboration should include and how it should be approached. Instead care coordination takes the form of a dialogue and interplay among the different health professionals involved. Nevertheless, general practitioners remain the weak link; the formal contract about their responsibility to conduct a patient check-up was not sufficient to engage them in the ongoing collaboration effort (Rasmussen et al. 2012). The clinical specificity of individual care

coordinator initiatives also creates a new coordination challenges, namely across different programmes (Implement/Sundhedsstyrelsen 2011) as an increasing number of patients suffer from multi-morbidity.

There are much fewer initiatives that are based in general practice. Examples include general practices reorganising themselves to better accommodate the needs to patients with chronic illness (Buch, Hauge-Helgestad et al. 2010). This includes identifying relevant patients, defining specific care pathways, following-up on patients who do not show up for control visits and using referrals to specialist doctors as part of treatment. These organisational changes have involved increasing the numbers of practice nurses and as a result the division of labour in general practice has become more differentiated. General practitioners are moving from a role of being a jack of all trades towards focusing on patients with highly complex needs. Nurses have extended their role from assisting general practitioners to treating especially less complex patients. Buch and Kjellberg (2011, similarly Vinge 2010) suggest that the capacity for employing new types of practice staff such as chronic care practice nurses and laboratory technicians, and making changes to the division of labour is greatest in larger practices. In some practices, the changes outlined above have also involved a move to new, larger premises (Buch, Hauge-Helgestad et al. 2010).

There are only few initiatives that have more genuinely intersectoral ownership, e.g. home visits following hospital discharge. The initial visit one week after discharge involves both the general practitioner and the municipal home care nurse, whereas the involvement of the latter is optional for the two subsequent visits in weeks 3 and 8 after discharge. However, an evaluation including ten municipalities indicates that engaging general practitioners turns out to be difficult and often delays the initial visit (Hjelmar 2010, Oxholm and Kjellberg 2012). The specific barriers mentioned were: that general practitioners do not wish to participate, that they do not find the visit meaningful or that they do not have time. Another, more local example of an initiative with intersectoral ownership is the integrated care model in the city of Odense, which in addition to the municipality involves Southern Denmark Region and the regional association of general practitioners. The model employs a range of mechanisms, including intersectoral care plans and teams to discuss particularly complex patients, and targets elderly patients and people suffering from stress, anxiety and depression (Buch, Petersen et al. 2016). The evaluation shows, that the model works best in relation to the second group, which is clinically more clearly defined. Treating people with stress, anxiety and depression also involves a smaller group of professionals, whose responsibilities complement each other.

Finally, both hospitals and municipalities have a wide range of offers for patients and informal carers to strengthen their self-care skills. Some are linked to specific diagnoses e.g. ulcerative colitis, cardiac disorder or haematological cancer, while others focus on specific topics e.g., maintaining a healthy lifestyle or living an active

life with a chronic disease. Offers vary from a single meeting to longer, group-based courses (Sundhed.dk 2017).

4. *Reform output: coordination and primary care workforce*

The multiplicity of skills-mix strategies makes it difficult to assess reform output. Possible proxy indicators of more general reform output are: improved coordination based on the regional healthcare agreements and an increase in health professionals working in municipalities and general practice, both in terms of numbers and level of specialisation.

One of the key aims of the reform in 2007 was to improve coordination through the introduction of healthcare agreements (see Section 6). The study by Rudkjøbing et al. (2014, similarly Vabo and Burau forthcoming, Vrangbæk 2011, Wadman et al. 2011) suggests that this has indeed been the case, especially compared to the previous health plans. The results indicate that the power relations between the regions and the municipalities have become more equal and that general practitioners are more familiar with the agreements. General practitioners also feel the agreements have greater relevance for their work; they offer a framework for defining local collaborations. Possible facilitators are the specific contents of the healthcare agreements, the regular follow-up and systematic mechanisms for organising feedback between the collaborative partners. This overall positive assessment is confirmed by an evaluation of healthcare agreements in Sealand Region. The agreements help to clarify joint responsibilities as well as who collaborates with whom and how; and offer helpful guidance on how to coordinate complex hospital discharge (Holm-Petersen and Buch 2012: 13).

GP referrals to municipal health services however remains weak in relation to patients with chronic diseases like diabetes, obstructive lung disease and heart disease, where in 2014 on average only 13 patients were referred per general practitioner (Jakobsen 2015b) suggesting that care integration is not always optimal.

Another proxy indicator of the general reform output is that the number of health professionals such as nurses employed in primary healthcare has increased. For example, in the period between 2002 and 2013, the number of practice nurses rose with 133% and 2,111 nurses work in general practice (DSR, 2015). Sustaining this increase requires continued economic priority and corresponding funds (Fischer 2017); in the last couple of years, the numbers have levelled off or even fallen.

A final proxy indicator of the general reform output is the increasing specialisation of health professionals in municipalities. This is reflected in the widespread introduction of acute services, which through immediate care beds or acute care teams aim at bundling professional expertise for specific tasks/groups such as rehabilitation and older people. For example, in 2015, 62% of municipalities had general intermediary care beds, 60 per cent had intermediary care beds related to rehabilitation, and 53 per cent had acute care teams (Jakobsen 2016c: 4).

5. *Enablers and barriers: multiple actors, dispersed interests*

Different enablers and barriers are at play connected to a number of specific changes in payment mechanisms, health professional education, as well as governance structures, but also to trust between actors and the stance of GPs. In 2011, follow-up home visits after hospital discharge by general practitioners became part of a national strategy for elderly patients (Sundheds- og Ældreministeriet 2011). This has enabled skill-mix innovation, especially in connection with regional trade union agreements to regulate the specific conditions for paying general practitioners (for a similar initiative see Rudkjøbing et al. 2015). The effects of changes in health professional education are more mixed. The training of most health professionals includes a module on interprofessional care, but the funding for more specific post-registration training has been severely curtailed. In 2014, the regulations for receiving state educational support were tightened and persons who already had a professional qualification are no longer eligible (SDU 2016). Post-registration training now has to be fully paid by the employer and/or the professional student.

In practice, a much more influential enabler for skills-mix innovations has been informal delegation in individual municipalities and general practices. For example, the role of practice nurses is highly variable and reflects the preferences of individual general practices. Considering the increasing importance of the municipal healthcare system, one way forward may be for municipalities themselves to become more active in offering specialist training for health professionals working at the local level (Kudahl 2014b).

Barriers and enablers are also structural and in part financial. The changes in broader governance arrangements, also following on from the major reform in 2007, have had a mixed effect on the ability of key stakeholders to make changes (for a similar assessment from the perspective of healthcare professionals see Lyngsø et al 2016). Overall, existing financial incentives do not always support coordination across sectors, as regions and municipalities operate in a framework of more or less explicit competition (Danske Regioner 2016). Still, the healthcare agreements offer an important framework for discussing changes across sectors such as related to skill mix and primary care and are arguably a useful tool for strengthening coordination

between the regions and the municipalities (Rudkjøbing et al. (2014). Nevertheless, challenges persist and especially the overall governance structure has a number of shortcomings (Vrangbæk and Sørensen 2013). Hospitals and general practitioners have an economic incentive to increase service delivery, whereas the economic incentives for the municipalities are the opposite. Municipalities also have weak control over the treatment they (partly) have to fund. Existing economic incentives therefore offer little support to focus on service activities that are best suited for individual patients and that are well coordinated across different sectors (Danske Regioner et al. 2013). Coordination across sectors is also made difficult as many municipalities operate with an internal purchaser-provider split (Hjelmar 2010) and the clinical specificity of individual care coordinators leads to new coordination challenges across different programmes (Implement/Sundhedsstyrelsen 2011) as patients increasingly suffer from multi-morbidity.

More specifically, Danish municipalities are a committed but often weak player, which lacks both financial resources and relevant personnel (OECD 2016). This is exacerbated as the division of labour with general practice and hospitals remains unclear in many respects with a real risk of overlapping services (Kommunernes Landsforening 2012). This applies to health promotion and prevention, rehabilitation and mental health services. In relation to the latter, even the regions as well established players in the healthcare system have a weak leverage, not least also as they find it difficult to complete local agreements with general practice (Rigsrevisionen 2016).

General practice emerges as a central but in practice distant player in the healthcare system, and for hospitals and municipalities, collaboration with general practice is difficult (Tenbensen and Burau 2017). General practitioners often feel overwhelmed by new responsibilities and suggest they lack time to reorganise the division of labour in their practices (Buch and Kjellberg 2011: 429). Possible reasons for general practitioners not going beyond their traditional gatekeeping role are that they know too little about services offered by the municipalities and do not have the competencies to collaborate with other health professionals (Kuhldahl 2014a). Individual practices may also lack personnel capacity to truly engage in a more extended coordinating role. General practitioners may also have limited relations with health professionals such as nurses in the municipal health system. This was found to be the case in relation to acute services, where general practitioners often knew little about the services on offer and did not necessarily trust that the services matched those on offer in hospitals (Jakobsen 2016d: 5). Based on the positive experience in one municipality, a possible remedy to GPs reluctance to refer patients to municipal health services may be organising regular information meetings for general practitioners and employing a general practitioner as a go-between to better connect the municipality with the general practitioners in the local area and vice versa. A survey also found, that general practitioners were generally interested in a closer collaboration with municipalities, but felt that this among others requires that municipalities invest more resources in buying out general practitioners for their time (Jakobsen 2016d).

Another, more general explanation for the poor relations with the municipal health system is that general practice is organisationally fragmented with many single or small group practices. Compared to regions and municipalities, general practice also remains poorly integrated in the healthcare system; general practitioners are independent, private entrepreneurs who are only contracted but not employed by regional government (Tenbensen and Burau 2017). This is underlined by Buch and Kjellberg (2011: 421) who found that regions and general practice lack mutual understanding and acknowledgement of their respective working conditions and interests. In other instances, general practice is outwardly opposed to changes. For example, this applies to nurse prescribing, which is supported by a majority of healthcare managers in the municipalities (Ringgaard 2016). However, the situation is starting to change and the professional association of general practitioners recently passed a motion that recognised the need for more extensive and standardised delegation from general practitioners to nurses and called for guidelines for nurse prescribing in both general practice and municipalities (PLO 2016). The same motion also called for better educated clinical staff and thereby supported a longstanding demand of the professional association of nurses for advanced nurse practitioners (Sommer and Kjeldsen 2016). In early 2017 the Department of Health took the first steps towards a new specialisation for nurses working in municipalities. A working group is developing a curriculum that covers skills such as the prevention of admissions, early discharge, treatment at home, care coordination and cross disciplinary collaboration (Pinborg 2017).

6. *Socioeconomic context: healthcare agreements and demography*

In terms of the wider socio-economic context, the changes in responsibilities between regions and municipalities, including hospitals and general practice, following the 2007 reform have been an important springboard for innovations and developments in skill-mix. This was a major reform of the health system that aimed to centralise control and to strengthen coordination (Lyngsø et al 2016, Rudkjøbing 2014). Administrative units at sub-central levels were merged to reduce the total number of regions and municipalities. For coordination, the introduction of mandatory healthcare agreements between the regions and the municipalities was important. The agreements, renewed every four years, contain a set of common goals and mutual commitments to collaboration covering six areas: hospital admission and discharge, rehabilitation, medical devices and aids, prevention and health promotion, mental health and follow-up after adverse events. Formal responsibilities also shifted and municipalities have taken on new tasks, including disease prevention, health promotion and rehabilitation outside hospitals.

At the same time, financial resources are tight, while an increasingly older population makes more demands on healthcare services. The size of the population over 65 years

is expected to rise from 16 per cent in 2010 to 25 per cent in 2042; this can be expected to significantly expand prevalence of chronic illness (Danmarks Statistik 2010). Older people in care homes have become more fragile and as a result are more often seen by general practitioners or admitted to hospitals. Between 2008 and 2014 the figure for both services increased by 14 per cent, while it remained constant for older people not in care homes (Jakobsen 2016d). Similarly, the over-80-year-olds is the only group, where the number of visits to general practice has increased (Jakobsen 2015a); the group already makes up for 10 per cent of consultations, while only representing 4 per cent of the population as a whole.

7. Outlook

The analysis above has highlighted that most of the initiatives in skill mix innovation are disease specific and/or local. The latter reflects the historic dominance of hospitals, but moving services to general practice and municipalities has highlighted the need for a more holistic, patient-centred perspective. An example is a recent programme by the Ministry of Health and the Elderly to fund seven local projects that support frail elderly patients through a better collaboration between general practice, hospitals and municipalities (Sundheds- og Ældreministeriet 2016). Moving away from a disease-specific focus is needed given the rise of multi-morbidity, whereby patients suffer highly individual combinations of two or more illnesses (Doessing and Burau 2015).

Nevertheless, many innovative initiatives remain local reflecting a bottom-up and incremental approach that is deeply entrenched in the Danish healthcare system. At the same time, overall governance arrangements have become more centralised over the last decade, not least with the 2007 reform (Lyngsø et al 2016, Rudkjøbing 2014). This may offer a leverage for more, genuinely national initiatives, also combined with an awareness of the shortcomings of fragmented, local initiatives. A prime example is the need for further changes in basic and specialised training to better equip nurses and care assistants, but also physiotherapists and occupational therapists to work in primary and chronic care settings outside hospitals. This is a setting where patient needs are typically complex and require coordination across different healthcare sectors and health professionals (see for example Terkildsen et al. 2015). Similarly, many general practices continue to be small in size and need support if they are to more systematically develop the role of practice nurses in direction of advanced nurse practitioners for example with extended roles in prescribing and the treatment of patients with chronic illness. An important step will be to get all healthcare actors to collaborate more systematically and to communicate across levels of health services.

Acknowledgements

We would like to thank Kirsten Seeberg, MA student at the Department of Political Science at the University of Aarhus, for her invaluable help with identifying and synthesising relevant literature.

References

- Baes-Jørgensen J. Kommuner opruster på sundhedsindsatsen. Momentum (Kommunernes Landsforening). 2013, 11. February:
(<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2013-3-3-id120719/>)
- Baes-Jørgensen J. Velfærdsteknologi hitter i kommunerne. Momentum (Kommunernes Landsforening). 2014, 12 May:
(<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2014-10-4-id155504/>)
- Brøcker A, Thorsen KM. Forebyggelse, sikkerhed og sammenhæng for patienter med hoftebrud. Copenhagen, DSI, 2011.
- Buch MS. Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. Copenhagen, DSI, 2012.
- Buch MS, Jakobsen M, Kolodziejczyk C, Ladekjær E. Evaluering af indsats for forløbskoordination. Copenhagen, KORA, 2016.
- Buch MS, Hauge-Helgestad A, Fredslund EK, Tybring CD, Rahbek AE. Proaktive lægehuse anno 2010. Copenhagen, DSI, 2010.
- Buch MS, Kjellberg J. Kapacitet i fremtidens almenpraksis. Månedsskrift for Almen Praksis, 2011, 89(5): 421-30.
- Buch MS, Petersen A, Bolvig I, Kjellberg J. Midtvejsevaluering af Integrated Care modellen – et samarbejdsprojekt mellem Odense Kommune, Region Syddanmark og PLO. Copenhagen, KORA, 2016.
- Buch MS, Thygesen P, Johansen KS. Tværsektorielt samarbejde omkring mennesker med ikke-psykotisk sindslidelse og misbrug. Copenhagen, KORA, 2015.
- Burau V, Carstensen K, Fleron S, Kuhlmann E. **Occupational groups driving innovation in interprofessional working: stroke rehabilitation in Denmark.** Abstract. European Journal of Public Health 2016;26(Suppl 1):165.

Danmarks Statistik. Befolkningsfremskrivning 2010-2050. 2010;219.

Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bedre incitament i Sundhedsvæsenet. Copenhagen, Danske Regioner, 2013

Danske Regioner. Samarbejdsprojekter og samarbejdsmodeller mellem kommuner og regioner. Copenhagen: Danske Regioner, 2012.

Danske Regioner. Ældre har brug for sammenhængende sundhed. 2016, 24 May: (http://www.minbyholstebro.dk/nyhed/news/aeldre-har-brug-for-sammenhaengende-sundhed/?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=1df02450c875368954c19cae6a574c39).

Doessing A, Burau V. Care coordination of multimorbidity: a scoping study. Journal of Comorbidity 2015;5(1):15–28.

DSR (Dansk Sygeplejerske Råd). Flere sygeplejersker i almen praksis. 2015: <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/flere-sygeplejersker-i-almen-praksis>

Fischer NF. Nye tal: Antallet af sygeplejersker i almen praksis dykket. Dagens Medicin 2017;17 May.

Hansen SG, Jørgensen TS. Forløbskoordinator under konstruktion - et studie af, hvordan koordination udfoldes i praksis. Copenhagen, AK, 2011.

Hjelmar U. Kvalitativ evaluering af organiseringen af opfølgende hjemmebesøg i Københavns Kommune. Copenhagen, AKF, 2010.

Holm-Petersen C, Buch MS. Midtvejsevaluering af sundhedsaftale 2010-2014 i Region Sjælland. Copenhagen, DSI, 2012.

Implement/Sundhedsstyrelsen. Forløbskoordinering i regioner og kommuner. Copenhagen, Sundhedsstyrelsen, 2011.

Jakobsen RG (2015a). Læger bruger mere tid på de ældste patienter. Momentum (Kommunernes Landsforening), 2015, 28 September: (<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2015-16-1-id188235/>).

Jakobsen RG (2015b). Mange læger henviser ikke til kommunale tilbud. Momentum (Kommunernes Landsforening), 2015, 12 October: (<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2015-17-2-id190470/?n=0>).

- Jakobsen RG (2015c). Ældre bliver sendt tidligere hjem fra sygehus. Momentum (Kommunernes Landsforening), 2015, 31 August:
(<http://www.kl.dk/Momentum/Momentum2015-14-1-id185994/>).
- Jakobsen RG (2016a). Kommuner får flere og flere sundhedsopgaver. Momentum (Kommunernes Landsforening), 2016, 20 June:
(<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2016-11-1-id204936/>)
- Jakobsen RG (2016b). Kommunerne har oprustet tilbud til KOL-patienter. Momentum (Kommunernes Landsforening), 2016, 29 August:
(<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2016-14-1-id209508/>).
- Jakobsen RG (2016c). Kommuner overtager behandling fra sygehuse. Momentum (Kommunernes Landsforening), 2016, 13 January:
(<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2016-1-2-id195448/>).
- Jakobsen RG (2016d). Kommuner vil have tættere samarbejde med læger. Momentum (Kommunernes Landsforening), 2016, 14 June:
(<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2016-12-1-id206331/>).
- Jakobsen RG (2016e). Plejehjemsboere er blevet svagere. Momentum (Kommunernes Landsforening), 2016, 2 May:
(<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2016-9-2-id202759/>).
- Kommunernes Landsforening. Afrapportering fra underarbejdsgruppen om evaluering af kommunalreformen på sundhedsområdet. København, Kommunernes Landsforening, 2012.
- Kudahl S (2011). Kommuner har skruet op for hjælpen til kronikere. Momentum (Kommunernes Landsforening), 2011, 5 December:
(<http://www.kl.dk/Momentum/Kommuner-har-skruet-op-for-hjalpen-til-kronikere-id93721/>).
- Kudahl S (2014a). Gode råd skal styrke kommunale akutfunktioner. Momentum (Kommunernes Landsforening), 2014, 20 January:
(<http://www.kl.dk/Momentum/Gode-rad-skal-styrke-kommunale-akutfunktioner-id146762/>).
- Kudahl S (2014b). KL vil tune uddannelser til fremtidens sundhedsvæsen. Momentum (Kommunernes Landsforening), 2014, 6 January:
(<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2014-1-2-id145556/>).
- Kudahl S (2014c). Personale skal rustes bedre til det nære sundhedsvæsen. Momentum (Kommunernes Landsforening), 2014, 6 January:

(<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2014-1-1-id145544/>).

- Lyngsø AM, Godtfredsen NS, Frølich A Interorganisational Integration: Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers and Facilitators within the Danish Healthcare System. *International Journal of Integrated Care*. 2016, 16(1):1-10.
- Nielsen AJ. Koordinative praksisser og performative redskaber: I fodsporene på de nye sundhedsaftaler. In: Sørensen E, Sehested K, Reff A eds. *Offentlig styring som pluricentrisk koordination*. Copenhagen, Jurist- og Økonomiforbundets Forlag; 2011:129–47.
- OECD. *Primary care in Denmark*. Paris, OECD; 2016.
- Oxholm AS, Kjellberg J. Sammenfatning af erfaringerne med opfølgende hjemmebesøg i ti kommuner. Baseret på fem omkostningsanalyser med særligt fokus på de kommunaløkonomiske konsekvenser. 2012. Copenhagen: KORA.
- Pinborg K. Mål for en ny sygeplejerske-uddannelse på plads. *Kommunal Sundhed* 2017; 23 May.
- Praktiserende Lægers Organisation. På patientens vegne. Without year: (<http://www.laeger.dk/nyhed/download/docs/F5720/PLO%27s%20udspil.pdf>).
- Rasmussen SR, Andersen KV, Sommer TK, Tveskob C, Møller BL. Erfaringer fra et tværsektorielt offentligt og privat partnerskab med hjerterehabilitering. *OPP-nyt*. 2012, 1:2-4.
- Rasmussen SR, Borst L, Albæk J. Evaluering af 'Gode rammer for hjerterehabilitering - et partnerskabsprojekt'. Copenhagen, DSI, 2011.
- Rigsrevisionen. Beretning til Statsrevisorerne om regionernes styring af ambulant behandling af voksne patienter med psykiske lidelser. Copenhagen, Rigsrevision, 2016.
- Ringgaard A. Kommuner og læger uenige om ordinationsret til sygeplejersker. *Kommunal Sundhed*. 2016: (<http://kommunalsundhed.dk/laeger-sygeplejersker-skal-ikke-ordinere-receptpligtig-medicin/>)
- Rudkjøbing A, Strandberg-Larsen M, Vrangbæk V, Andersen JS, Krasnik A. Healthcare agreements as a tool for coordinating health and social services. *International Journal of Integrated Care*. 2014, 14:e036.

Rudkjøbing A, Vrangbæk K, Bork HO, Andersen JS, Krasnik A. Evaluation of a policy to strengthen case management and quality of diabetes care in general practice in Denmark. Health Policy. 2015, 119(8): 1023-30.

Statens Voksenuddannelsesstøtte. Statens voksenuddannelsesstøtte. 2016: (http://www.sdu.dk/efter_videreuddannelse/generelle_informationer/svu).

Sommer C, Kjeldsen SB. Tid til nye takter. Sygeplejersken. 2016, (5):20-7.

Sundhed dk. Sundhedstilbud i kommuner og regioner. 2017: (<https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/?SearchTerm=p%C3%A5r%C3%B8rende&searchType=searchTerm&Page=1&PageSize=10&Tilbudstype=-1&Region=-1&Udbyder=-1>).

Sundheds- og Ældreministeriet. National handlingsplan for den ældre medicinske patient. 2011: (<http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2011/December/~media/Filer%20-%20dokumenter/Handlingsplan-aeldre-medicinsk-patient/National-handlingsplan-for-den-%C3%A6ldre-medicinske-patient.ashx>)

Sundheds- og Ældreministeriet. Støtte til større sammenhæng i sundhedsvæsen for svage ældre, Press release, 9. September. 2016: (<http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldre/2016/September/Stoette-til-stoerre-sammenhaeng-i-sundhedsvaesnet-for-svage-aeldre.aspx>)

Sundheds- og Ældreministeriet. Flere plejehjem får fast tilknyttede læger. 2017: <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Aeldre/2017/Marts/Flere-plejehjem-faar-fast-tilknyttede-laeger.aspx>

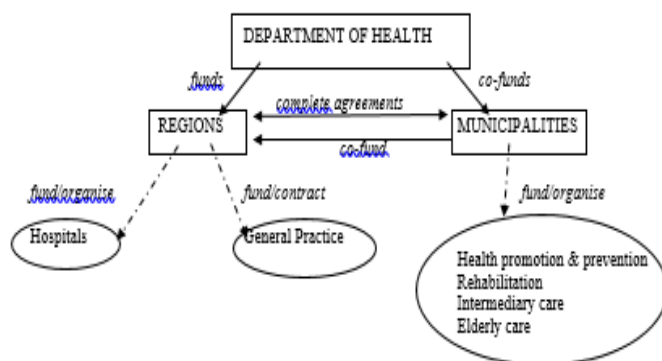
Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model. 2012: (<https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/85140414C1E24E939BCBDC43CCCFCE19.ashx>).

Sundhedsstyrelsen. Sammenfatning af slutrapporteringer fra projekterne under puljen til den forstærkede indsats for patienter med kronisk sygdom 2010-2012. 2014: (<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/puljer-og-projekter/2010/patienter-med-kronisk-sygdom/~media/BC8133E19C0B4FF69DBEDB4D10BCCA89.ashx>).

Sørensen LK , Louise Kryspin (2016) Kommunale sygeplejerskers behov for kompetenceløft. Dansk Sygeplejerske Råd Analyse. 2016:

- (https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_kommunale_sygeplejersker_i_basis_stillinger_og_deres_behov_for_kompetenceloest.pdf).
- Tenbensen T, Burau V. Contrasting approaches to primary care performance governance in Denmark and New Zealand. *Health Policy* 2017. 121(8):853-861.
- Terkildsen M, Wittrup I, Burau V. Micro practices of coordination based on complex adaptive systems: user needs and strategies for coordinating public health in Denmark. *International Journal of Integrated Care*. 2015, 15(3):e034.
- Thomsen LO. Det nære sundhedsvæsen rykker tættere på. *Momentum* (Kommunernes Landsforening), 2013, 13 May: (<http://www.kl.dk/Momentum/momentum2013-8-5-id129742/>).
- Vabo S, Burau V. [Governing the coordination of care for older people: Comparing care agreements in Denmark and Norway](#). *Journal of Social Welfare* forthcoming. Early view: DOI: 10.1111/ijsw.12280.
- Vinge S. Ledelse og udvikling i almen praksis. Copenhagen, DSI, 2010.
- Vrangbæk K. Regioner og kommuners samarbejde om ældre, medicinske patienter. FOKUS – FORum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service. 2011: (<http://docplayer.dk/7374188-Regioner-og-kommuners-samarbejde-om-aeldre-medicinske-patienter.html>).
- Vrangbæk K, Sørensen MS. Does municipal co-financing reduce hospitalisation rates in Denmark? *Scandinavian Journal of Public Health*. 2013, 41(6):616-22.
- Vrangbæk K. The Danish healthcare system: The Commonwealth Fund International Healthcare Systems Profiles. 2015.
- Wiuff MB, Rasmussen SR, Wolff DL, Juhl HA. Evaluering af udgående akutafdeling i Kolding kommune. Copenhagen, DSI, 2011.
- Wolf RT, Grøn L, Kjellberg PK. Behovet for lægelig arbejdskraft i kommunerne. Copenhagen, KORA, 2016: (<http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i13140/Behovet-for-laegelig-arbejdskraft-i-kommunerne>).

Figure 1: The Danish healthcare system



Appendix B. Tilrettelæggelse af fokusgrupper

Velkomst og kort præsentationsrunde

Kort præcisering af;

- Rammerne: Interviewet optages og transskriberes uden anvendelse af navne.
- Det er mig der opbevarer data, og data vil kun blive anvendt i relation til ph.d. projektet.
- Jeg styrer slagets gang, og vil undervejs igangsætte nogle øvelser.
- Alle input er velkomne – ingen rigtige og forkerte svar, og I behøver ikke at være enige.
- Af hensyn til optagelsen, vil jeg bede jer om ikke at tale i munden på hinanden.
- Fokus for interviewet er alene koordinering mellem forskellige instanser i sundhedsvæsenet og altså ikke den interne koordinering på jeres egen arbejdsplads.

Indledende åben associeringsøvelse vedrørende sygeplejersker og koordinering:

Hvad er jeres umiddelbare tanker og reaktioner på følgende udsagn:

Sygeplejerskers fungerer som den ”lim”, der får sundhedsvæsenet til at hænge sammen. Der sker stort set ikke noget, som ikke passerer igennem hænderne på en sygeplejerske (oversat fra Allen 2014).

Hvis ingen rigtig siger noget: Er i enige eller uenige heri? Tilstræb at alle får sagt noget under denne øvelse (anvend eventuelt støttespørgsmål).

Sygeplejerskers varetagelse af IOC

Tegnøvelse: Deltagerne opdeles i små grupper.

1. Tegn sygeplejerskers involvering i koordinering på tværs af sundhedsvæsenets instanser

Først en tænkepause, hvor der er helt stille – herefter diskuteres og tegnes.

2. Hvad er de to største styrker og svagheder ved det, I har tegnet?

Skrives på tegningen, som efterfølgende hænges op på væggen.

Styrker/svagheder relaterer sig ikke direkte til et forskningsspørgsmål, men diskussionen heraf forventes at bidrage med relevant information om, hvordan sygeplejersker fortolker og motiverer deres varetagelse af IOC.

Herefter præsenterer deltagerne tegningerne for gruppen. Først fortæller tegnerne, hvad det er, de har tegnet og hvorfor, herefter får de andre deltagere mulighed for at stille spørgsmål og kommentere tegningen. Jeg spørger også ind til tegningerne, og vil slutte hver seance af med at spørge gruppen, om de kan sætte en titel på deres tegning.

Faste spørgsmål til hver tegning:

- *Har multisygdom (dvs. at patienter/borgere har to eller flere sygdomme) nogen indflydelse herpå? Hvorfor / hvorfor ikke / hvordan.*
- *Hvor meget fylder IOC i hverdagen?*
- *Hvem er det, der koordineres med?*
- *Konkrete eksempler herpå?*

Diskussion af IOC praksis; Øvelse med individuel rangordning af interne/eksterne motiver

Hvad influerer på, at I koordinerer, som I gør?

Ranger de 7 kort og skriv rækkefølgen på listen

- A. Uddannelse: teoretisk undervisning
- B. Uddannelse: praktikforløb
- C. Retningslinjer og instrukser
- D. Information fra møder, mails, temadage mm.
- E. Oplæring ved ansættelse
- F. Egne erfaringer med hvad der fungerer/ikke fungerer
- G. Andet;

Jeg samler listerne, og spørger ind til deres begrundelser.

Det væsentlige er *ikke* selve rækkefølgende, men derimod den diskussion, som øvelsen genererer. Diskussion forventes at give indblik i om deltagerne knytter IOC til professions interne/eksterne forhold (Noordegraaf, 2011) samt formelle/uformelle koordineringsmekanismer (Alexander, 1995).

Den professionel selvforståelse af IOC

Jeg vil nu bede jer om at drøfte;

Hvordan passer denne koordinering – det I har tegnet – sammen med jeres forståelse af sygepleje?

Hvis ingen tager hul på diskussionen, kan det eventuel omformuleres til:

Er koordinering en sygeplejefaglig opgave? Hvorfor/hvorfor ikke?

Afrunding med prioriteringsspørgsmål og åbning for oversete temaer:

- Alt taget i betragtning, hvad er så den vigtigste pointe i det, vi har talt om?
- Hvad er det mest overraskende?
- Her til sidst vil jeg høre, om der er noget, vi har glemt at komme omkring?

Debriefing:

Tak for jeres deltagelse - Har I nogen spørgsmål?

Huskeliste materialer:

- Store papirark, tudser, kuglepenne og tape
- Navneskilte
- Ur til tidsstyring
- Lydoptager (diktafon + mobiltelefon)
- Kaffe/te, vand, kage, frugt

Støttespørgsmål inspireret af (Halkier, 2010):

Dominerende deltager:

- Er der andre synspunkter vedrørende dette emne/spørgsmål?
- Tak for dit svar. Lad os nu høre nogle andre tanker herom.

Tavs/tilbageholdende deltager:

- Hvad tænker du om....
- Kan du genkende....
- Kan det ses på anden vis?
- Er der nogen, som opfatter det anderledes?

OBS: Øjenkontakt kan opfordre tilbageholdende deltagere til at udtrykke sig.

Uddybende/sonderende spørgsmål:

- Hvad mener du med....
- Hvad får dig til at sige det?
- Vil du give mig et eksempel på, hvad du mener?
- Fortæl os mere om det..
- Beskrive endelig, hvad du mener...

Afrunding af hvert emne – løbende validering;

- Er det korrekt forstået at...
- Hvis jeg konkluderer at... Passer det så med jeres forståelse heraf?

Svar neutralt – okay, tak for svarene. Ingen værdiladede svar så som godt, fint osv.

Appendix C. Engagement activities

2016

Activity Title	3rd ISA Forum of Sociology
How many people?	11 - 50
Geographical Reach	International
Result Description	Oral presentation (10 min.)
Activity Title	16 th International conference on integrated care
Geographical Reach	International
Result Description	Poster presentation

2017

Activity Title	Aalborg Municipality Department of healthcare
How many people?	11 – 50
Geographical Reach	Local
Result Description	Oral presentation (20 min.)
Activity Title	DSR Kreds Hovedstaden
How many people?	51 – 100
Geographical Reach	Regional
Result Description	Oral presentation and discussion (1½ hour).
Activity Title	Dansk Sygeplejeråd, Kvæsthuset (DSR head office)
How many people?	1 – 10
Geographical Reach	National
Result Description	Oral presentation and discussion (2 hours)
Activity Title	Cardiff University, School of healthcare science
How many people?	11 – 50
Geographical Reach	International
Result Description	Oral presentation (30 min.)
Activity Title	Hospitalsenheden Horsens
How many people?	1 – 10
Geographical Reach	Local
Result Description	Oral presentation and discussion (1 hour)
Activity Title	Horsens Kommune, Department of Health Services
How many people?	1 – 10
Geographical Reach	Local
Result Description	Oral presentation and discussion (1 hour)

Activity Title	Referencepanel, VIA UC
How many people?	1 - 10
Geographical Reach	Regional
Result Description	Approximately 8 top-managers from "Region Midtjylland" and "Aarhus Kommune" attended the presentation and discussion (30 min.).

Activity Title	Dansk Forum for Sundhedstjenesteforskning
How many people?	11-50
Geographical Reach	National
Result Description	Oral Presentation (15 min.)

2018

Activity Title	Halsnæs Kommune, Sygeplejedagen
How many people?	51 - 100
Geographical Reach	Local
Result Description	Oral presentation (1 hour)

Activity Title	Fagdag DSR Kreds Hovedstaden
How many people?	101 – 500 (300 participants)
Geographical Reach	Regional
Result Description	Oral Presentation (45 min.)

Activity Title	Organizational Behaviour in Healthcare Conference
Geographical Reach	International
Result Description	Oral presentation (upcomming)

ISSN (online): 2246-1256
ISBN (online): 978-87-7210-196-5

AALBORG UNIVERSITETSFORLAG