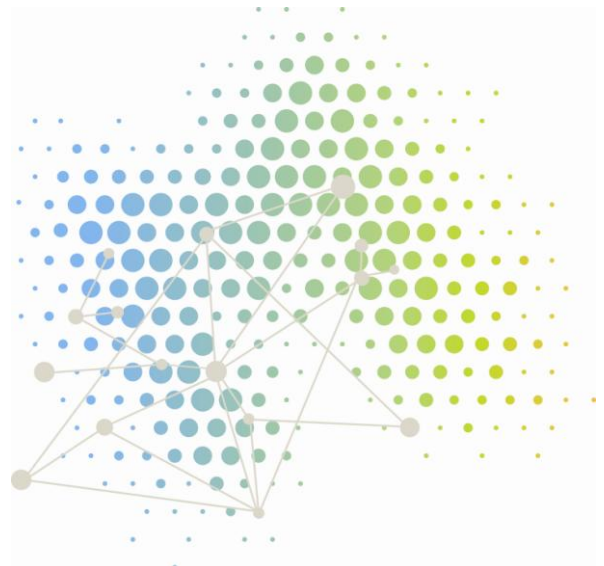


Barrierer og Next Practice i implementeringsprocesser



Center for Telemedicin
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N

Kolofon**Titel:** Barrierer og Next Practice i implementeringsprocesser**Udgivet:** 2015**Forfatter:** Litten Raun Christensen**Udgiver:** Center for Telemedicin, Region Midtjylland, www.telemedicin.rm.dk**Sprog:** Dansk**Antal sider:** 95**Version:** 1.0

Indholdsfortegnelse

Resume	1
Indledning.....	4
Undersøgellesdesign – casestudiet.....	6
Et kvalitativt Multipelt Casestudie	6
Valg af case: Projekt 'Telemedicinsk Sårsvurdering' i Region Midtjylland.....	6
Et multipelt casestudiedesign – en model	8
Metodisk tilgang og praktisk gennemførelse	10
Kort om "Tjek!"	11
Hvorfor refleksionsinterviews og fokusgrupper?	12
Hvorfor individuelle interviews?	14
Fortællingernes dobbelthed	15
Udvælgelse af informanter – strategisk variationsudvælgelse	16
Analysestrategi – analytisk induktion og Maltamodellen	18
Maltamodellen – kortlægning af barrierer og handlemuligheder	18
Analysedel 1 – Kortlægning af centrale barrierer	22
Identificering af bentræle barrierer – fra "thin" til "thick" data	22
Kortlægning af barrierer med afsæt i "Tjek!" – første niveau.....	22
Indkredsning af barrierer med afsæt i det kvalitative materiale – andet niveau	24
Kvalificering af "Tjek!"	25
Analysedel 2 – Centrale barrierer og Next Practice Former.....	26
Introduktion.....	26
Implementering - mellem nøjagtighed og tilpasning?	26
Det analytiske fokus og den overordnede analysestruktur	27
Barriere: Ledelse.....	29
(U)Retfærdige samarbejdsprocesser.....	31
Empatien: et tveægget sværd – følelsesfokuseret mestring.....	35
Next Practice Former: Ledelse.....	39
Indsatskatalog/nyhedsbrev	40
Ledelserne på opdagelsesrejse.....	41
Strategisk Drift – led mikroprocesserne i hverdagen!.....	44
Barriere: Kompetenceudvikling og robusthed	46

Ressourceknaphed og medarbejdervilje	48
Kompetenceskævhed og personafhængigt arbejde	51
Next Practice Former: Kompetenceudvikling og robusthed	54
Netværk af allierede ildsjæle – lokalt og på tværs	56
Fællesledelse	58
Nærhedsprincippet.....	60
Kompetencekatalog.....	61
Barriere: Teknologi	63
Teknologiske benspænd og uklar ansvarsfordeling	65
Grundlæggende antagelser	68
Next Practice Former: Teknologi	70
Gør op med de grundlæggende antagelser!	71
Teknisk supportfunktion.....	72
Barriere: Hvad er kerneopgaven?	75
Kerneopgaven er organisationens eksistensberettigelse – ”vores begrundelse”	75
Når kerneopgaven bliver utydelig	77
Next Practice Former: Kerneopgaven	80
Karakteristika ved kerneopgaven – indspark og inspiration til dialog og refleksion.....	81
Kommunikation af kerneopgaven	83
Kerneopgaven og et nyt kvalitetsbegreb	85
Konklusion	87
Referencer	94



Resume

Omdrejningspunkt og metode

Rapporten ”Barrierer og next practice i implementeringsprocesser” stiller skarpt på identificering af centrale barrierer i forbindelse med implementering af telemedicinsk sårvurdering¹. I forlængelse heraf kommer den med klare og empirisk forankrede bud på konkrete handlemuligheder i overvindelsen af implementeringsbarrierer. Begrebet ’next practice’ indfanger meget præcist, hvordan den undersøgelse, der ligger til grund for rapporten, ikke sigter mod ’one size fits all’-løsninger - som i ’best practice’. Ved at synliggøre centrale barrierer, lokale som tværgående, handler det tværtimod om at finde frem til konkrete handlemuligheder i praksis – handlemuligheder der ikke nødvendigvis kan importeres direkte fra en kontekst til en anden, men med garanti indeholder et videns- og læringspotentialer, der kan være *relevant for alle*, der arbejder med implementering og opskalering af telemedicinske initiativer.

Undersøgelsen tager udgangspunkt i projekt ’Telemedicinsk sårvurdering’, i Region Midtjylland. Dette projekt er det første nationale opskaleringsprojekt på det telemedicinske felt, og der kommer flere opskaleringsprojekter i fremtiden. Det har derfor været væsentligt at undersøge og klarlægge de oplevelser og erfaringer, de sundhedsprofessionelle har gjort sig indtil nu, for at blive klogere på, hvilke udfordringer og barrierer, der skal arbejdes særligt målrettet og opmærksomt med, hvis opskalering skal lykkes.

Nødvendigheden og behovet for en kvalitativ datadrevet undersøgelse som denne er i høj grad skærpet, fordi der kun findes sparsom og endnu begrænset viden om, hvad der kan være særligt afgørende for at implementering af telemedicin lykkes i stor skala. Undersøgelsen er gennemført med udgangspunkt i et kvalitativt multipelt casestudie – et undersøgelsesdesign, der har givet mulighed for at undersøge barrierer og ’next practice’ former i konkrete kontekster og ikke mindst fra flere vinkler. Casestudiet har bidraget med en viden, der i praksis skærper vores blik og giver os mulighed for at gøre mere af *det, der virker* og ændre det, der ikke virker.

¹ Telemedicinsk sårvurdering er et nationalt initiativ – en ’skal-opgave’ (et af de 5 initiativer i den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin, 2012). Der er tale om moden teknologi – tablet- og mobilteknologi samt en velafprøvet webbaseret e-journal. Projektet er tværsektorielt, hvilket betyder at telemedicinsk sårvurdering skal være med til at understøtte og forbedre samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og hospitalsansatte sårspecialister. Projektet er et organisatorisk forandringsprojekt, hvor kultur og struktur udfordres ved nye samarbejdsrelationer, ændrede arbejdsgange, flytning af kompetencer og nye roller.

Resultater

Følgende *fem barrierer* er identificeret som centrale at overvinde, hvis implementering af telemedicinsk sårvurdering skal fungere som en ressource i bedre og mere sammenhængende patientforløb, og være med til at sikre flow i samarbejdet mellem hospitaler og kommuner:

- **Ledelse** (se s. 29)
- **Kompetenceudvikling** (se s. 46)
- **Robusthed** (se s. 46)
- **Teknologi** (se s. 63)
- **Kerneopgaven** (se s. 75)

Med afsæt i de fem identificerede centrale implementeringsbarrierer, er der på baggrund af det empiriske materiale og eksisterende forskning på forandrings- og implementeringsområdet, formuleret en række '*Next Practice*' *former*, der på forskellig vis åbner for konkrete handlemuligheder i overvindelsen af barriererne:

Next Practice former:

Ledelse (s. 39)

- Indsatskatalog/Nyhedsbrev (s. 40)
- Ledelserne på opdagelsesrejse (s. 41)
- Strategisk drift – led mikroprocesserne i hverdagen! (s. 44)

Kompetenceudvikling og Robusthed (s. 54)

- Netværk af allierede ildsjæle – lokalt og på tværs (s. 56)
- Fællesledelse (s. 58)
- Nærhedsprincippet (s. 60)
- Kompetencekatalog (s. 61)

Teknologi (s. 70)

- Gør op med de grundlæggende antagelser! (s. 71)
- Teknisk supportfunktion (s. 72)

Kerneopgaven (s. 80)

- Karakteristika ved kerneopgaven (s. 81)
- Kommunikation af kerneopgaven (s. 83)
- Kerneopgaven og et nyt Kvalitetsbegreb (s. 85)

Undersøgelsens resultater og konklusioner underbygges af en lang række citater fra såvel ledere som medarbejdere. Det skal understreges, at direkte overførbare af undersøgelsens resultater til andre kontekster, ikke har været formålet (og er ej heller formålet med kvalitative undersøgelser generelt). Det har derimod været målet at bibringe relevant information i belysningen af centrale barrierer og next practice former i konteksten af projekt telemedicinsk sårvurdering. Ikke desto mindre vurderes det, blandt andet på baggrund af eksisterende forskning på implementerings- og forandringsområdet, at undersøgelsens resultater indeholder et *videns- og inspirationspotentiale*, der er særdeles relevant for alle, der arbejder med implementering og opskalering af telemedicinske initiativer.

Indledning

Indledende refleksioner – den røde tråd

Den røde tråd i denne undersøgelse er at identificere centrale barrierer i forbindelse med implementering af telemedicinsk sårvurdering, og i forlængelse heraf, komme konkrete bud på next practice former nærmere. Begrebet 'next practice' indfanger meget præcist, hvordan det med denne undersøgelse ikke handler om at finde frem til noget der ligner 'one size fits all'-løsninger – som i 'best practice'. Igennem synliggørelse af centrale barrierer (lokale og tværgående) handler det tværtimod om at skabe en forståelses- og forklaringsplatform, hvorudfra det er muligt at finde frem til konkrete handlemuligheder i praksis – handlemuligheder der ikke nødvendigvis kan importeres fra en kontekst til en anden, men med garanti kan inspirere på tværs af kontekstuelle settings. Ved at tage afsæt i de sundhedsprofessionelles hverdag – både i et medarbejder- og ledelsesperspektiv – og i de situationelle og kontekstspecifikke betingelser der findes her, får vi adgang til værdifuld viden om både fællesnævnerne – tværgående barrierer og potentielle løsninger – og det situationsspecifikke.

Det skal i denne sammenhæng understreges, at undersøgelsen primært er funderet i et institutionelt perspektiv på implementering af telemedicin, frem for et instrumentelt perspektiv. Fokus er i høj grad på de organisatorisk institutionelle mekanismer og barrierer, der i forandrings- og implementeringsprocesser er i spil, i form af eksempelvis værdier, normer, selvforståelse, identifikation med nye roller og nye måder at løse kerneopgaven på.

Problemstilling

Hvorfor er det ofte vanskeligt at implementere telemedicinske løsninger i stor skala? Hvilke barrierer skal overvindes, og hvordan, for at de sundhedsteknologiske løsninger kan skabe velfungerede patientforløb, og sikre flow i samarbejdet mellem hospitaler og kommuner?

Det centrale fokuspunkt i undersøgelsen er identificering af særlige barrierer forbundet med implementering og opskalering af telemedicinske initiativer. Identificeringen af særlige barrierer bidrager med viden om: 1) hvad de sundhedsprofessionelle oplever som særlig problematisk og

ikke mindst særlig virkningsfuldt, når telemedicinske initiativer skal implementeres *på tværs* af sektorer, hospitaler og kommuner, og 2) hvordan evalueringsskemaet ”Tjek! Telemedicin i stor skala” (herefter ”Tjek!”), kan kvalificeres i arbejdet med at skabe vellykket implementering.

Hvad kan undersøgelsen bruges til?

Implementeringsprocesser er kontekstspecifikke og komplekse størrelser, der findes derfor ikke megen evidens for, hvad der *præcist* virker og ikke virker, men undersøgelser peger på, at mange forskellige faktorer har betydning.

Gennem identificering af særlige barrierer stiller denne undersøgelse skarpt på, hvilke udfordringer der *kan* være særlig væsentlige at have opmærksomhed på, når der skal skabes udvikling og lokale handlemuligheder, i arbejdet med implementering af telemedicin. Det denne undersøgelse kan, er således dels at bidrage med viden om og inspiration til *'next practice'*, og dels at kvalificere de implementeringsudfordringer, der fremgår af evalueringsskemaet ”Tjek!”.

”Nedefra og op”

Fordi der kun findes sparsom viden om, hvad der kan være særlig afgørende for at implementering af telemedicin lykkes, skærpes nødvendigheden og behovet for en kvalitativ datadrevet undersøgelse. Derfor arbejdes der i denne undersøgelse med en *”bottom-up”*-tilgang, da det handler om at blive klogere på, hvad sundhedsprofessionelle tilskriver mening og betydning, når telemedicin skal integreres som en del af dagligdagen. Med udgangspunkt i undersøgelsens problemstilling, genereres det empiriske materiale med udgangspunkt i 5 ’afslørende cases’, hvor formålet er at skabe indsigt i, hvilke barrierer der er særlig centrale og typiske, og hvordan det i praksis er muligt at overkomme barrierer.

Undersøgelsesdesign – casestudiet

Der redegøres i det følgende for en række overvejelser omkring valget af casestudiet som undersøgelsesdesign, samt undersøgelsens metodiske tilgang og den praktiske gennemførelse.

Et kvalitativt Multipelt Casestudie

Undersøgelsen gennemføres med udgangspunkt i et kvalitativt multipelt casestudie. Casestudiet som undersøgelsesdesign, giver mulighed for kvalitativt at undersøge problemstillingen i dets konkrete kontekster – og mulighed for at kunne betragte problemstillingen fra flere vinkler.

Undersøgelsen træder således ud over blotte teoretiske overvejelser omkring barrierer, udfordringer og overvindelsesstrategier forbundet med implementeringsprocesser lokalt og på tværs, og udforsker hvilke erfaringer og oplevelser, der blandt de involverede sundhedsprofessionelle, gør sig særligt gældende. Casestudiet bidrager herved med en viden, der i praksis skærper vores blik, og giver os mulighed for at gøre mere af *det, der virker* og ændre det, der ikke virker (Neergaard 2007: 18).

Valg af case: Projekt 'Telemedicinsk Sårvurdering' i Region Midtjylland

Undersøgelsen tager udgangspunkt i projekt 'Telemedicinsk sårvurdering', i Region Midtjylland.

Implementering af telemedicinsk sårvurdering, er *den stærke fællesnævner* for de kontekster og sammenhænge, hvori undersøgelsen gennemføres. Det skal her understreges, at der både i forhold til organisering og samarbejde, på tværs og lokalt, gør sig *forskellige forudsætninger* gældende.

Projekt 'Telemedicinsk sårvurdering', udfolder sig med andre ord ikke ens over hele regionen – der er tale om forskellige kommuner og hospitaler, og derfor en særlig høj grad af kompleksitet.

I organiseringen for implementering af telemedicinsk sårvurdering i Region Midt, opereres der med 5 lokale implementeringsklynger. De 5 klynger er organiseret omkring Region Midt's 5 hospitalsenheder, med repræsentanter fra henholdsvis hospital og kommuner. Klyngerne indgår alle i et klyngesamarbejde, med henblik på at sikre vidensdeling og erfaringsudveksling på tværs af de enkelte klynger (klyngesamarbejdet faciliteres af Center for Telemedicin).

De 5 klynger i Region Midt er:

1. **Aarhus Klyngen**
2. **Horsens Klyngen**
3. **Randers Klyngen**
4. **Midt Klyngen**
5. **Vest Klyngen**

I og med at undersøgelsen af særlige barrierer og udfordringer - i forbindelse med implementering og opskalering af telemedicinske initiativer - tager udgangspunkt i projekt 'telemedicinsk sårsvurdering', er 4 særlige karakteristika ved projektet væsentlige at fremhæve:

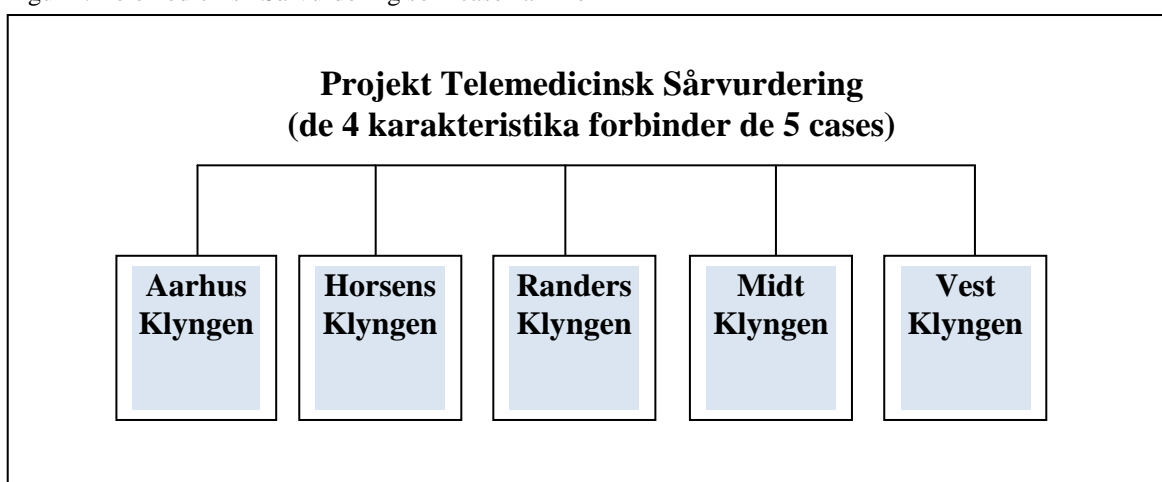
1. 'Telemedicinsk sårsvurdering' er *et nationalt initiativ* – en "skal-opgave" (et af de 5 initiativer i den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin, 2012).
2. Der er tale om moden teknologi – tablet- og mobilteknologi samt en velafprøvet webbaseret e-journal.
3. Projektet er tværsektorielt, hvilket betyder at telemedicinsk sårsvurdering skal være med til at understøtte og forbedre samarbejdet mellem den kommunale sygepleje og hospitalsansatte sårspecialister.
4. Projektet er i høj grad et organisatorisk projekt, hvor kultur og struktur udfordres ved nye samarbejdsrelationer, ændrede arbejdsgange, flytning af kompetence og nye roller.

Projekt 'Telemedicinsk sårsvurdering' er det første nationale opskaleringsprojekt, og langt fra det sidste – der kommer flere opskaleringsprojekter i fremtiden. Derfor er det afgørende at undersøge og klarlægge de oplevelser og erfaringer de sundhedsprofessionelle har gjort sig indtil nu, for at blive klogere på, hvilke udfordringer og barrierer der skal arbejdes særligt målrettet og opmærksomt med, nu og i fremtiden, hvis opskalering skal lykkes. Resultaterne fra denne undersøgelse begrænser sig ikke blot til projekt 'telemedicinsk sårsvurdering'. Derimod indeholder identificeringen af centrale barrierer, og strategier til overvindelse af disse, et videns- og læringspotentiale, der kan være *relevant for alle* der arbejder med implementering og opskalering af telemedicinske initiativer.

Et multipelt casestudiedesign – en model

Ved hjælp af et multipelt case-design styrkes præcisionen i undersøgelsens resultater, validitet og stabilitet (Neergaard 2007: 22). Projekt 'Telemedicinsk sårsvurdering' bruges i denne undersøgelse som en *overordnet "case-ramme"*, hvilket vil sige at de 5 implementeringsklynger anvendes som *fem underliggende forskellige cases*, der i relief til de 4 fremhævede karakteristika ligner hinanden i sin form, men som organisatorisk adskiller sig fra hinanden på forudsætninger og indhold – både på tværs og internt/lokalt.

Figur 1: Telemedicinsk Sårsvurdering som case-ramme

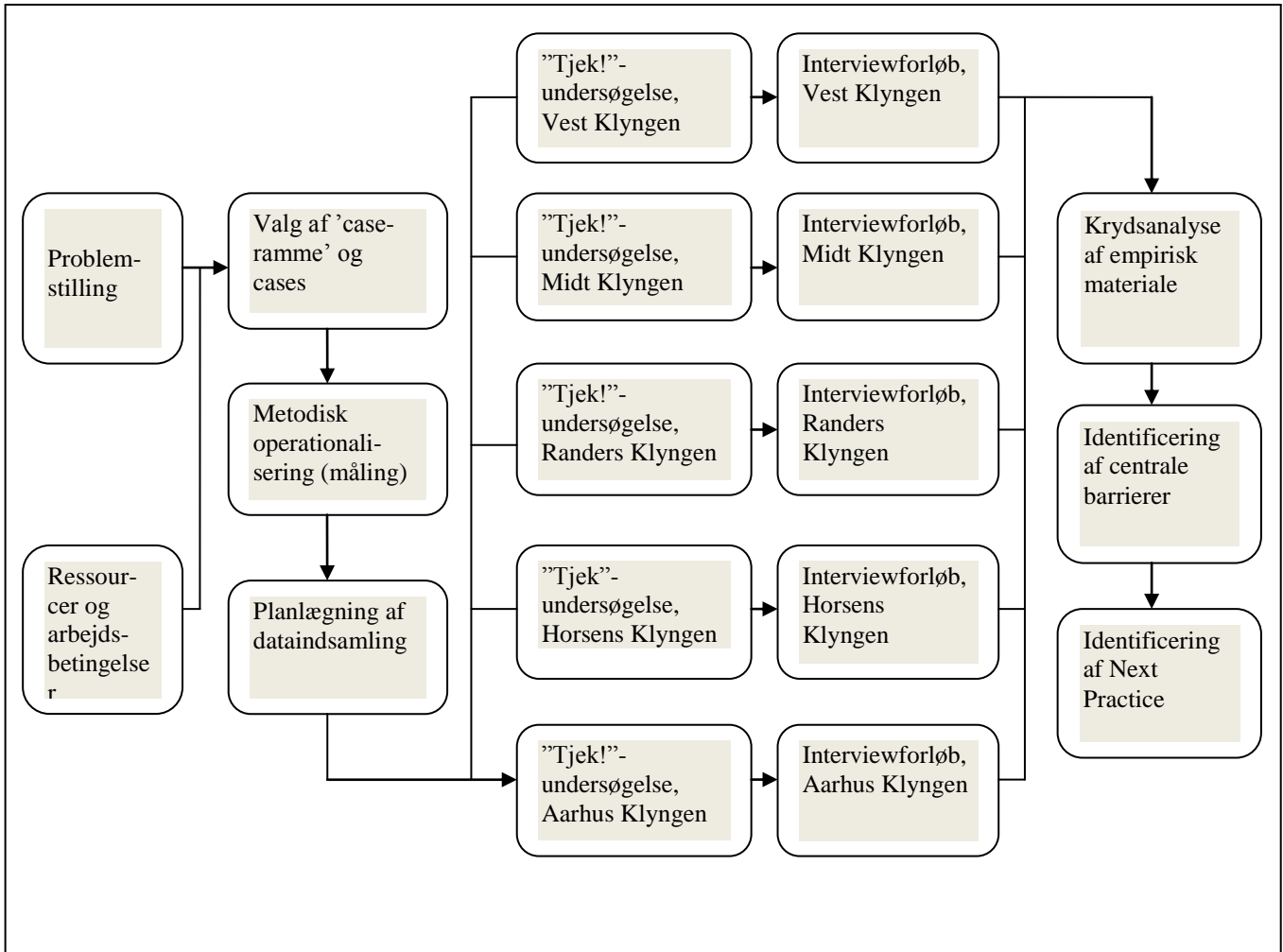


Fordi undersøgelsen har til formål at indfange centrale barrierer, og hvordan barrierer kan overvindes i praksis, er det nødvendigt at casene som udgangspunkt ligner hinanden på visse parametre (i relief til de 4 karakteristika), men skal resultaternes robusthed styrkes, skal casene også bidrage med en vis grad af variation (Neergaard 2007: 22). Fællestræk og mønstre der går på tværs af variationen i det empiriske materiale, er med andre ord af speciel interesse og værdi, når centrale implementeringsudfordringer, barrierer og nye handlemuligheder skal indfanges.

Valget af cases og 'case-ramme' er således i høj grad *formålsbestemt*, idet både rammen og casene bidrager med væsentlig information i belysningen af problemstillingen.

Det skal her understreges, at det empiriske materiale – der indhentes fra hver af de fem cases – krydsanalyseres, med det formål at indfange og tydeliggøre, hvad der går på tværs, og hvad der er særligt for de enkelte kontekster. Nedenfor er den anvendte casestudiemetode skitseret (overordnet):

Figur 2: Casestudiedesign



Metodisk tilgang og praktisk gennemførelse

De sundhedsprofessionelles erfaringer og oplevelser har en helt central betydning i forhold til undersøgelsens metodiske approach. Identificeringen af væsentlige barrierer og håndteringsstrategier, og kvalificeringen af evalueringsskemaet ”Tjek!”, afhænger nemlig i høj grad af viden om, hvad de sundhedsprofessionelle oplever som særlig problematisk, og ikke mindst hvad der på baggrund af erfaringer tilskrives særlig mening og betydning, når telemedicin skal integreres som en del af dagligdagen.

Fordi implementeringsprocesser indeholder stor kompleksitet, er det i relief til undersøgelsens vidensinteresse afgørende, at den metodiske tilgang bidrager med en vis grad af bredde og dybde i det empiriske materiale. Der arbejdes derfor med en *multidimensionel* metodisk tilgang, der har til formål at ’forsyne’ undersøgelsen med forskellige perspektiver:

- *Evalueringsskemaet ”Tjek!”*. Spørgeskemaet består af 27 udsagn som alle relaterer sig til faktorer og forudsætninger for vellykket implementering (fokusskabende).
- *Fokusgruppeinterviews* med nøglepersoner og tovholdere fra de 5 implementeringsklynger. Fokusgruppeinterviewene er centreret omkring erfaringer og oplevelser med særlige barrierer (bredde og dybde).
- *Refleksionsinterviews* med nøglepersoner fra de 5 implementeringsklynger. I tråd med fokusgruppeinterviewene, sættes der med refleksionsinterviewene fokus på erfaringer og oplevelser med barrierer (bredde og dybde).
- *Individuelle interviews* med centrale aktører fra de 5 klynger. Interviewene bidrager med ”ledelsesperspektiver” på erfaringer og oplevelser med implementeringsudfordringer, forudsætninger og rammevilkår (dybde).

Der deltager i alt 21 personer i interviewundersøgelsen, herunder medarbejdere og ledere fra både kommunalt og hospitalsregi. Deltagerne besvarer, forinden interviewforløbet, evalueringsskemaet ”Tjek!”. Besvarelsene følges op med både fokusgruppeinterviews, refleksionsinterviews og individuelle interviews, med henblik på at kvalificere svarene². Interviewforløbet bruges således til

² Begrebsmæssigt arbejdes der her med *metodisk triangulering*, fordi kvalificerede forklaringer på, hvorfor bestemte mønstre forekommer i det kvantitative materiale, kræver kvalitativ metodisk opfølgning.

at åbne op for de forhold der i evalueringsskemaet er angivet som væsentlige, og flytter på denne måde fokus fra 'forhold der er vigtige', til 'hvorfor er disse forhold vigtige'. Kort sagt, bringer bevægelsen fra "thin-data" til "thick-data" besvarelserne ind i deres respektive kontekster, og er på denne måde med til at højne validiteten af undersøgelsens resultater.

De individuelle interviews, refleksionsinterviewene og fokusgrupperne bruges som ligestillede former for empirisk datagenerering, hvilket betyder at de to tilgange bruges som ligeværdige kilder til forskellige perspektiver på problemstillingen.

Fordi problemstillingen i sig selv er kompleks og multidimensionel, afspejler sammensætningen af de enkelte fokusgrupper både sektorielle og faglige grænseflader, dette med et primært afsæt i 'medarbejderperspektivet'. Refleksionsinterviewene afspejler ikke i samme omfang sektorielle og faglige grænseflader, men arbejder med og understøtter 'medarbejderperspektiverne' i fokusgruppeforløbet. De individuelle interviews bidrager med et særligt indblik i forskellige ledelsesrum, hvor der blandt andet stilles skarpt på, hvilke udfordringer og muligheder, der er forbundet med at bruge telemedicin som et ledelses- og udviklingsværktøj – blandt andet på spørgsmål om lokal kvalitetssikring, helhedsorienterede løsninger og samarbejde på tværs.

Kort om "Tjek!"

"Tjek!" er et konkret evaluerings- og implementeringsværktøj, der bruges til at identificere, hvilke barrierer der er på spil, når telemedicinske løsninger skal implementeres i stor skala³. Helt centralt er, at "Tjek!" specifikt henvender sig til sundhedsprofessionelle, der arbejder med at integrere telemedicin som en del af den daglige arbejdsgang – både lokalt og på tværs. Som analyseredskab inviterer "Tjek!" til at både medarbejdere og ledere tager del i evalueringen af implementeringsprocessen, således at der skabes et godt grundlag for belysning af forskellige perspektiver, og ikke mindst hvordan næste skridt kan se ud.

"Tjek!" er hovedsageligt baseret på *Model til Fastholdelse af Ny Praksis*⁴, hvis fokus er at styrke sundhedsprofessionelles evne til at fastholde forbedringer af sundhedsløsninger. Modellen arbejder med at identificere lokale (og tværgående) forudsætninger for fastholdelse af ny praksis, og har fokus på, hvilke handlemuligheder sundhedsprofessionelle kan gøre brug af, hvis fastholdelse af ny

³ Læs mere om Tjek! på www.tjek.rm.dk

⁴ Original titel: "Sustainability – Model and Guide". Institute for Innovation and Improvement. NHS. (Maher, Gustafson & Evans 2010).

praksis skal lykkes. Det er her vigtigt at understrege, at ”Tjek!” er en udvidet version af ’Model til fastholdelse af ny praksis’. Dette betyder, at ”Tjek!”, arbejder med (endnu) flere faktorer og parametre, i identificeringen af potentielle barrierer og udfordringer i implementeringsprocesser.

Hvorfor refleksionsinterviews og fokusgrupper?

Baggrunden for valget af fokusgrupper er, at fokusgruppeinterview er data på gruppeniveau. Det fokusgrupper kan, er altså at generere viden om den kompleksitet som deltagerne til dagligt arbejder i og med. Deltagernes sammenligninger af erfaringer, oplevelser og praksisser i fokusgruppe-settingen, producerer en viden om - og er med til at gøre os klogere på - både forskelligheder og ligheder i menings- og betydningstilskrivning⁵ (Halkier 2010: 123). Fokusgrupperne bidrager her med en særlig bredde i viden, som er svær at indhente ved hjælp af eksempelvis individuelle interviews. I kraft af at deltagerne spørger ind til hinandens oplevelser, og kommenterer på hinandens erfaringer ud fra en kontekstuel forforståelse, fungerer fokusgrupperne som et værdifuldt middel til mere komplekse data⁶. Interessen er her i selve indholdet i samtalerne, og ikke i gruppernes interaktion.

Til forskel fra fokusgrupperne, genererer refleksionsinterviewene⁷ ikke data på gruppeniveau, men bidrager i stedet med ’par genererede’ refleksioner over praksis, erfaringer og oplevelser med barrierer. Med refleksionsinterviewene opnås der således ikke samme grad af bredde i materialet, til gengæld indløses der en højere grad af dybde, i kraft af at hver enkelt deltager her tildeles mere taletid.

Den praktiske gennemførelse – strukturering og facilitering

Der gennemføres i alt tre fokusgruppeinterviews og to refleksionsinterviews – fordelt på de fem implementeringsklynger. Hvor fokusgrupperne består af 3-6 deltagere, medvirker to nøglepersoner for hvert af de to refleksionsinterviews. Alle deltagere har god indsigt i og kontakt med praksisarbejdet omkring telemedicin⁸.

⁵ Indholdet i gruppesamtalerne giver værdifulde data om graden af konsensus og diversitet blandt deltagerne. Dette er unikt for fokusgruppeinterviews.

⁶ En særlig styrke er her fokusgruppers evne til at producere koncentrerede data om problemstillingen på en relativt tilgængelig måde – i modsætning til feltarbejde og deltagende observation. Svagheden er til gengæld, at der ikke opnås indblik i potentielt interessante (usagte) forhold i deltageres ’levede’ arbejdsmæssige kontekster – noget der netop vil kunne opnås ved koncentreret tilstedeværelse i felten (Halkier 2010: 123;124).

⁷ ’Refleksionsinterviews’ anvendes i denne sammenhæng som en betegnelse for en interviewform, der metodisk trækker på såvel egenskaber ved den individuelle interviewform som ved fokusgruppemetoden.

⁸ For yderligere uddybning henvises til afsnittet: ”Udvælgelse af informanter – strategisk variationsudvælgelse”.

Struktureringen af forløbet i både refleksions- og fokusgrupperforløbet er baseret på *den blandede tragtmodel*, hvor interviewet startes åbent og afsluttes med en strammere styring (Halkier 2010: 126). Baggrunden for dette er at give plads til deltagernes perspektiver, og samtidig sikre belysningen af undersøgelsens vidensinteresse. Der er afsat to timer til hvert enkelt interview. Den første halve time afsættes til brede startspørgsmål om:

1. hvad der optager deltagerne ved brugen af telemedicinsk sårvurdering for tiden? – dette med henblik på at skærpe deres opmærksomhed og samtale på implementeringsudfordringer forbundet med telemedicinsk sårvurdering.
2. hvad vil 'vellykket implementering' sige? – hensigten er her at åbne op for forskellige oplevelser, perspektiver, kontekster og forudsætninger for deltagernes arbejde med implementering af telemedicinsk sårvurdering.

Herefter snævres tragten gradvist ind ved hjælp af en øvelse og mere specifikke spørgsmål, der har til formål at komme tættere på undersøgelsens vidensinteresse. Øvelsen og de mere specifikke spørgsmål er både inspireret og baseret på betragtninger fra deltagernes besvarelser af "Tjek!", – og fungerer som værktøjer til at kvalificere og fremme diskussionen i interviewene med (Halkier 2010: 132).

"Tricks of the Trade"

I både refleksionsinterviewene og fokusgrupperforløbet arbejdes der med en øvelse, der har til formål at "sætte rammen" ved at skabe retning, fokus, diskussion og refleksion, og anskueliggøre oplevelser og erfaringer fra praksis samt særlige rationaler, værdier og betydningstilskrivninger ("plejer"). Det handler her om på én gang at synliggøre centrale barrierer, og "spotte" udviklingsmuligheder ('next practice').

I *øvelsen* sorterer hver enkelt deltager i en række udsagn, og vælger individuelt tre udsagn, der afspejler hvilke problemstillinger/barrierer, de mener passer bedst på deres dagligdag i arbejdet med telemedicinsk sårvurdering (udsagnene er baseret på deltagernes besvarelser af "Tjek!"). Herefter skal deltagerne begrunde deres valg af udsagn for de andre deltagere, dette med afsæt i betydningen af barriererne, og hvilke årsager/mekanismer, der holder

barriererne ved lige. Udover at vedligeholde diskussionen, er ideen her at få indblik i, hvilke erfaringer og oplevelser med barrierer deltagerne grupperer sammen, og hvordan de på oplevelser og erfaringer, adskiller sig fra hinanden.

I forlængelse af øvelsen, bedes deltagerne om at forholde sig til hinandens valgte barrierer, og med udgangspunkt heri diskutere og formulere, hvilke midler/strategier barriererne kan overvindes med. Ideen er at spore diskussionen ind på en slags evaluerende samtale, hvor hensigten er at skabe rum for forskellige vurderinger. Idet deltagerne her skal samarbejde om 'hvad der giver mening og hvordan', og ikke blot forklare deres individuelle oplevelser med barrierer i hverdagen, som i den første øvelse, understøttes en samtidig synliggørelse af deltagernes 'plejer', og strategier for andre og nye måder at handle på.

Øvelsen som hjælpemiddel til at fokusere samtalen og diskussionerne med, er en måde hvorpå det løbende er muligt at afgrænse og prioritere, hvilke områder der er særlig vigtige at have blik for, i arbejdet med implementering af telemedicin – både på spørgsmålet om centrale barrierer og på spørgsmålet om 'next practice'. På denne måde "gemmer" den viden der genereres og deles i både refleksionsinterviewene og fokusgrupperne, på et emancipatorisk/udviklende potentiale.

Hvorfor individuelle interviews?

Modsat fokusgrupper, giver de individuelle interviews meget bedre mulighed for at undersøge i dybden, idet interviewformen giver informanten mere taletid, og dermed større mulighed for at reflektere over og diskutere egne oplevelser og erfaringer (Brinkmann & Tanggaard 2010: 31). Fordi det individuelle interviewforløb er centreret omkring ledelsesperspektivet, giver interviewformen adgang til at undersøge, hvad implementering af telemedicin betyder for ledelsesrummet – hvilke muligheder og barrierer processen medfører, og hvad de centrale ledelsesudfordringer består i.

Baggrunden for, at der udelukkende arbejdes med ledelsesperspektiver i det individuelle interviewforløb, er primært at ledernes viden om centrale implementeringsbarrierer - i analyseøjemed - kan bruges som en art ekspertinterview. Lederne bidrager nemlig med en særlig viden om organisatoriske rammevilkår, ledelsespoltikker, og ikke mindst hvordan det strategisk set

er muligt/ikke muligt at bruge telemedicin som et værktøj til at udvikle praksis, og skabe samarbejde på tværs⁹.

Den praktiske gennemførelse – strukturering og facilitering

Der gennemføres i alt fem individuelle interviews med ledere, der enten er tilknyttet hospitalssektoren eller kommunalt regi. Lederne er alle en del af arbejdet i de fem implementeringsklynger, og har derfor et godt indblik i implementeringsprocessen, både internt i ”egne rækker”, men også på tværs af grænseflader.

Selve struktureringen af det individuelle interviewforløb, er baseret på *den semistrukturerede interviewmodel*. I og med at der i denne undersøgelse ikke interviewes på basis af fastlagte teoretiske kategorier, men derimod på basis af informanternes besvarelser af evalueringsskemaet ”Tjek!”, formes struktureringen af de enkelte interviews primært efter de temaer og mønstre, der har været fremtrædende i deres individuelle besvarelser. Centrale temaer og mønster er således i udgangspunktet styrende for både fokus og interviewspørgsmål. Dette betyder dog langt fra, at der ikke afviges fra den umiddelbare strukturering – det er nemlig i høj grad i undersøgelsens vidensinteresse at tilstræbe åbenhed og dynamik, og dermed forfølge den fortælling, som informanten er mest optaget af at fortælle.

En ikke uvæsentlig betragtning er også, at det individuelle interviewforløb tilbyder deltagerne at træde et skridt – ikke tilbage – men ind i eget ledelsesrum, for at undersøge og reflektere over egne ledelsesudfordringer, hvordan barrierer kan overvindes og hvilke muligheder der er for at handle anderledes i praksis.

Fortællingernes dobbelthed

Fordi undersøgelsens empiriske materiale primært består i ’den fortalte fortælling’ om oplevelser og erfaringer, arbejdes der, i gennemførelsen af fokusgrupperforløbet og det individuelle interviewforløb, med en særlig opmærksomhed på fortællingens dobbelthed: de sundhedsprofessionelles forståelser af praksis, og deres praktisering af denne forståelse

⁹ En anden ikke uvæsentlig overvejelse har også været at afværge for høj en grad af asymmetri i fokusgrupperne, da dette potentielt vil kompromittere dialogen og i sidste ende det empiriske materiale. Ud fra denne overvejelse, er det metodisk vurderet hensigtsmæssigt at holde ledelsesperspektivet og medarbejderperspektivet mere eller mindre adskilt i interviewforløbet.

(Søndergaard 2001: 76). I interviewsituationerne er det afgørende, at de sundhedsprofessionelle giver eksempler på, hvordan barrierer udfolder sig i praksis, hvilken betydning udfordringerne har for deres arbejdsgange og handlingsfelt mv. – fordi konkrete eksempler på daglige praksissituationer ”afslører” noget om den konkrete betydning og rækkevidde af barrierer, forbundet med implementering af telemedicin. Praksiseksemplerne fortæller ligeledes noget om, hvilke rationaler og logikker der findes ”bag om” det, der opleves som barrierer.

Udvælgelse af informanter – strategisk variationsudvælgelse

Udvælgelsen af informanter har fundet sted på baggrund af en række udvælgelsesovervejelser og kriterier, der i henhold til belysningen af problemstillingen er vurderet som særlig væsentlige.

Udvælgelsen af informanter har baggrund i en variationsudvælgelsesstrategi, hvor logikken er at fælles mønstre, som opstår på baggrund af variation, er at særlig stor interesse og værdi, når erfaringer og oplevelser med centrale barrierer skal indfanges¹⁰. Der er rekrutteret informanter til besvarelse af evalueringsskemaet ”Tjek!” og interviewforløbet med afsæt i nedenstående udvælgelseskriterier:

- ✓ Både ”medarbejderperspektiver” og ”ledelsesperspektiver” skal inddrages på spørgsmålet om centrale barrierer, og hvordan det er muligt at overkomme disse.
- ✓ I hver fokusgruppe skal der være repræsenteret et varieret udsnit af faggrupper/sundhedsprofessionelle, der er tæt knyttet til, og/eller til dagligt arbejder med telemedicinsk sårvurdering.
- ✓ I det individuelle interviewforløb skal der være en balance mellem ledelsesperspektiver med baggrund i hospitalsvæsenet, og ledelsesperspektiver med baggrund i det kommunale - i belysningen af ledelsesudfordringer, muligheder og barrierer i forbindelse med implementering af telemedicinsk sårvurdering.
- ✓ Hertil er det ud fra et sociologisk perspektiv væsentligt, at informanterne repræsenterer et varieret aldersudsnit, varieret beskæftigelse samt uddannelsesniveau. Dette ud fra en formodning om, at informanternes alder, beskæftigelse og uddannelsesniveau/baggrund potentielt indvirker på, hvad de oplever som særlige udfordringer og barrierer, samt hvordan barrierer og handlemuligheder betydningstilskrives.

¹⁰ I fortolkningen af et empirisk materiale med stor variation, er det nødvendigt at fortolke med en særlig sensitivitet i relief til de forskellige kontekster, hvori implementering af telemedicinsk sårvurdering udspiller sig. I et mindre omfangsrigt casestudie som dette, skal der altså være en særlig opmærksomhed på, at heterogeniteten i materialet potentielt giver et mere fragmenteret billede, i kraft af at de individuelle cases på visse parametre er meget forskellige fra hinanden (Neergaard 2007 : 30).

Der arbejdes altså med en vis grad af heterogenitet – både i det individuelle interviewforløb og i fokusgruppeforløbet. Fællesnævneren for alle informanter er imidlertid at de alle, på forskellige måder, bærer på vigtig viden om implementeringsprocesser – både fra deres egen dagligdag, og fra deres involvering i implementeringsklyngerne. De kan derfor alle bidrage med værdifuld indsigt i, hvad vi skal arbejde særligt opmærksomt med, og hvordan vi bliver bedre til at implementere i stor skala. At der er en klar fællesnævner til stede i de ellers mere eller mindre heterogene fokusgrupper, betyder også at diskussionsflowet og relevansen i samtalen underbygges, hvilket er af særlig vigtighed i forhold til at sikre materialets udsigelseskraft.



Analyselstrategi – analytisk induktion og Maltamodellen

Analyselstrategisk arbejdes der med *analytisk induktion*, hvilket vil sige at der tages udgangspunkt i det empiriske materiale – det handler med andre ord om at lade empirien ”tale”.

At lade empirien tale, muliggør både en kvalitativ kvalificering af evalueringsskemaet ”Tjek!”, igennem oplevelser og erfaringer med centrale barrierer og udfordringer, og synliggør, hvordan der på potentielt virkningsfulde måder kan arbejdes med at overvinde barrierer (’next practice’).

I tråd hermed - og i betragtning af, at der i denne undersøgelse arbejdes med komplekse (kvalitative) data - inddrages den analyselstrategiske model ’Maltamodellen’, der 1) har til formål at bringe orden i datamængdens kompleksitet, og dermed give en struktur at arbejde efter, og 2) at undersøge barriererne og udfordringernes indhold og udtryk, ved at kigge på årsager og virkninger – sammenhænge – og mulige strategier og handlemuligheder i det faglige, organisatoriske og konkrete arbejde med implementering af telemedicinsk sårsvurdering. Særlige egenskaber ved modellen er, at den er:

1. meget anvendelig i forbindelse med udviklings- og forandringsarbejde¹¹
2. målorienteret
3. målgruppeorienteret
4. brugerorienteret

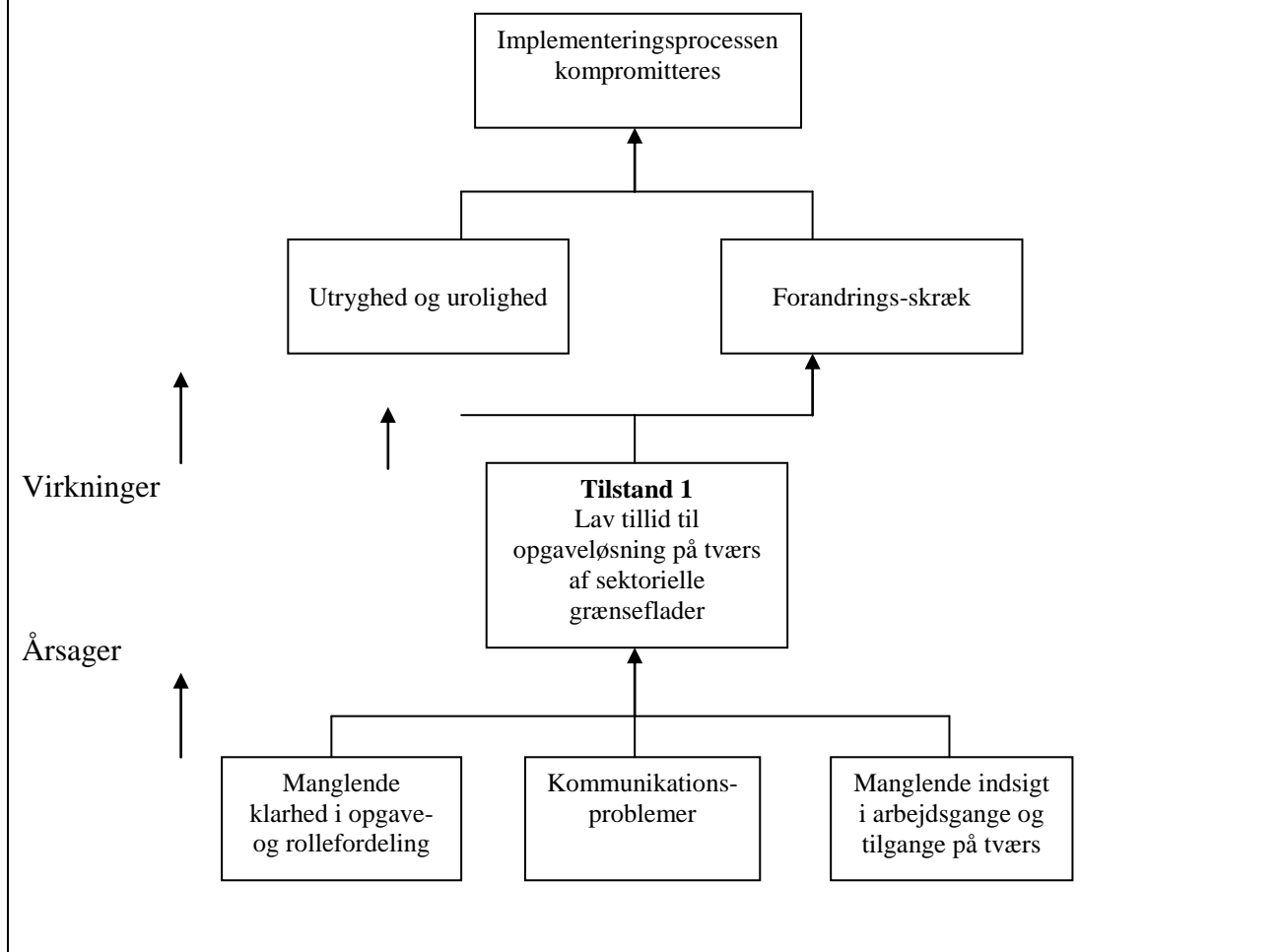
Maltamodellen – kortlægning af barrierer og handlemuligheder

Maltamodellen opererer med to gensidigt afhængige analyseniveauer: en *problemanalyse* der arbejder med årsager og virkninger, og en *mål-middel-analyse* der arbejder med at synliggøre handlemuligheder, herunder hvordan det er muligt at overvinde centrale problemstillinger og barrierer (Boolsen 2006: 96-97).

Nedenfor illustreres det, hvad det er Maltamodellens to analyseniveauer konkret kan i analysesammenhæng, og hvordan modellen sættes i spil. I figur 3 gives et konkret eksempel på, hvordan problemanalyseniveauet kan se ud:

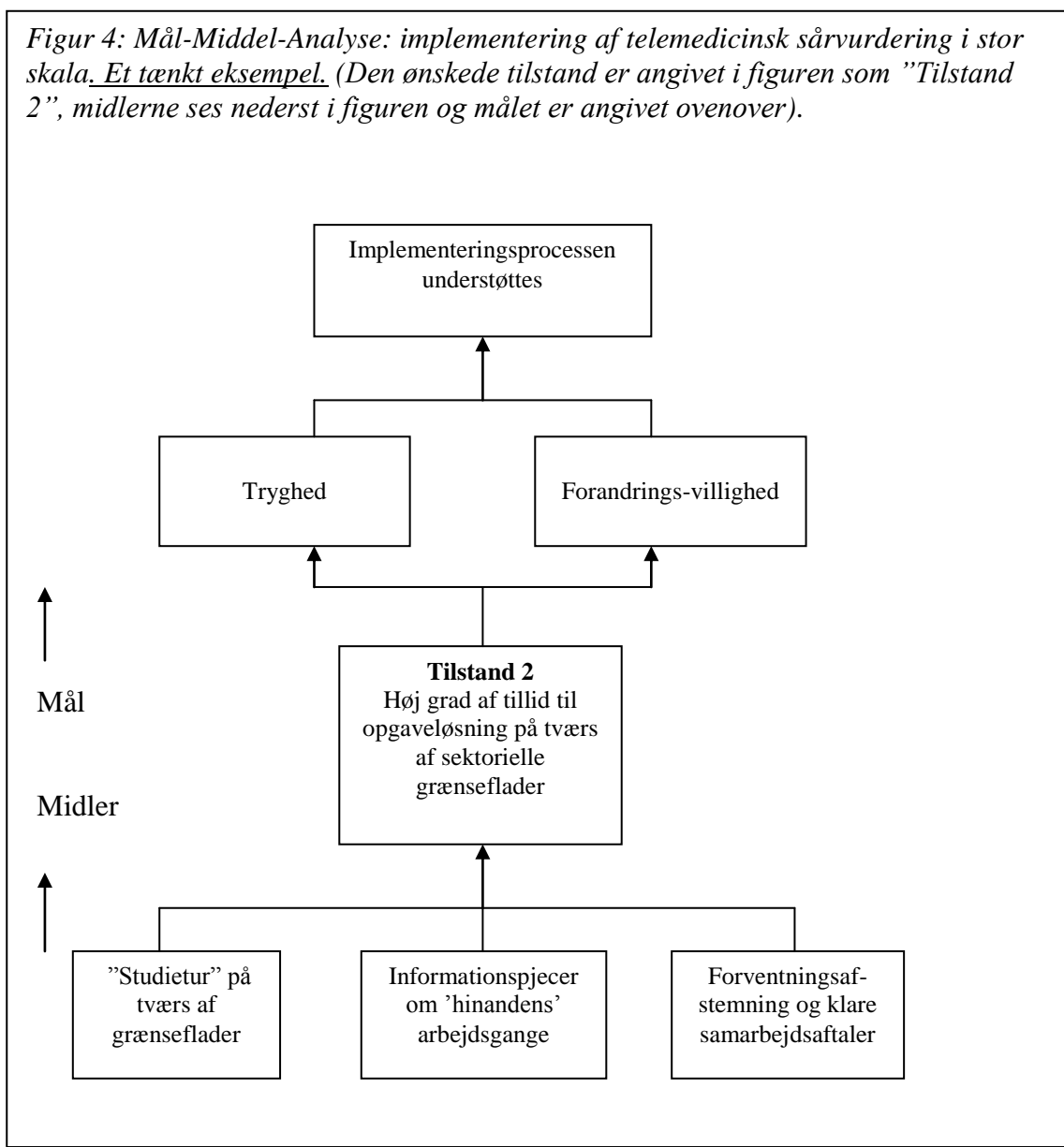
¹¹ Modellen er i dansk sammenhæng særligt anvendt i forbindelse med kriminalpræventive undersøgelser omkring forebyggelse af børne- og ungdomskriminalitet, og i undersøgelser af kriminaliteten i byens rum (Boolsen 2006: 87).

Figur 3: Problemanalyse – årsager og virkning: implementering af telemedicinsk sårvurdering i stor skala. *Et tænkt eksempel (det centrale problem/barriere er angivet som "Tilstand 1"; årsagerne er angivet nedenunder og virkningerne ses øverst i figuren).*



Det der er angivet som årsager i figur 1, får konsekvenser for mål-middel-analysen i Maltamodellen, hvor de korresponderende kasser peger på, hvilke midler der kan intervereres med for at ændre tilstanden af lav tillid, og indfri målet om vellykket implementering på tværs. Udover at være et værktøj til identificering af uønskede/uhensigtsmæssige tilstande, hjælper Maltamodellen altså med at skærpe opmærksomheden på, hvilke midler der kan være særlig vigtige at sætte i spil for at overvinde barriererne og åbne op for andre handlemuligheder. Det handler om at oversætte årsager til midler (Boolsen 2006: 92).

Maltamodellens mål-middel-analyseniveau er illustreret i figur 4. Læg mærke til, hvordan mål-middel-analysen sættes i spil i forhold til problemanalysen. Korrespondancen mellem de to analyseniveauer viser nemlig, hvordan det analytiske blik bevæger sig *fra* ”hvad karakteriserer centrale barrierer? Hvordan kommer barriererne til udtryk? Hvad ligger der til grund for barriererne, og hvilken betydning har de? (figur 3)”, *til* ”hvad giver dette anledning til at gøre i praksis? Hvad skal/kan vi vælge? Hvilke midler har vi til rådighed? Hvordan gør vi det i praksis? (figur 4)”:



Ved at finde frem til barrierernes årsager skabes en platform for at formulere mulige midler, der kan bruges til at ændre den uønskede tilstand. Det er her vi bevæger os væk fra den blotte kortlægning af barrierer, og i stedet kigger på, hvad der potentielt skal til for at understøtte implementeringsprocessen og indfri målet om vellykket implementering på tværs. Med andre ord, handler det om at blive skarp på, hvilke midler der kan gøres brug af, når dagligdagens rationaler skal forstyrres, og praksis skal udvikles.

Maltamodellens begrænsninger – opmærksomhedspunkter

Som analytisk redskab har Maltamodellen nogle ikke uvæsentlige begrænsninger i kraft af, at modellen ikke tænker i interaktionelle sammenhænge, men derimod udelukkende arbejder med årsag/virkning-sammenhænge (Boolsen 2006: 89). Modellen giver altså et lineært billede af 'virkeligheden', og ikke et dynamisk – som repræsenterer et mere sandt billede af den sociale verden i organisationer og implementeringssammenhænge. Hvor modellens svaghed er, at den ikke er så sofistikeret at den opfanger interaktioner og dynamik, er modellens styrke til gengæld at den "skærer igennem", og hjælper med at skærpe blikket på centrale tilstande/barrierer, og ikke mindst, hvordan næste skridt kan se ud.

Det skal i denne sammenhæng nævnes, at den valgte tilgang til bearbejdning af det empiriske materiale, betyder at det analytiske blik uundgåeligt vil være præget af at skrive bestemte forhold og fortællinger frem, som kan belyse, hvad der ligger til grund for mulige barrierer, og hvordan barrierer kan overvindes. Fordi der ledes efter "noget bestemt", bestræbes en særlig sensitivitet i fortolkningen af materialet, hvilket konkret betyder, at der hovedsageligt trækkes på eksemplificerende fortællinger.

Analysedel 1 – Kortlægning af centrale barrierer

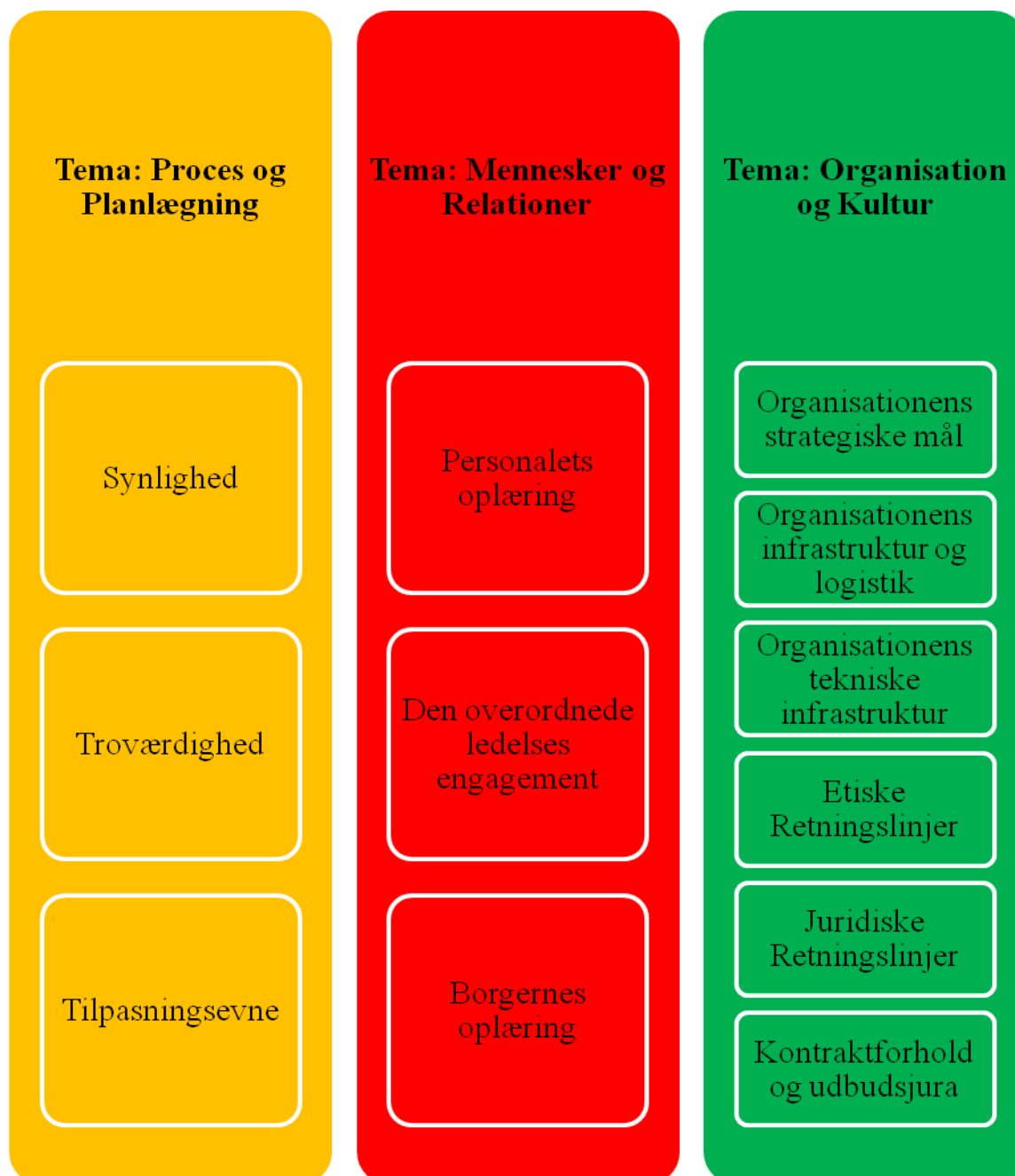
Identificering af centrale barrierer – fra ”thin” til ”thick” data

Identificering af centrale barrierer og udfordringer, i arbejdet med implementering af telemedicinsk sårvurdering, har fundet sted på to niveauer: 1) kortlægning af barrierer på baggrund af deltagernes indledende selvevaluering i ”Tjek!”, 2) yderligere indkredsning af centrale barrierer og udfordringer, med baggrund i deltagernes egne fortællinger om oplevelser og erfaringer, samt hvad der særligt optager dem for tiden i implementeringsarbejdet.

Denne bevægelse fra ”thin-data” til ”thick-data” bidrager med en kvalificering og substantiel uddybning af centrale barrierer og udfordringer. Hvor analysedel 1 beskæftiger sig med kvalificering af centrale barrierer, behandles barrierernes indhold og betydning nærmere i analysedel 2.

Kortlægning af barrierer med afsæt i ”Tjek!” – første niveau

Med afsæt i deltagernes besvarelser af ”Tjek!”, er der udarbejdet en overordnet kortlægning af, hvilke barrierer der for de sundhedsprofessionelle umiddelbart er i spil, når telemedicin skal implementeres, og overgå fra projekt til drift. Idet ’medarbejderperspektiver’ og ’ledelsesperspektiver’ på implementeringsudfordringer behandles som ligeværdige kilder, baseres kortlægningen på helheden i materialet og dermed på fællesnævnerne i deltagernes besvarelser¹². Det skal dog fremhæves, at hvor der blandt medarbejdernes besvarelser har været relativ stor enighed om udfordringer og barrierer, er der i gennemgangen af ledernes besvarelser fundet betydelig større variation. Ikke desto mindre kan der, på tværs af materialet som helhed og med forbehold for nogen variation, identificeres i alt 12 emner/barrierer, der af deltagerne angives som værende af relativ stor betydning for implementeringsforløbet. En overordnet kortlægning af disse emner/barrierer fremgår af nedenstående ’oversigt’:

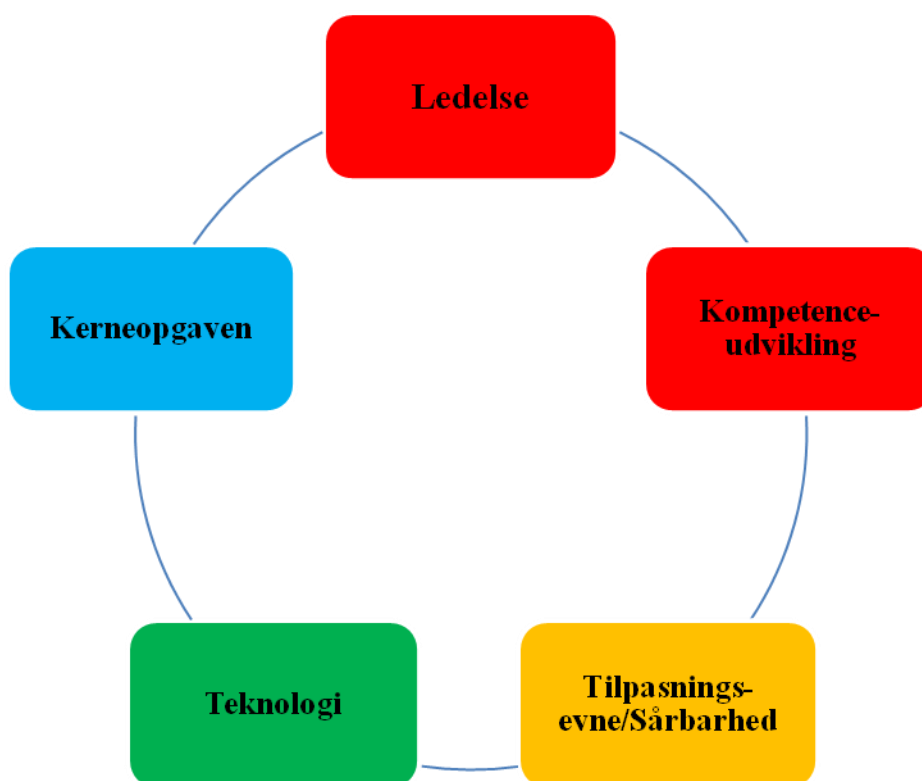


Oversigten illustrerer, hvordan deltagernes angivelser af barrierer med relativ stor betydning for implementeringsforløbet, fordeler sig jævnt på ”Tjek!’s” overordnede tematikker. Dertil illustrerer oversigten, at der er stor kompleksitet og mange parametre i spil i arbejdet med at lykkes med implementering af telemedicinsk sårvurdering – dette på trods af, at implementeringsprojektet er baseret på moden teknologi. ”Tjek!” som kortlægningsredskab skærper således metodisk opmærksomheden på det forhold, at implementering af teknologi langt fra blot handler om

teknologi, men i særdeleshed om proces, organisation, kultur og relationer – både mellem borgere, medarbejdere og ledere.

Indkredsning af barrierer med afsæt i det kvalitative materiale – andet niveau

I gennemgangen af det kvalitative materiale er der, på tværs af både 'medarbejderperspektiver' og 'ledelsesperspektiver', identificeret fem fremtrædende barrierer. Hvor deltagernes angivelser i "Tjek!" har fungeret som afsættet for interviewdialogen, har formålet med det kvalitative interviewforløb været at forfølge deltagernes egne fortællinger, oplevelser og erfaringer med 'benspænd' i implementeringsprocessen. I indkredsningen af barrierer har det med andre ord, i høj grad handlet om at 'lade empirien tale'. Deltagernes oplevelser med barrierer og udfordringer i implementeringsprocessen, har i stort omfang korresponderet med problemstillinger omfattet af "Tjek!", ikke desto mindre har empirien skærpet opmærksomheden på et yderligere perspektiv – spørgsmålet om at kende den fælles kerneopgave. De fem centrale barrierer er:



Det skal understreges, at disse fem barrierer ikke skal forstås som adskilte størrelser, men derimod som gensidigt afhængige. Relevansen og vigtigheden af de fem fremførte barrierer underbygges af

forsker Dean Fixsens arbejder, hvori det påpeges at parametrene ledelse, organisering og kompetenceudvikling udgør de tre basale implementeringskræfter. Parametrene spiller – både hver især og ikke mindst i samspil med hinanden – en afgørende rolle i forhold til, hvorvidt implementering af ny praksis lykkes (Fixsen 2005 : 2009). Ledelsens aktive involvering og medvirken i implementeringsprocessen har imidlertid en særlig betydning for implementeringskvaliteten – dette understøttes både af nærværende empirimateriale og af megen litteratur på området, spørgsmålet er imidlertid *hvordan*. Dette spørgsmål og mange flere behandles i analysedel 2, hvor indholdet og betydningen af de fem barrierer, og ikke mindst konkrete greb i overvindelsen af disse, belyses.

Kvalificering af ”Tjek!”

Som allerede fremhævet, korresponderer deltagernes egne oplevelser med særlige barrierer i implementeringsprocessen, med centrale teamtikker omfattet af selvevalueringskemaet ”Tjek!”. Det empiriske materiale har imidlertid skærpet blikket på et yderligere perspektiv: væsentligheden i at kende den fælles kerneopgave. De problemstillinger der kobler sig til spørgsmålet om at kende den fælles kerneopgave, relaterer sig på forskellig vis til de udslagsgivende tematikker omfattet af ”Tjek!”. Ikke desto mindre, peger problemstillingerne vedrørende den fælles kerneopgave på noget ganske essentielt: der er brug for langt større klarhed over, *hvad* der skal udvikles på, *hvem* der skal gøre det, og *hvorfor* de skal gøre det. Måltrettet arbejde med den fælles kerneopgave kan med andre ord understøtte og kvalificere arbejdet med barriererne, der går på ledelse, kompetenceudvikling, tilpasningsevne/sårbarhed og teknologi. Spørgsmålet om kerneopgaven kan derfor med fordel sættes i spil som et supplerende perspektiv i anvendelsen af selvevalueringskemaet ”Tjek!”, idet spørgsmålet produktivt forstyrrer både praktikere og lederes logikker og rationaler, og (gen)skaber opmærksomhed på det fælles udgangspunkt for implementeringsarbejdet – internt og på tværs. Hvad praktikere og ledere betragter som henholdsvis centralt og perifert, kan gennem spørgsmålet om kerneopgaven udfordres på måder der skaber blik for (nødvendige) udviklings- og forandringspotentialer – og ikke mindst nye og andre handlingsstrategier.

Analysedel 2 – Centrale barrierer og Next Practice Former

Introduktion

Førend analysen af de fem særligt fremtrædende barrierer og de dertilhørende 'next practice' former udfoldes, er det i forståelsesøjemed vigtigt at holde fast i, at implementering er et komplekst fænomen, og at der derfor ikke findes nogen simpel opskrift på, hvad der præcist skal gøres for at opnå en vellykket implementering. De kontekster deltagerne i nærværende undersøgelse taler ud fra, illustrerer at implementeringsprocesser finder sted i forskellige kulturelle og socioøkonomiske omgivelser, der varierer mellem de enkelte kommuner og hospitaler. Der er blandt andet tale om forskellige personaleressourcer, ledelsestilgange og ikke mindst forskellige grader af motivation for at lykkes med implementeringen af telemedicinsk sårvurdering. Ikke desto mindre er der, som nævnt og fremhævet, i materialet nogenlunde enighed om, at især fem forhold har særlig betydning for at sikre forankring og fremdrift i implementeringen.

Samtlige fem centrale forhold/barrierer relaterer sig i høj grad til, hvad vellykket implementering kræver af *implementeringsmiljøet*. Derfor arbejdes der i behandlingen af de fem barrierers indhold og betydning med en skærpet opmærksomhed på, hvad der skal til for at skabe et bedre og mere bæredygtigt implementeringsmiljø. Udgangspunktet for analysen af de fem centrale barrierer, står i direkte relief til centrale aspekter i diskussionen omkring nøjagtighed og/eller tilpasning af implementeringsindsatser.

Implementering - mellem nøjagtighed og tilpasning?

Et centralt punkt i implementeringslitteraturen er, at enhver tilpasning af en implementeringsindsats til den lokale kontekst indebærer en risiko for at underminere indsatsens nøjagtighed. Forholdet mellem, hvad der i litteraturen kaldes for fidelity (nøjagtighed) og adaption (tilpasning), handler med andre ord om, i hvilket omfang man er tro mod det oprindelige design af indsatsen (Fixsen 2005). Idet indsatser ofte er udviklet i en kontrolleret setting – med et særligt uddannet personale og med en særlig udvalgt målgruppe – kan det imidlertid være problematisk at implementere en indsats med fuldstændig nøjagtighed i virkeligheder, der er påvirket af et kvantum af forskellige ikke

kontrollerede faktorer¹³. Der er dog enighed om, at de bedste resultater opnås ved ikke at ændre for meget ved det oprindelige design af indsatsen (Marckmann & Rønnov : 2010).

Dette betyder dog langt fra at tilpasning ikke er nødvendigt – men frem for at tilpasse indsatsens oprindelige design (unødigt) til konteksten, bliver tilpasning i højere grad et spørgsmål om at være opmærksom på aspekter af eksempelvis organisatorisk, ledelsesmæssig eller økonomisk karakter, der enten vanskeliggør eller muliggør implementeringen – i dette tilfælde af telemedicinsk sårvurdering. Et vigtigt perspektiv på tilpasning, med målet om vellykket implementering, bliver dermed at skærpe opmærksomheden på, hvordan det er muligt at arbejde hen mod et bedre og mere bæredygtigt implementeringsmiljø, sådan at implementering af telemedicinsk sårvurdering bliver mulig, uden at det oprindelige design kompromitteres (unødigt).

Det analytiske fokus og den overordnede analysestruktur

Analysen af barrierernes indhold og betydning samt formuleringen af 'next practice' former, er baseret på betragtninger der i høj grad handler om, hvad der skal til for at etablere et bedre og mere bæredygtigt implementeringsmiljø. Med baggrund i de identificerede fem fremtrædende barrierer, rettes det analytiske fokus således mod, hvilke forhold der henholdsvis *kompromitterer* og *understøtter* implementeringsprocessen. Maltamodellens to analyseniveauer anvendes i denne forbindelse til at illustrere og konkretisere, hvordan bevægelsen fra barrierer til handlemuligheder kan se ud ved 1) at udforske, hvad der ligger til grund for barriererne, og 2) hvad dette giver anledning til at gøre i praksis. Det skal understreges at Maltamodellens to analyseniveauer hovedsageligt baseres på deltagernes egne oplevelser, fortolkninger og erfaringer.

Af hensyn til særligt to af de fremhævede barrierers gensidige afhængighed, sammenflettes barrieren 'kompetenceudvikling' med barrieren 'tilpasningsevne/sårbarhed'. Med afsæt i det empiriske materiale, ser den overordnede analysestruktur for analysedel 2 ud som følger:

¹³ Spørgsmålet om balancen mellem nøjagtighed og tilpasning er i litteraturen fortsat genstand for diskussion.

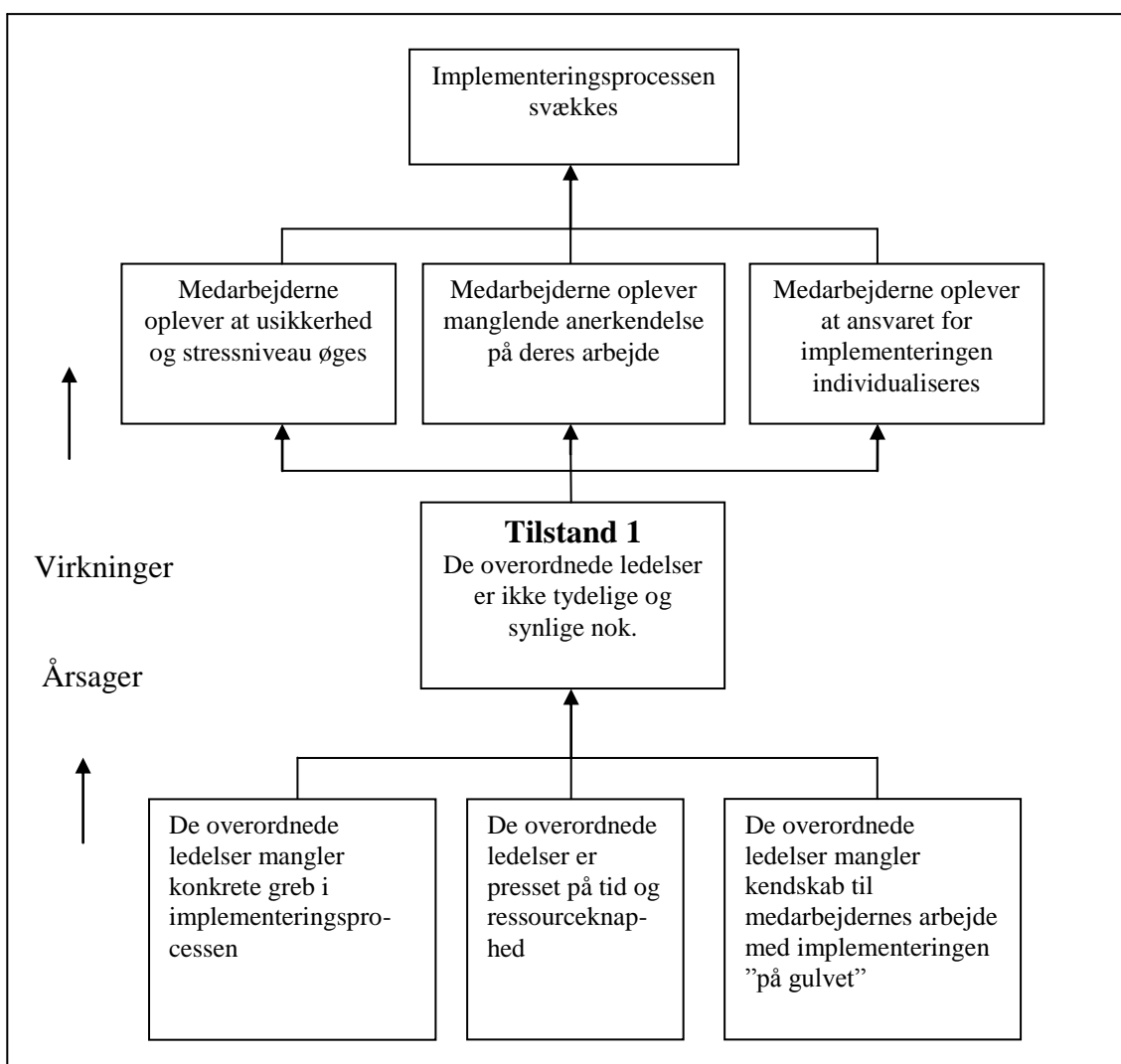
- **Barriere: Ledelse**
 - Forhold der kompromitterer implementeringsprocessen
 - Next Practice: Forhold der understøtter implementeringsprocessen
- **Barriere: Kompetenceudvikling og Robusthed**
 - Forhold der kompromitterer implementeringsprocessen
 - Next Practice: Forhold der understøtter implementeringsprocessen
- **Barriere: Teknologi**
 - Forhold der kompromitterer implementeringsprocessen
 - Next Practice: Forhold der understøtter implementeringsprocessen
- **Barriere: Kerneopgaven**
 - Forhold der kompromitterer implementeringsprocessen
 - Next Practice: Forhold der understøtter implementeringsprocessen

Med afsæt i barrieren 'Ledelse' åbnes analysen op med centrale perspektiver på, hvordan ledelse på alle niveauer spiller en vigtig rolle – det er nemlig ledelsen, der skal sikre rammerne for implementeringen og ikke mindst opbakningen til medarbejderne. Også den overordnede ledelse, der ikke har den direkte kontakt til det daglige praksisarbejde, spiller en vigtig rolle i det at støtte op om implementeringen både holdnings- og motivationsmæssigt – målene skal bakkes op og de relationsmæssige såvel som de økonomiske rammer for implementeringen skal sikres.

Barriere: Ledelse

I gennemgangen af det kvalitative materiale, er spørgsmålet omkring vigtigheden af ledelse i implementeringsprocesserne et fremtrædende emne, både i kommunalt og hospitalsregi. Særligt blandt medarbejderne og enkelte i den nære ledelse er der en oplevelse af, at de overordnede ledere, hverken er tydelige eller synlige nok. Den manglende synlighed og tydelighed, tegner ifølge medarbejderne og de nære ledere et billede af, at de overordnede ledere ikke er tilstrækkeligt involveret i sikringen af implementeringsprocessen. Dette har betydelige konsekvenser for det daglige praksisarbejde, og for implementeringsprocessen som helhed.

For at synliggøre, hvad der for deltagerne nærmere er på spil, og ikke mindst, hvilken betydning denne problemstilling har for implementeringsprocessen, illustreres problemstillingens årsager og virkninger ved hjælp af Maltamodellens problemanalyseniveau i nedenstående.



Problemanalysen illustrerer på fin vis, hvordan ledelsernes rolle og betydning i implementeringsprocessen ikke skal undervurderes – anerkendende støtte og opbakning på alle niveauer er afgørende for, at implementeringsprocessen vedligeholdes som tiltænkt. For de afdelingsledere, der skal lede medarbejderne i det daglige, er det vigtigt at de fra den overordnede ledelse modtager opbakning og støtte, da en vellykket implementering ellers bliver svær – hvis ikke umulig – at gennemføre. Samtlige medarbejderne har en høj grad af selvstyre i deres arbejde, og derfor spiller ledere med stor beslutningskompetence en særlig vigtig rolle i at sørge for, at praktikerne får den nødvendige tid og får styrket deres ressourcer til at arbejde med implementeringen af telemedicinsk sårsvurdering. Herudover vanskeliggøres implementeringen, når der på forskellige ledelsesniveauer ikke findes samme holdninger til implementeringen – vil man som ledere forskellige ting, og har man uoverensstemmende interesser, er konsekvensen at rammen for implementeringen trækkes i forskellige retninger. Dette skaber både usikkerhed og utryghed blandt praktikerne, der til dagligt arbejder med implementeringen. Det der er på spil kan meget enkelt beskrives som:

”Forandring er som et skuespil. Der er en række bestemte roller der skal spilles. Hvis en skuespiller mangler, må forestillingen aflyses.” (Jan Pries-Heje, professor, RUC).

I forhold til de udfordringer der er fremhævet på spørgsmålet om tydelig og synlig ledelse, er implementeringsprojektet ’telemedicinsk sårsvurdering’ fra start udfordret på, at sårområdet ikke har tradition for at være et højtprioriteret felt.

En anden og ikke uvæsentlig udfordring består i, hvordan ledelserne kan arbejde systematisk og strategisk med udvikling af implementeringsprojektet, når lederne ikke selv er afklaret med, hvilke kompetencer, der ledelsesmæssigt skal sættes på for at lykkes med implementeringen? Fornyelse af opgaver, opgaveløsning og kompetencer er nemlig ikke noget der blot hører praktikerne til, tværtimod handler implementering af nye tiltag i høj grad også om kompetenceudvikling og nye greb hos ledelserne. Skal vi blive klogere herpå må vi nødvendigvis skærpe blikket mod, hvilke udviklingspotentialer der ’gemmer’ sig i relief til barrieren Ledelse. Det første forhold er ’Retfærdige samarbejdsprocesser’.

(U)Retfærdige samarbejdsprocesser

En vigtig rød tråd i de interviewedes fortællinger, er en udbredt oplevelse af manglende retfærdighed, omkring og i det arbejde der finder sted i implementeringsprocesserne. Oplevelsen af (u)retfærdighed handler først og fremmest om, hvorvidt ledelsesbeslutninger træffes på en gennemsigtig måde, og hvorvidt medarbejderne 'tænkes ind' i beslutningerne, og anerkendes for deres arbejdsindsats. Flere undersøgelser omhandlende samarbejdsudfordringer mellem ledelser og medarbejdere, peger i denne forbindelse på begrebet *relational koordinering*¹⁴ – et begreb der sætter fokus på vigtigheden af gensidighed i etableringen af gode samarbejdsrelationer mellem medarbejdere og ledere. Forudsætningen for det gode (retfærdige) samarbejde er imidlertid, at ledelserne formår at demonstrere indsigt i og respekt for medarbejderne bidrag.

Vigtigheden af at skærpe blikket på retfærdige samarbejdsprocesser underbygges af en række udenlandske forskningsresultater, der entydigt peger på, at organisatorisk retfærdighed har stor betydning for både organisationen og medarbejderne. En høj grad af oplevet retfærdighed øger nemlig organisationens generelle performance, gennem styrket motivation, engagement og involvering i arbejdspladsen¹⁵. Desuden viser forskningen ligeså entydigt, at oplevelser af uretfærdighed øger risikoen for helbredsproblemer blandt medarbejderne, hvilket blandt andet resulterer i stress og sygefravær (Cohen-Charash & Spector 2001 ; Colquitt et al. 2001).

Med afsæt i præmissen om, at oplevet retfærdighed er en af grundstenene i etableringen af et produktivt samarbejde, mellem medarbejdere og ledere, arbejdes der, på baggrund af det empiriske materiale, i det følgende med to overordnede former for retfærdighed: *den processuelle retfærdighed* og *den fordelingsmæssige retfærdighed*¹⁶. I tilknytning hertil trækkes der yderligere på begreberne *interpersonel retfærdighed* og *informativ retfærdighed*.

¹⁵ Den amerikanske sociolog Jody Gittel har i empiriske studier vist, at relationel koordinering mellem forskellige faggrupper, ledere og medarbejdere, har afgørende betydning for produktiviteten inden for vidt forskellige brancher, herunder hospitaler. Resultaterne viser, at jo stærkere relationel koordinering, jo bedre forankring og resultater (Gittel 2003 : 2009).

¹⁶ Processuel retfærdighed stiller skarpt på de processer der finder sted på arbejdspladsen, herunder spørgsmål såsom bliver de berørte parter hørt? Er beslutningsprocesserne gennemskuelige? Fordelingsmæssig retfærdighed adresserer spørgsmålet om fordelingen af goder (fx løn), og hvorvidt fordelingen opleves som retfærdig (Hasle et al. 2010).

Processuel retfærdighed

I det empiriske materiale peger de interviewede medarbejdere alle sammen på, at ledelsesmæssig prioritering og opmærksomhed på selve implementeringsprocessen, for dem, både vil betyde større robusthed i arbejdet med implementeringen, og ikke mindst vil det give et vigtigt signal om, at deres daglige arbejde med forandring og forankring af nye arbejdsgange, samarbejdsrelationer, kompetencer mv, værdsættes som betydningsfuldt. Særligt fremtrædende i medarbejdernes og de nære lederes fortællinger er, at de overordnede ledelser ikke ved nok om, hvad arbejdet med telemedicin indebærer, hvilke opgaver de står overfor, og hvad de ”på gulvet” bruger deres tid på:

”De overordnede ledere ved ikke nok. De kan ikke engang kommunikere målet med implementeringen ud, fordi de ved ikke hvad det er. [...]. Det handler om, hvad laver vi med det stykke arbejde, hvad bruger vi databasen til. Det ved de ikke noget om. [...]. De ved simpelthen ikke nok. Så det er noget græsrods noget stadigvæk. [...] Problemet er ressourcer. Specielt derude [i kommunerne], mærker jeg. Men selvfølgelig også inde på hospitalsregi. Så for mig, der er det noget med personaleressourcer, det er noget med nogle ledere som faktisk ikke helt ved, hvad det er vi laver, men som [...] har sagt ja til det her.”

(Medarbejderinterview)

På tværs af de interviewedes forskellige faglige, kulturelle og organisatoriske baggrunde, er der her en særlig lighed, der binder deres oplevelser og erfaringer med implementeringsprocesserne sammen: de efterspørger alle en mere synlig anerkendelse og værdsættelse af deres arbejde. Med andre ord efterspørger medarbejderne, at de overordnede ledelser i højere og mere synlig grad understøtter deres arbejde ud fra en værdsættende vinkel. Manglende værdsættelse og anerkendelse dræner ifølge medarbejderne, arbejdet og ressourcerne for energi og arbejdsglæde – faktorer der grundlæggende sætter medarbejdernes oplevelse af *indre motivation*¹⁷ på spil, i arbejdet med implementering af telemedicinsk sårvurdering. ’Belønning’ for arbejdsindsatsen handler her langt fra om blot fysisk aflønning, men i langt højere grad om relations- og samarbejds-mæssige motivationsfaktorer i arbejds- og organisationsmiljøet. Det bliver her tydeligt, hvordan oplevelsen af processuel retfærdighed, i høj grad også bliver et spørgsmål om *interpersonel retfærdighed*, hvor det helt afgørende er selve oplevelsen i at blive behandlet med respekt.

¹⁷ Denne pointe trækker på perspektiver i Hackman & Olhams Motivationsteori (1980).

Medarbejdernes efterspørgsel på at blive taget alvorlig på den verden de til daglig befinder sig i, er for medarbejderne i høj grad et spørgsmål om at sikre den interne organisering af arbejdet. En fælles bekymring blandt medarbejdere og enkelte af de 'nære' ledere går på, hvordan de overordnede ledelser kvalificeret kan regulere implementeringsprocesserne på tid og ressourcer, når de ikke har den fornødne indsigt i den daglige praksis – også her er det væsentligt at skærpe blikket på graden af oplevet processuel retfærdighed. De interviewede påpeger i denne forbindelse, at beslutningskompetencerne ofte ligger for langt væk fra den virkelighed, hvori udfordringerne udspiller sig. En sårsygeplejerske giver et eksempel på, hvordan information fra "gulvet", har det med at 'strande' der, hvor der ingen beslutningskompetencer er:

*"Problemet med [XXX] er at hun er tovholder for alle sårsygeplejerskerne, men **hun har ikke ledelseskompetencer**. Hun har ingen... ja, hun må ikke noget, **hun kan bare henstille til**. Og det er måske... jeg har i hvert fald oplevet at **hun har svært ved at få dem i tale**, de der forskellige områdeledere."*

(Medarbejderinterview)

Konsekvensen af at informationerne ikke når de rette modtagere er, at de rette informationer ikke er tilgængelige for lederne på det rette tidspunkt. Dette betyder at det ledelsesmæssige beslutningsgrundlag reelt, hverken er gennemsigtigt for lederne eller medarbejderne. Det skal også bemærkes, at jo flere niveauer informationen skal formidles igennem, des sværere bliver det at styre, at de rette modtagere har adgang til den rette information, på det rette tidspunkt. I forhold til oplevelsen af processuel retfærdighed, indgår der således også elementer af *informativ retfærdighed*, som netop handler om, hvorvidt beslutningsprocesserne er gennemsikrelige for både ledere og medarbejdere – skal den informative retfærdighed sikres, er det med andre ord afgørende at delingen af information reelt er med til at sikre gensidig indsigt og forståelse.

Fordelingsmæssig retfærdighed

Oplevelsen af uretfærdige processer, på spørgsmålet om at blive 'tænkt ind' og anerkendt på arbejdsindsats og opgaveløsning, bliver for nogle medarbejdere yderligere cementeret af det forhold, at de ikke bliver økonomisk honoreret for deres specialisering og videreuddannelse inden for sårområdet, samt deres øgede behandlingsansvar. En af de interviewede afdelingsledere fortæller:

*”Jeg har hørt fra andre sygehuse, at de [sårsygeplejerskerne] får tillæg for at være sårsygeplejersker. Og de står jo med et kæmpe ansvar. De står alene med mange ting. De har taget deres ekstrauddannelse. **Jeg kan ikke forstå oppe i mit hoved at man ikke kan honorere det. Og det vil man ikke.** Og det er de [sårsygeplejerskerne] så skuffede over. Og det har jeg svært ved som leder... jeg kan jo kun sige at jeg vil arbejde videre på at I får det, men altså jeg tror ikke at det bliver i min tid. Det tror jeg ikke, fordi **ledelsen melder ud at de er ansat til det job [...].** Med den holdning til det, så er det jo næsten umuligt at komme videre. Men **de er virkelig skuffede over det. [...]. De føler sig ikke anerkendt, accepteret og respekteret.** Det er jo ikke store penge, det er så lidt at give dem, men ville gøre så meget gavn. **Det handler om at vi har set jer, og vi synes at I gør et kanon stykke arbejde, det er den signalværdi man sender.**”*

(Afdelingslederinterview)

Det er vigtigt at understrege, at forskellene i fysisk honorering skal ses i forhold til forskellige måder at organisere sig på ledelsesmæssigt. Ikke desto mindre, er og bliver både *indre og ydre motivationsfaktorer* centrale for implementeringsarbejdet, og her spiller ledelsen en vigtig rolle. Uanset hvordan organisationen er skruet sammen, udgør ledelsesredskaberne et vigtigt led i implementeringen. Det skal i denne forbindelse fremhæves, at den fysiske honorering, som isoleret størrelse, ikke blandt medarbejderne tilskrives en fremtrædende værdi. Problematikken opstår snarere i oplevelsen af et *samtidigt fravær* på synlig anerkendelse og værdsættelse, og fysisk honorering.

Vigtigheden af oplevet retfærdighed – både processuelt og fordelingsmæssigt – skal ses i konteksten af den stigende kompleksitet i arbejdet, kombineret med højere krav og forventninger om fleksibilitet, og medarbejdere der tager ansvar for og overskuer egen arbejdsproces. Samtlige af disse forhold sætter nødvendigheden af oplevet retfærdighed, og dermed stærke og velfungerende relationer mellem medarbejdere og ledere på spidsen. Det er anerkendelsen samt et synligt og gennemsigtigt kendskab til hinandens bidrag, som her er afgørende for en vellykket og produktiv implementeringsproces.

Empatien: et tveægget sværd – følelsesfokuseret mestring

Medarbejdernes oplevelse af, at lederne ikke har den nødvendige indsigt i og forståelse for, hvad implementering af telemedicinsk sårvurdering kræver i praksis, sætter medarbejderne i et betydningsfuldt dilemma: medarbejderne intensiverer deres egen arbejdsindsats for at mestre knapheden på synlig ledelse, ressourcer og tid. Dette indebærer, at medarbejderne yder andet og mere end, hvad forskrifterne på deres arbejdsrammer tilsiger, fordi de føler et udpræget empatisk ansvar for, at behandlingen, omsorgen og plejen af borgeren lykkes. Det 'farlige' ved dette er, at empatiens følelsesmæssige grænseløshed, gør det til en meget svær opgave for medarbejderne selv at trække grænserne for deres ansvar med at 'lykkes'¹⁸:

"Den overordnede ledelse kunne godt komme med mig ind i min sygelejeklinik og se, hvordan jeg ligger vandret fra jeg kommer til jeg næsten går igen. Jeg har ikke engang tid til at gå på toilet nogen gange. Sådan er det faktisk, og det tror jeg ikke at de helt ved."

(Medarbejderinterview)

Denne problematik er ikke et ukendt fænomen inden for omsorgsforskningen. Blandt andet peger et norsk studie på (Rasmussen: 2000), at decentralisering af ansvar uden magt over ressourcer, for personalet betyder intensivering af egen arbejdsindsats, når arbejdsmængden er stor. Studiet refererer i denne sammenhæng til omsorgsarbejdets særlige karakter – i konteksten af det empiriske materiale i denne undersøgelse, udvides følgende til også at være gældende for sygeplejerskernes arbejde i hospitalsregi:

"Motivationen for omsorg er den andres behov. Dette gør at situationen for de ansatte i pleie og omsorg bliver forskellig fra industriarbejdernes. De som producerer et produkt, som skal selges på et marked, kan lettere begrænse innsatsen fordi det er arbeidsgiveren som taper. Det er mye vanskeligere, når det er de som tjenesten er ment for som er taperne." (Rasmussen 2000 : 41).

Et springende punkt i denne sammenhæng er, hvordan det for medarbejderne er muligt at dæmme op for det dilemma og den frustration de oplever? Spørgsmålet skærper blikket på, at det for de interviewede medarbejdere er et gennemgående tema, hvordan evnen til at mestre et frustrerende

¹⁸ Denne pointe underbygges af perspektiver på tayloriseringen af den danske hjemmepleje i teksten *"Imellem Empati og depersonalisering – en følelsessociologisk analyse af tayloriseringens konsekvenser for hjemmeplejere"*, i Tidsskrift for Arbejdsliv (2008).

arbejdsmiljø problemfokuseret, ikke er udbredt i særlig høj grad. Der iværksættes i langt højere grad en række mere følelsesorienterede mestringsstrategier, hvor medarbejderne, hinanden imellem, forsøger at bearbejde dagligdagens oplevede frustrationer¹⁹. Dette skal forstås i lyset af medarbejdernes oplevelse af knaphed i forhold til ledelse, tid og ressourcer, hvortil flere påpeger, at det har en helt særlig betydning at kunne finde støtte blandt sine kollegaer:

”Hvis vi gik alene, altså hvis jeg gik alene med det her så ville jeg hurtigt gå ned i... altså, det vil jeg ikke kunne klare. Det gør rigtig meget at vi har hinanden, og at vi er fire der arbejder utroligt godt sammen. Det tror jeg er det der holder os oppe. Så går vi og skælder lidt ud over at ’de [lederne] har jo heller ikke nogen forståelse for det’ og... så kommer vi... så har vi sådan en måde at komme af med [det på].”

(Medarbejderinterview)

Den kollegiale støtte bliver her ganske afgørende for, at kunne håndtere de mange arbejds- og følelsesmæssige udfordringer, medarbejderne til dagligt står overfor, i forbindelse med implementering af telemedicinsk sårvurdering. Interessant at bemærke i denne sammenhæng, er imidlertid at disse former for mestring, ikke har et egentligt problemfokuseret sigte, hvor der kollektivt tages affære for at ændre rammerne omkring implementeringsarbejdet – det handler snarere om at give og finde følelsesmæssig støtte hos hinanden.

”Medarbejdermagt” – problemfokuseret mestring

I enhver organisatorisk sammenhæng er magt en asymmetrisk størrelse – ledelserne har positionelt mere magt end medarbejderne. Medarbejderne er dog langt fra magtesløse, hvilket vil sige at medarbejderne langt hen ad vejen har mulighed for at påvirke deres eget (og ledelsernes) handlefelt. Kigger vi nærmere på medarbejdernes fortællinger, er oplevelsen af en meget høj grad af uformelt ansvar, for at lykkes med implementeringsprocessen, et særligt karakteristisk træk. I undersøgelsesøjemed, har deres oplevelser af et uopfyldt behov for mere synlig og tydelig ledelse, betydet et særligt fokus på, hvordan medarbejderne selv arbejder med at synliggøre deres arbejdsvilkår, opgaver, ansvar og ideer til procesforbedringer for ledelserne. Som fremhævet, har størstedelen af de interviewede, ikke store erfaringer med at arbejde problemfokuseret med de

¹⁹ Begreberne problemfokuseret og følelsesfokuseret mestring er ’hentet’ fra Lazarus & Folkmans arbejder omkring copingstrategier, stress og anerkendelse (1984).

dilemmaer og frustrationer, der optræder ”på gulvet”, i arbejdet med implementeringen. Dog peger enkelte af de interviewede på noget andet, nemlig en voksende opmærksomhed på at råbe ”vagt i gevær”, når arbejdspresset bliver for stort:

*”Jeg har råbt sådan lidt vagt i gevær hjemme i min kommune, og sagt at **nu skal vi have stoppet op** fordi en mand ikke kan gøre alle de her ting. Så vi sidder på tirsdag, min leder og jeg, og skal ligge en strategi for, hvordan ting der ikke kan blive lagt direkte ind i skemaer kan blive synliggjort... **for ellers så drukner jeg i det her.** [...] det fungerer ikke i hvert fald, hvis man tror at en mand kan altting. [...] den dialog skal vi i hvert fald til at have i gang nu, for **det har ikke været tydeligt nok for, hverken den nærmeste ledelse, eller dem der sidder ovenover: hvad det er man putter i en klinik, hvad det er man putter i en sårsygeplejerske [...]. Så jeg tror også at vi nok selv skal sige stop** og sige: ved I hvad det her det duer ikke, vi kommer på afveje... det har jeg i hvert fald forsøgt at gøre. Nu må vi se hvad der sker.”*

(Medarbejderinterview)

Det skal bemærkes, at ovenstående forsøg på at tydeliggøre en grænse, formuleret som et råb om ”vagt i gevær”, alene vidner om noget interessant: at det ikke (nødvendigvis) er praksis at trække en grænse over for ledelsen. Hvad der kan fortolkes som en relativ følelsesladet udmelding, fortæller med andre ord også noget om, hvor langt medarbejderne er villige til at strække sig, i forsøget på at honorere, hvad de oplever som et mere eller mindre individualiseret ansvar for at lykkes. Ikke desto mindre åbner et opråb op for noget væsentligt: nemlig muligheden for at adressere de faktiske forhold, og ikke mindst synliggøre, hvad der er nødvendigt at tilpasse organisatorisk for at sikre forankringen og fremdriften af implementeringen. ’Opråb’ rummer med andre ord et potentiale for frigivelse af ressourcer, alene fordi grænsesætningen nødvendigvis medfører konsekvenser for organiseringen af arbejdet.

Spørgsmålet er imidlertid, hvordan det konkret er muligt at flytte, hvad medarbejderne oplever som et individualiseret ansvar for egne arbejdsforhold, til et reelt fælles ansvar mellem medarbejdere og ledelser. Medarbejdernes bekymring går i denne forbindelse ikke på, hvorvidt ledelserne vil lytte til deres erfaringer og indspark – bekymringen handler snarere om, i hvilket omfang ledelserne er villige til at handle på medarbejdernes udmeldinger. En sårsygeplejerske fra hospitalsregi, peger her

på vigtigheden af at bruge samarbejdsaftalerne og funktionsbeskrivelserne, som et værktøj til at løfte egen verden med:

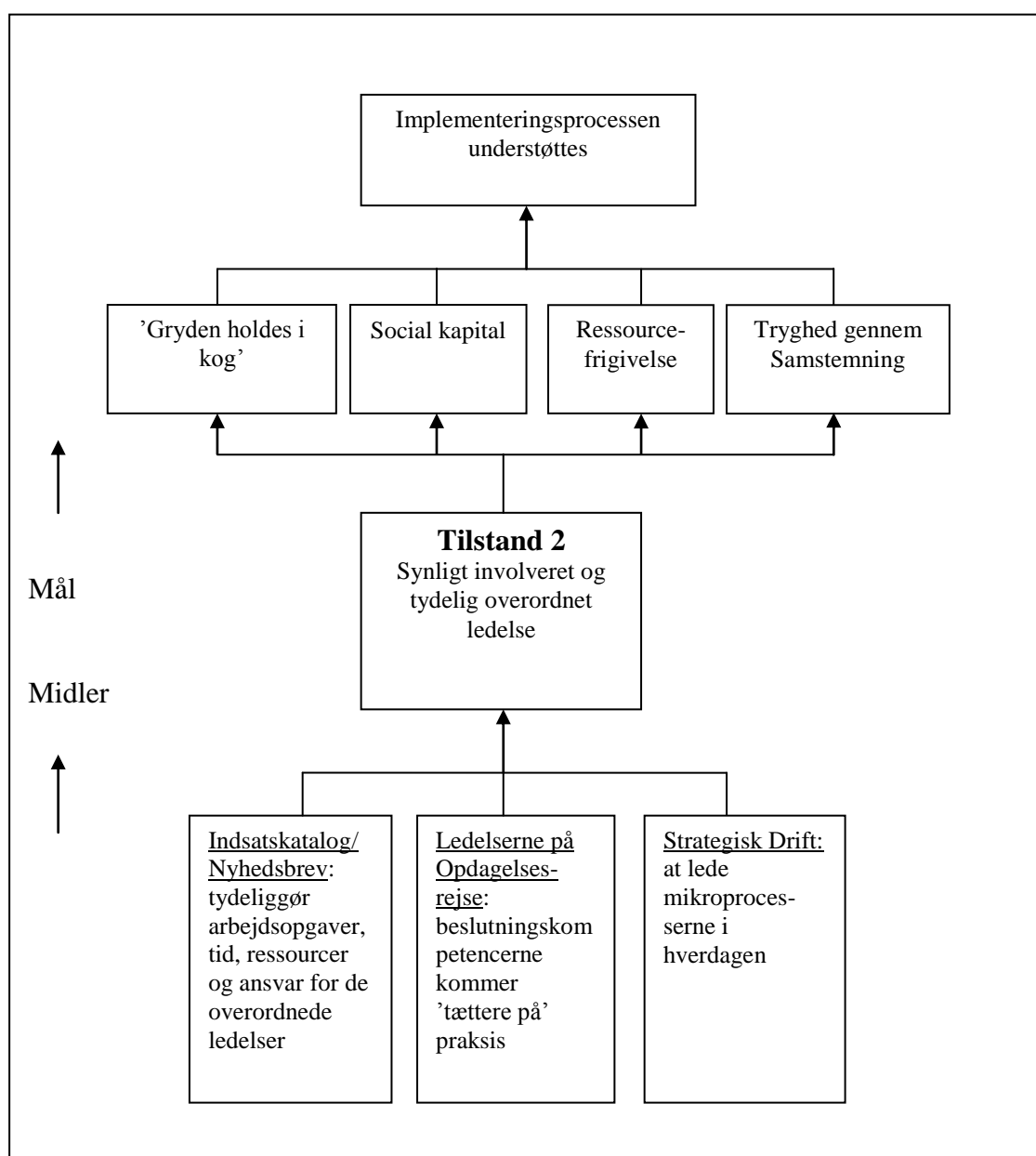
*”De [sårsygeplejerskerne] skal **bruge samarbejdsaftalerne til at løfte deres verden**. Altså, til at gå ud og sige: vi har nogen chefer, de har skrevet under på den her aftale. [...] det er så konkret at man kan gå ud og så sige: det her det er hvad der bliver forventet, og det har I [cheferne] skrevet under på, og det kræver så at det bliver tænkt ind i min hverdag, at jeg har tid til at gøre de her ting. Hvis der nu var skrevet ”ved behov”, kunne de [cheferne] sige hvis behov, og er I sikre på at I ikke gør det for meget og alt muligt andet. Så **brug det som noget, hvor man går ud og siger: hvis vi skal leve op til det her, så er det vigtigt at der er afsat ikke ti minutter, men en halv time til fx et forbindelsesskifte eller... det er nødvendigt for dem, for hvis man ønsker at flytte opgaverne, så skal man også flytte vilkårene**, og der skal være nogle rammer som gør at vi kan løse opgaverne.”*

(Medarbejderinterview)

Særligt centralt i denne sammenhæng er medarbejdernes (og ledernes) tilgang til konflikter. Den tilsyneladende lave grad af problemfokuseret mestring blandt medarbejderne vidner om, at konflikter ikke er en naturlig og integreret del af samarbejdet mellem medarbejdere og ledelser. Tværtimod er der en tendens til at konflikter i udgangspunktet forstås som problematiske. Et relevant spørgsmål er her, om det overhovedet er muligt at flytte vilkårene for arbejdet, hvis konflikter fornægtes som problematiske? Hvis vilkårene skal flyttes, bliver kendskabet til hinanden, og anerkendelse af hinandens motiver og bidrag, afgørende for at en reel udvikling finder sted. Hvordan konstruktive konflikter kan medføre både kendskab til hinandens bidrag og sikre udvikling af implementeringsprocesserne, konkretiseres i afsnittet ’next practice former’.

Next Practice Former: Ledelse

Som tidligere skitseret, er formålet med identificeringen af 'next practice' former at komme konkrete handlemuligheder nærmere i overvindelsen af implementeringsbarrierer. På baggrund af forudgående analyse af implementeringsbarrieren "Vi mangler synlig og tydelig ledelse", gives der, i det følgende, inspiration til konkrete greb og situationsspecifikke løsninger. Som illustreret i nedenstående mål-middel-analyse, er 'Indsatskataloger', 'Opdagelsesrejser' og 'Opfølgings- og samstemningsmøder' nogle af budene på 'next practice' for både ledere og medarbejdere.



Vi har i problemanalysen forholdt os til centrale bagvedliggende årsager til, at der ledelsesmæssigt opstår udfordringer i implementeringen af telemedicinsk sårvurdering. Med udgangspunkt i ovenstående mål-middel-analyse, skærpes blikket nu på, hvad både ledere og medarbejdere med fordel kan gøre anderledes, for at skabe ny læring, ny viden og erfaringer og således nye handlemuligheder, med målet om at understøtte og lykkes med implementeringen af telemedicinsk sårvurdering. Læseren præsenteres for greb, der skaber mulighed for og opfordrer til bevæge sig udover at problemløse 'som vi plejer', med den viden der (i forvejen) er til rådighed.

Indsatskatalog/nyhedsbrev

Som vi har set, er problemfokuseret mestring ikke en integreret del i måden, hvorpå medarbejderne i praksis håndterer, hvad de oplever som modgang, udfordringer og forhindringer på spørgsmålet om mere synlig og tydelig ledelse. Alligevel påpeger flere af medarbejderne nødvendigheden og vigtigheden i at skabe nye veje ved at synliggøre det, der for lederne ikke altid er synligt. Et konkret bud på, hvordan det er muligt at skabe et udgangspunkt for at adressere arbejdsvilkårene, ansvaret og opgaverne i og omkring implementeringen, mellem medarbejdere og ledere, er igennem udarbejdelsen af et indsatskatalog eller et nyhedsbrev:

"Vi vil gerne lave et nyhedsbrev. Sådan at afdelingen fik et nyhedsbrev omkring, hvad er det der foregår... hvad laver vi og hvad ser vi."

(Medarbejderinterview)

Flere medarbejdere pointerer, at indsatskataloget eller nyhedsbrevet med fordel skal målrettes lederne, og tage udgangspunkt i de situationsspecifikke behov for ressourcer, tid, opgaveløsning og ansvarsfordeling "på gulvet". Formålet med indsatskataloget og/eller nyhedsbrevet er aktivt at inddrage både medarbejdere og relevante ledere på spørgsmål om procesforbedringer og tilrettelæggelse af arbejdsramme- og vilkår. Ideen er således at skabe gennemsigtighed lokalt, i forhold til de opgaver sundhedspersonalet står over for i forbindelse med implementeringen af telemedicinsk sårvurdering.

En sårsygeplejerske fra hospitalsregi giver et eksempel på, hvordan det for medarbejderne, i forhold til ledelsen, handler om at anskueliggøre de dele af dagligdagen, som kun de sundhedsprofessionelle "på gulvet" kender til:

”Sådan noget med at vi har været to mand i dag, vi har haft 32 patientkontakter, 10 af dem var bare telefon, de næste 8 var telemedicin, og resten det var fremmøde. I den telemedicin der lavede jeg det og det, og telefonen, den var nem for han skulle bare have en ny recept, og fremmøderne de var sådan og sådan. Vi skal jo helt dernel, så de [ledelserne] kan se hvad vi laver.”

(Medarbejderinterview)

Det indsatskataloget eller et nyhedsbrev kan, er at gøre samtalen mellem medarbejdere og ledere *nødvendig*. I den nødvendige samtale er både indlejret en konflikt og en mulighed for læring. Forudsætningen for læring er imidlertid at medarbejdere og ledere anerkender hinanden 'i egen ret' – at en ensidig forståelse ikke er tilstrækkelig. Ledelsesmæssigt handler det grundlæggende om at give medarbejderne mulighed for at sætte deres viden (og ressourcer) i spil, for sammen at skabe nye veje, frem for blot at 'lukke huller'. Indsatskataloget og/eller nyhedsbrevet rummer her et *afsæt* for ikke blot at håndtere en given udfordring, men at opløse den så den ikke opstår i samme form igen.

Ledelserne på opdagelsesrejse

I forlængelse af fremførte perspektiver, og de handlemuligheder indsatskataloget som greb åbner op for, figurerer 'opdagelsesrejse' som en anden og mere involverende mulighed for at synliggøre, hvad der organisatorisk er nødvendigt at tilpasse for at sikre forankringen og fremdriften af implementeringen. Som vi skal se, rummer 'Ledelserne på opdagelsesrejse' et potentiale for frigivelse af ressourcer, alene fordi 'oplevelsen' nødvendigvis medfører nye indsigter og dermed nye perspektiver på organiseringen af arbejdet.

I reference til problemanalysen vedrørende retfærdige samarbejdsprocesser, beskrives større ledelsesmæssig involvering og indsigt i arbejdet med implementeringen af telemedicinsk sårvurdering "på gulvet", som en vigtig nøgle til at 'holde gryden i kog'. Det der efterspørges af medarbejderne, er her en større ledelsesmæssig nysgerrighed og handlekraft på det daglige implementeringsarbejde.

'Ledelserne på opdagelsesrejse' er et konkret problemfokuseret greb, hvormed det er muligt at kvalificere den ledelsesmæssige indsigt i daglig praksis. 'Opdagelsesrejse' som metafor giver mulighed for:

- At udforske kendte og ukendte områder
- At undre sig (forstyrre det forudindtagede og ”plejer”)
- At opdage nye veje
- At komme tilbage og se det hele med nye øjne

Det gentagne, det forudindtagede, rutinerne og dagligdagen gør både blind og døv, derfor taler vi om ’opdagelsesrejser’²⁰. Arbejdspladsen skal med andre ord betragtes som noget der skal udforskes. ’Opdagelsesrejsen’ inviterer til at spørge ind til sammenhænge, at observere og undre sig, således at nye perspektiver og muligheder vækkes. En beretning der i denne sammenhæng skal fremhæves er fra en sårsygeplejerske i hospitalsregi. Den pågældende sårsygeplejerske har, i forbindelse med en omorganisering af arbejdet på sårklinikken, fået gode erfaringer med, hvordan det er muligt at invitere ledelserne på en opdagelsesrig og produktiv rejse i den daglige praksis:

”Det kom sig egentlig af, at vores administrerende ledelse satte spørgsmålstegn ved, hvad vi nu skulle bruge alle de ressourcer til vi havde i sårcentret, om ikke vi kunne have flere patienter igennem og sådan noget... i alle de her sparetider og så videre. I den forbindelse var vi så inde og kigge på, hvad er det så vi laver. Vi fik simpelthen ridset fuldstændigt op, hvad er det egentligt vi laver her, og hvad er det I [ledelserne] ikke lige kan se at vi laver her. Vi listede simpelthen alting op, og de [ledelserne] var med til konsultation og så videre, og de var med til at se noget telemedicin. De var simpelthen med ude og se, og de anede jo ikke at vi havde alle de her opgaver. Og hvor lang tid tager tingene så, det var også det, som de fik øjnene op for. Og det endte jo med at de kunne se, jamen vi [i sårcentret] kan ikke have flere patienter end vi har, og vi kan ikke være færre ressourcer, hvis vi skal opretholde det niveau som vi har nu. Så hvis man vil have den her sårklinik, så er man nødt til at investere i det. Der fik de [ledelserne] rigtig meget forståelse for, hvad er det egentlig vi arbejder med, og hvordan er det vi arbejder. Og det var rigtig rigtig vigtigt. [...]. Det var vores overlæge, vores afdelingssygeplejerske, administrerende overlæge og det var

²⁰ ’Opdagelsesrejsen’ som greb relaterer sig til Otto Scharmers Teori U, og i særdeleshed Scharmers perspektiver på vigtigheden i at bryde med den vanlige ’downloading’, og i stedet åbne op for sanserne og lade sig inspirere af ’det næste’ efterhånden som det bryder frem (presencing). Det handler om at lede, lære og forandre ved at åbne sindet, hjertet og viljen – dette er ifølge Scharmer vejen til andre og nye løsninger (Scharmer : 2008).

oversygeplejersken. Så det var hele afdelingsledelsen, der var involveret. [...]. Det er jo ikke kun, hvordan får man telemedicin ind, man er simpelthen nødt til at se på hele organisationen for at få det integreret. ”

(Medarbejderinterview)

Denne fortælling illustrerer meget præcist, hvad der er på spil: nødvendigheden i, at ledere og medarbejdere forpligter sig på at gøre hinanden kompetente i hver deres roller. 'Opdagelsesrejsen' er et greb, der forpligter begge veje - gennem synliggørelse af den omfattende mestringspraksis, der til dagligt finder sted blandt medarbejderne. Grebet er en konkret strategi, der ved hjælp af synliggørelse har til formål at opnå formel anerkendelse på de udfordringer, arbejdspress, arbejds gange og rammevilkår som medarbejderne til dagligt står i og overfor. Erfaringerne i denne fortælling vidner om, at denne form for kollektiv måde at tage affære på som medarbejdere, åbner op for nye løsninger og andre handlemuligheder – både for medarbejdere og ledere.

'Opdagelsesrejse' som greb i understøttelsen af implementeringsprocessen, hænger nøje sammen med at tage kendskabet til hinandens verdener alvorligt. Den stigende kompleksitet i arbejdet, koblet med, hvad medarbejderne oplever, som større forventninger om fleksibilitet og ansvar, betyder at relationen mellem medarbejdere og ledere bliver ganske afgørende. Det er nemlig kendskabet til hinandens motiver og bidrag, der kan vende indforståetheder til forståelse – konfliktsituationer til et produktivt samarbejde (Hasle et al.: 2010). Kompetencen til at samarbejde bliver således en særdeles værdifuld ressource i understøttelsen af implementeringsprocessen – både hos ledere og medarbejdere. 'Opdagelsesrejse' som greb kan hjælpe til at understøtte den sociale kapital i relationen mellem ledere og medarbejdere, og mindst ligeså vigtigt være med til at udnytte den humane kapital i form af både ledernes og medarbejdernes viden, faglighed og indsigt²¹.

Det lærings- og udviklingspotentiale der kan hentes ved at opnå og praktisere gensidig forståelse, styrker det *komplementære* i relationen mellem medarbejdere og ledere. Den komplementære relation er interessant fordi det er i den relation at den største mulighed for læring er – der, hvor både medarbejdere og ledere har bedst mulighed for at bringe deres viden og ressourcer i spil (Lyndgaard: 2013). Den komplementære relation stiller imidlertid store krav til ledelserne om

²¹ Dette perspektiv underbygges i arbejdsmiljøforskningen vedrørende 'ledelse med social kapital' (Hasle et al.: 2010).

empati. Empati skal ikke her forveksles med sympati, men derimod forstås som en ledelsesmæssig evne til at sætte sig i 'medarbejdernes sted', og med afsæt heri skabe blik for de løsninger der kan åbne op for nye og andre handlemuligheder.

Det er samtidig vigtigt at hierarkiet tages i betragtning, når dialogen skal understøttes og fremmes mellem medarbejdere og ledere – dette stiller krav til at ledelsen samstemmigt 'slår tonen an' til en dialogorienteret kultur, og i praksis handler efter et dialogisk grundsyn. Hierarkiet forhindrer ikke nødvendigvis en gavnlig dialog mellem medarbejdere og ledere, men asymmetrien og magtdistancen kan, som vi har set, opleves som en forhindring for dialoger, der kan skabe muligheder for udvikling af implementeringspraksis. Muligheden for reelt at forpligte sig på at gøre hinanden kompetente i hver sine roller afhænger således af to grundlæggende forhold: 1) lederne skal have viljen og ønsket om at se medarbejderne som medproducenter af indsigt, kundskab og mening, 2) medarbejderne skal selv have ønsket om at være meningsproducenter og medskabere af nye løsninger og handlemuligheder, og ikke blot modtagere.

Strategisk Drift – led mikroprocesserne i hverdagen!

I tråd med ovenstående greb, handler strategisk drift om at gentænke forholdet mellem drift og strategi. Den ledelsesmæssige udfordring er her at gentænke, hvad strategi og drift er for to størrelser, og som leder blive god til at se de strategiske anledninger i almindelige driftsopgaver. Strategi og drift er nemlig ikke nødvendigvis hinandens modsætninger – driften er selve anledningen til strategiske løsninger og beslutninger, og ikke noget der blot skal overstås for at komme i gang med det mange ledere er optagede af: strategi. Det teoretiske afsæt er her Ralph Staceys teori 'Complex responsive processes', der behandler og er funderet i den såkaldte praksisvending inden for strategilitteraturen. Litteraturen gør op med strategi som noget, der udtænkes og udarbejdes løsrevet fra hverdagens kompleksitet og handlemønstre, og som noget der 'uden for' praksis forsøger at sætte rammen for arbejdet. Frem for at tale om strategi, tales der om *strategizing*. Strategi er ikke noget der formuleres på direktionsgangen, men noget der *gøres* - dette stiller krav til lederne om at være til stede, samtalende, udforskende og dermed påvirkende i hverdagen. Lederne skal altså være til stede der, hvor medarbejderne løser deres opgaver! Lederne skal med fordel koble sig til hverdagens drift, rutiner og hurtige beslutninger i hverdagen, for derigennem at få øje på nye løsninger og forstyrre udviklingen i små skridt – sammen med medarbejderne. Lederne skal altså ikke lede efter strategier uden for praksis, men derimod gøre en

dyd ud af at *gøre* en strategisk indsats, integreret i det arbejde der fylder i hverdagen – ”på gulvet”²².

Samtalen som ledelsesværktøj står her helt centralt. De indbyrdes relationer mellem medarbejdere og ledere er nemlig afgørende for at skabe effektiv koordinering af implementeringsarbejdet. Gode relationer er selve drivkraften for den kommunikation, der skal skabe vellykket koordinering – derfor er det vigtigt at ledere aktivt bruger samtalen til at skabe indsigt i praksisarbejdet, og til løbende at forhandle mening og retning for implementeringsarbejdet.

Det gavner ikke meget, at organisationens medarbejdere og ledere er veluddannede og har høj ekspertise – at der er en høj grad af human kapital – hvis ikke de er i stand til at styrke hinanden i deres roller og samarbejde om at anvende deres kompetencer, viden og ressourcer.



²² Grebets relevans underbygges tillige af forskning, der behandler hvilke handlemuligheder der med fordel kan gøres brug af i udviklingen af velfærdsledelse på tværs af sektorielle grænseflader (Pors & Ryberg : 2013).

Barriere: Kompetenceudvikling og robusthed

I litteraturen på implementeringsområdet er der bred enighed om, at en af de vigtigste drivkræfter for vellykket implementering er, at praktikerne modtager den relevante kompetenceudvikling, samt at kompetenceudvikling anskues som en løbende proces, hvor praktikerne og organiseringen af arbejdet støttes ledelsesmæssigt under hele implementeringsforløbet. Herudover peger litteraturen også på, at der skal tages hensyn til mere personlige karakteristika såsom motivation (Marckmann & Rønnov : 2010). Her spiller særligt ledelsen en central rolle, både i forhold til at motivere praktikerne og ikke mindst i forhold til at skabe de nødvendige rammer for implementeringsprocessen.

Forskningen i kompetenceudvikling diskvalificerer entydigt det der kaldes for 'train and hope'-tilgangen. Dette betyder, at det langt fra er tilstrækkelig blot at kompetenceudvikle medarbejderne – praktikerne skal nemlig også have mulighed for at omsætte deres nyerhvervede viden til praksis. I projekt telemedicinsk sårvurdering sker dette i et vist omfang, blandt andet gennem superbrugere og/eller teamledere²³, hvis roller er at støtte de øvrige medarbejdere i praksisarbejdet med telemedicinsk sårvurdering, og derved understøtte fremdriften og forankringen af implementeringen.

En særlig udfordring som både praktikere i kommunalt og hospitalsregi står overfor, er imidlertid den *opgaveglidning* som følger af målsætningerne med implementering af telemedicinsk sårvurdering. Opgaveglidningen indbefatter, at der både sker en glidning i opgavevaretagelse og i arbejdstilrettelæggelse mellem hospitaler og den kommunale hjemmepleje. Denne opgaveglidning stiller store krav om opkvalificering og kompetenceudvikling – særligt ude i kommunerne – og om et styrket samarbejde mellem sygehuspersonalet og de kommunale sygeplejersker²⁴.

De interviewede beretter i denne forbindelse om, hvordan kompetencerne inden for sårbehandling- og forebyggelse i høj grad er personafhængige – særligt i kommunalt regi. Dertil kommer at anvendelsen af telemedicin endnu er begrænset til enkeltpersoner, både i kommunalt og hospitalsregi. På tværs af enheder og sektorielle grænseflader peger deltagerne således på, at

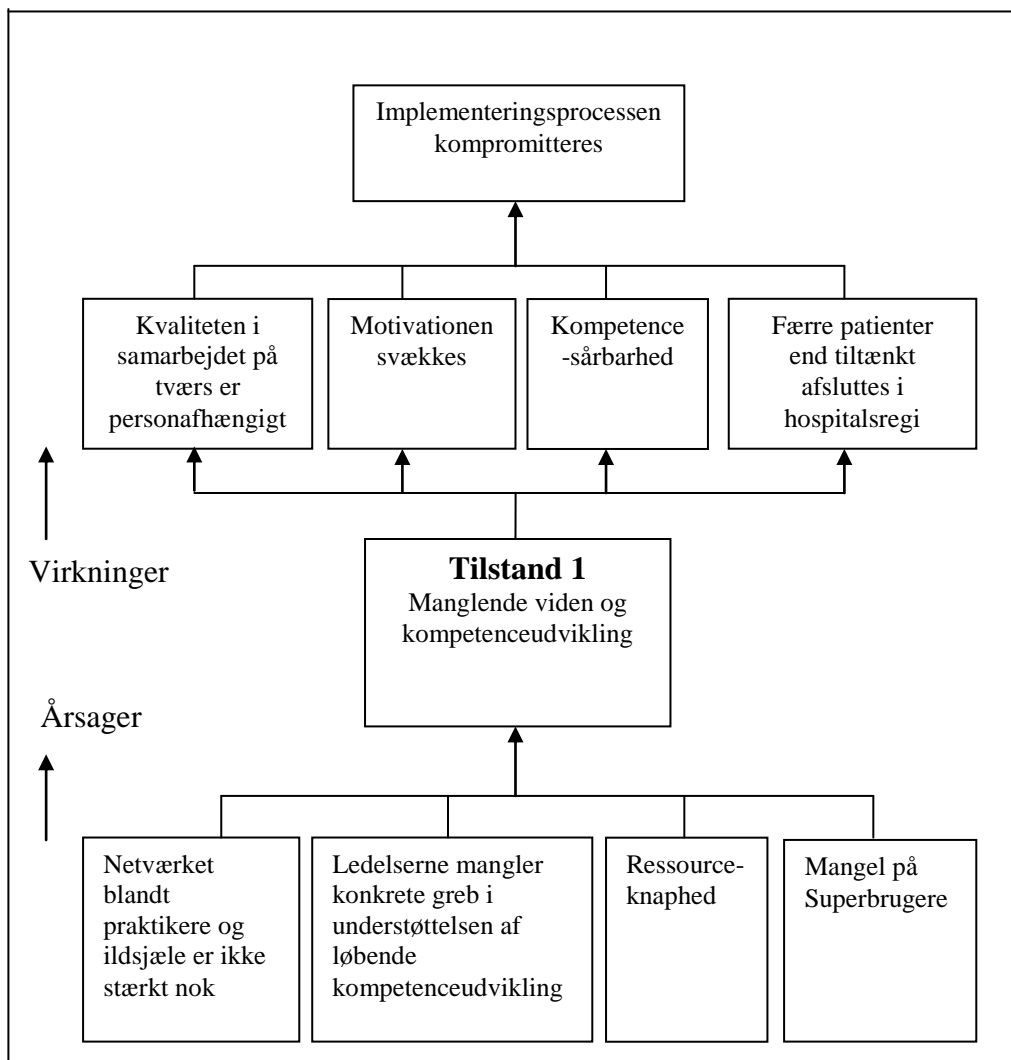
²³ Medarbejdere der uddannes og trænes særligt til at agere 'støtte- og sparringspartnere' for de øvrige medarbejdere i implementeringsprocessen. Superbrugere og teamledere har således et særligt ansvar for at give den nødvendige og løbende støtte.

²⁴ Samtlige af de interviewede oplever at samarbejdet på tværs af sektorer i store træk er velfungerende. De interviewede beretter om, at der med tiden er opstået en særlig form for "team-ånd", der i sig selv er befordrende for at kunne levere en koordineret og kvalificeret sårbehandling.

implementeringen (fortsat) er præget af en særlig sårbarhed. Sårbarheden gør sig særligt gældende på fire parametre:

- Kompetencer
- Ressourceknaphed (personaleressourcer og tid)
- Ledelsesopbakning og prioritering
- Motivation

Den sårbarhed der udspiller sig på disse fire parametre, betyder at implementeringen af telemedicinsk sårvurdering i praksis besværliggøres, og at medarbejderne (og borgerne) kommer 'i klemme' på leveringen af en kvalificeret sårbehandling på tværs. Nedenstående problemanalyse skitserer, hvilke centrale udfordringer der er i spil på spørgsmålet om kompetenceudvikling og sårbarhed, samt hvilken betydning de interviewede oplever at udfordringerne har for deres arbejde med implementering af telemedicinsk sårvurdering.



I den videre analyse af barrieren 'Kompetenceudvikling og Robusthed', belyses forholdende omkring det personafhængige arbejde med telemedicinsk sårvurdering, betydningen af ressourceknaphed og ikke mindst oplevelsen af kompetenceskævhed i samarbejdet omkring borgerne. Afsættet er forankret i konkrete eksempler på, hvad der blandt de interviewede opleves som særligt svært og presserende, i arbejdet med at kvalificere og udvikle fagligheden og samarbejdet bl.a. i forhold til nye arbejdsopgaver og arbejdsgange.

Ressourceknaphed og medarbejdervilje

I det empiriske materiale er der markant enighed blandt medarbejderne om, at den nødvendige kompetenceudvikling – særligt i det kommunale – ikke finder sted i tilstrækkeligt omfang. Dette udgør en betydelig barriere for implementeringen af telemedicinsk sårvurdering, idet praktikernes rolle i implementeringsprocessen står helt centralt. Det er praktikerne der har den daglige og direkte kontakt med borgerne, og derfor er det afgørende at der afsættes de nødvendige ressourcer og den nødvendige tid til at kompetenceudvikle – både i form af uddannelse, sidemandsoplæring, deltagelse i netværk, teams og andre læring-på-jobbet aktiviteter. Flere af de interviewede medarbejdere oplever imidlertid ikke, at der afsættes den nødvendige tid og ressourcer til at sikre kompetenceudviklingen løbende. En af superbrugerne fra kommunalt regi, peger i denne forbindelse på, at en af årsagerne til knapheden på ressourcer og kompetencer er, at ledelsen ikke prioriterer implementeringsarbejdet højt nok – det der i udgangspunktet har været en *skal-opgave*, er med tiden blevet en *kan-opgave*:

"Det her det er jo en skal-opgave, men den er blevet 'over-rullet' af andre skal-opgaver i kommunen, så man har ikke prioriteret det højt nok. Jeg vil ikke kalde det 'ikke engageret', men at man måske ikke har følt at det var vigtigt nok. Og hvis ikke man har en ledelsesmæssig støtte, så kan det være svært at komme videre med det. Jeg har nok syntes at jeg har været lidt alene omkring det. Jeg har ikke haft nogen allierede. I starten var det ligesom også at alle sygeplejersker skulle med ind over, men det har man så nedjusteret til at det er sårkonsulenterne der er inde over. Men det bliver heller ikke prioriteret højt nok til at vi kan få lov til at få ordentlig gang i det. Og den sidemandsoplæring der egentlig skulle finde sted, den bliver der heller ikke... man kan jo ikke sidemandsoplære uden at have tid sat af til det. Hvis jeg skal se på, hvad skyldes

det [...] man har måske nedprioriteret det som en 'skal'. **En skal-opgave er blevet til en kan-opgave.** [...] Ildsjælen er svær at finde... **det er svært at finde gnisten til det.**”

(Medarbejderinterview)

Manglende ledelsesmæssig opbakning og prioritering af implementeringsprojektet på både ressourcer og tid, har ikke overraskende konsekvenser for motivationen i arbejdet med at udvikle og fremme implementeringsprocessen ”på gulvet”. Afgørende for at lykkes med implementeringen – både i forhold til opgaveglidningen, arbejdstilrettelæggelsen og ikke mindst kompetencerne i anvendelsen af telemedicin som behandlingskvalificerende værktøj – er at medarbejderne løbende rustes til at udføre og løfte de opgaver implementeringen kræver. Når motivationen og gnisten i arbejdet med implementeringen er svær at finde, skal dette ses i tæt samspil med de oplevede muligheder for reelt at understøtte og drive implementeringen fremad.

Det skal imidlertid understreges, at der generelt blandt de interviewede medarbejdere, i kommunalt såvel som i hospitalsregi, er stor gejst og vilje til at lykkes med implementeringen. Under samtlige interviewdialoger med både medarbejdere og ledere fremgår det tydeligt, at implementeringen af telemedicinsk sårvurdering i høj grad er et medarbejderdrevet projekt. Telemedicinsk sårvurdering, som behandlingskvalificerende værktøj, giver nemlig *god mening* – både for medarbejdernes praksisarbejde og i borgernes hverdag. Medarbejderne giver i denne forbindelse udtryk for at *ville* kompetenceudviklingen, fordi telemedicinsk sårvurdering giver mening i forhold til den faglige udførelse og udvikling af (sam)arbejdet omkring borgeren. En sårsygeplejerske fra hospitalsregi fortæller:

”Jeg synes virkelig at **patienterne er positive over for det**, de er virkelig positive [medarbejdere fra kommunalt og hospitalsregi tilslutter sig]. **De oplever en tryghed** i at... at de føler os tættere på, altså ekspertviden. De ved at sårsygeplejerskerne... bare det at det er en sårsygeplejerske der kommer ud, for det er jo ikke altid at der har gjort det vel. Det at **de føler sig tættere på os**, og at vi er nemme at få fat i, når der er behov for det, det er de meget positive over for. Og selvfølgelig **også det der med at de ikke skal ind til os mere end højest nødvendigt**. Det er jo en af de kæmpe fordele der er i det. [...] **det er en meget mere behovsdækkende måde at arbejde på.**”

(Medarbejderinterview)

Motivationen for implementeringsarbejdet og for løbende at udvikle de nødvendige kompetencer, er i høj grad til stede blandt de interviewede medarbejdere. Skal implementeringen lykkes som tiltænkt, skal medarbejdernes vilje og drivkraft imidlertid gribes, dyrkes og fastholdes af ledelserne. I en travl hverdag, hvor forskellige skal-opgaver konkurrerer på prioritering og opmærksomhed, kan det for ledelserne være fristende at betro implementeringen til superbrugere og andre nøglemedarbejdere, der brænder for at projektet skal lykkes. At sætte engagerede og ansvarlige ildsjæle i spil, som centrale aktører i implementeringsprocessen, er selvsagt vigtigt og nødvendigt, men det er og bliver ledelsernes opgave at sikre, at indholdet samt rammerne og retningen for arbejdet og implementeringsforløbet prioriteres. Som tidligere pointeret, stiller dette krav til ledelserne om løbende at følge op på processen, og involvere sig aktivt i et tæt samarbejde med medarbejderne.

På spørgsmålet om rammesætningen og mulighedsbetingelserne for løbende kompetenceudvikling, fortæller en af de interviewede ledere i kommunalt regi om, hvordan medarbejderne selv råder over indholdet af det timeantal de er blevet tildelt til kompetenceudviklingsformål. Har medarbejderne et ønske om at fx at deltage på et kursus, har de således mulighed for selv at disponere over timerne og skabe den nødvendige tid til løbende læring og kompetenceudvikling:

”De skal selvfølgelig holde deres viden opdateret, og det har de muligheden ved at de får, efter frit valg, en faglig dag eller et eller andet, hvor de selv må om, hvad er det så for et kursus de har behov for. [...] Og så har de som sagt de tre timer om ugen, som de kan anvende på det de synes at prioritere er vigtigt. Det kan være et kursus til et team, eller det kan være at de har arbejdet på at få lavet en undervisningsseance, eller hvad det er der kan være brug for. Så kan de jo samle timerne sammen, eller hvad de vil. Og det fører vi da også nogenlunde regnskab med, for det kommer jo også ind på listen, så vi kan jo se hvor meget der bliver brugt. Og sådan generelt må man sige at det er tilstrækkeligt. Der bliver ikke brugt mere... hvis ellers, det bliver registreret rigtigt [griner].”

(Lederinterview)

Det der er særligt interessant i denne sammenhæng er, at hvad der af lederen opleves som en tillids erklæring, opfattes af flere medarbejdere som en individualiseret og tungt ansvar. Når lederne ikke i tilstrækkelig og kontinuerlig grad går i dialog med medarbejderne om, hvordan udfordringer

på kompetenceområderne skal imødekommes, er implementeringsarbejdet i fare for, at det er medarbejdernes individuelle løsninger der bliver svaret på problemstillingerne. I hvilken grad de nødvendige kompetencer sikres i opgaveløsningen og implementeringsarbejdet, kan med stor fare komme til at handle om den enkelte medarbejders evne til at disponere over egne timer, sætte grænser for egne ambitioner, finde egen indre motivation og afklare styrker og svagheder i arbejdet. Trods gode intentioner fra ledelsesside, forekommer det hverken konstruktivt eller produktivt at sætte sin lid til medarbejdernes individuelle løsninger på, hvad der reelt er ledelsesmæssige udfordringer i implementeringsarbejdet.

Kompetenceskævhed og personafhængigt arbejde

Som allerede nævnt, stiller opgaveglidningen mellem hospitaler og kommuner store krav til særligt sundhedspersonalet i kommunalt regi. Skal målsætningerne med implementering af telemedicinsk sårvurdering lykkes, er det af afgørende betydning, at det sundhedsfaglige personale i det kommunale - videns- og kompetencemæssigt - løbende understøttes i at løfte det ansvar de nye opgaver fører med sig. At de nødvendige kompetencer i kommunerne endnu ikke er til stede i tilstrækkeligt omfang, er i medarbejdernes optik tæt koblet til det forhold, at tiden til at udvikle de nødvendige kompetencer, ikke er til rådighed. Dette har stor betydning for implementeringsarbejdet, både i forhold til antallet af afsluttede patienter i hospitalsregi og ikke mindst i forhold til kvaliteten i behandlings- og forebyggelsesarbejdet ude hos borgerne²⁵. Om sårbarheden i forhold til opgaveglidningen fortæller en sårsygeplejerske fra hospitalsregi:

”Vi skal selvfølgelig være opmærksomme på at få afsluttet så mange som muligt til de faste besøg. Og det synes jeg egentlig at vi er opmærksomme på. Men stadigværk skal vi også være helt sikre på, at der er de kompetencer ude i kommunerne til at kunne overtage. Og der er det... der synes jeg også at vi indimellem hører at tiden blandt sårsygeplejersker ude i kommunerne, det er meget forskelligt hvor meget tid de får. Og hvis du har et diabetisk fodsår så skal du altså være sikker på at der er nogen der følger op på det. Og der er det man tænker, at så kan du også lige følge op på det selv i sårklinikken. [...] det er slet ikke for at sige at hjemmesygeplejersken eller sårsygeplejersken ude i kommunen ikke er gode nok, men de fortæller selv hvor lidt tid de har. Og jeg synes også godt at man kan mærke, at det ikke altid er dem [sårsygeplejerskerne] der har

²⁵ Det skal understreges, at de problemstillinger der fortælles frem, vedrørende kompetenceudvikling og kompetenceniveau, står i uløselig sammenhæng med tidspunktet for, hvornår interviewforløbet er gennemført.

været ude [hos borgeren]... det bliver ikke altid fulgt op af en sårsygeplejerske. Det magter de jo ikke.

(Medarbejderinterview)

Sårsygeplejerskens beretning er et godt eksempel på, hvordan implementering i høj grad er et spørgsmål om investering – at sikre den rette kompetenceudviklingsplan og den rette mængde tid og ressourcer til at realisere planen. De rette ressourcer skal med andre ord være til stede, på det rette tidspunkt. At investere i implementeringen løbende handler naturligvis om tid og penge – begge parametre, der i sundhedsvæsenet er under pres – *men i særdeleshed også om personressourcer*. Igen, er det afgørende at ledelserne aktivt involverer sig i implementeringsprocessen, hvis projektet skal lykkes – og prioriterer det nære samarbejde med medarbejderne omkring udfordringer og problemstillinger undervejs. Særligt i denne fase, hvor kompetencer, arbejdsgange og tilrettelæggelse af arbejdsopgaver endnu ikke er 'faldet på plads' – hvor man stadig er afsøgende – er personressourcerne, både hvad angår involvering og det nære samarbejde, givet allerbedst ud (Carstensen : 2013).

En problemstilling der knytter an hertil, er at den nødvendige viden og de nødvendige kompetencer i arbejdet med telemedicinsk sårvurdering i høj grad er personafhængigt. Dette er en udfordring som sundhedspersonalet, både i kommunalt og hospitalsregi, oplever som meget presserende. At arbejdet med telemedicinsk sårvurdering er personafhængigt betyder, at medarbejderne er udfordret på en helt særlig sårbarhed i deres arbejde – *tilpasningsevnen*:

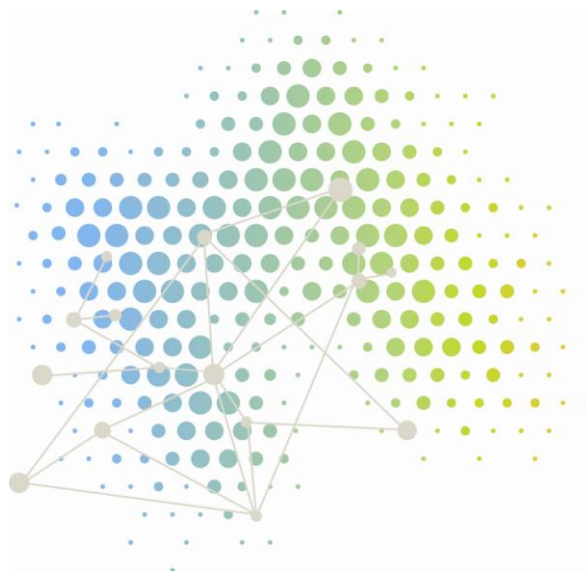
”Det er stadig meget personafhængigt det her. Hvis jeg blev sygemeldt, så tror jeg at jeg har én kollega som vil bære den videre efterhånden, men det har også taget tid. Så det er enormt personafhængigt.”

(Medarbejderinterview)

Implementeringsprocessen, herunder det tværgående og interne arbejde med telemedicinsk sårvurdering, er i høj grad afhængigt af at bestemte personer er til stede som tovholdere på kvaliteten og kontinuiteten i anvendelsen af telemedicinsk sårvurdering, som behandlingskvalificerende værktøj. Fastholdelsen af nye arbejdsgange og opgaveløsninger hæmmes med andre ord, når bestemte personer ikke er til stede fx grundet sygdom. Dette stiller

medarbejderne over for en særlig sårbarhed i deres arbejde, som både har konsekvenser for den interne fastholdelse af praksis, og i særdeleshed i forhold til kvaliteten i det tværgående samarbejde omkring borgerne.

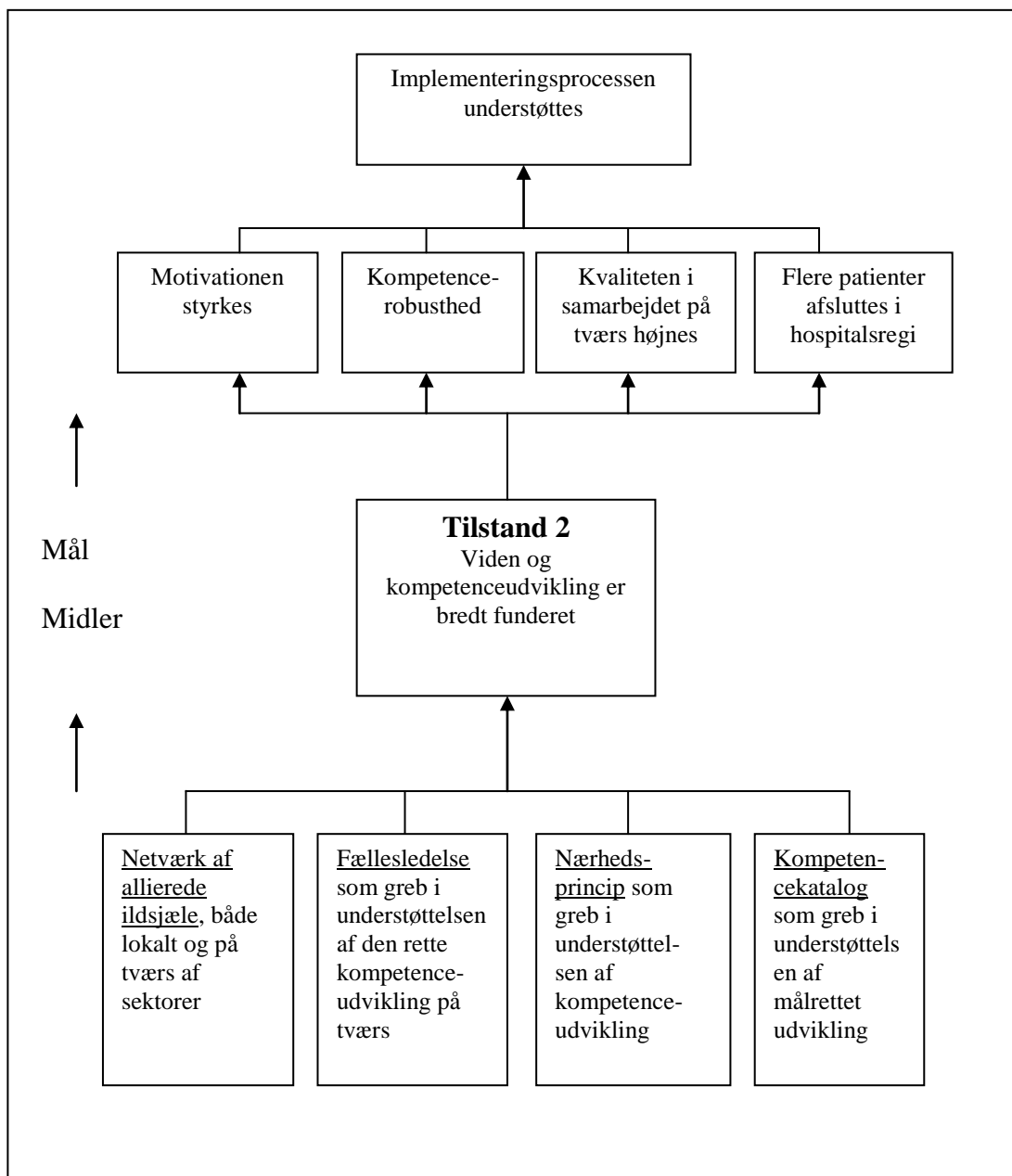
Samtlige medarbejdere peger her på, at antallet og bredden i netværket af ressourcepersoner ikke er stærkt nok. Er der imidlertid ikke økonomi til at uddanne og aflønne flere nøglepersoner i arbejdet med telemedicinsk sårvurdering, er der god grund til at tænke i alternative organisatoriske 'setups', der på forskellig vis kan frigive personressourcer, og derved understøtte den nødvendige vidensdeling, kompetenceudvikling og træning af de nye færdigheder i praksis. Dette aspekt er et af flere der behandles i det efterfølgende afsnit 'Next Practice former – Kompetenceudvikling og Robusthed'.



Next Practice Former: Kompetenceudvikling og robusthed

Forskningen på området viser, at netværk og muligheder for gensidig supervision praktikerne imellem er af særlig stor vigtighed. Dertil kommer at løbende coaching og støtte – både mellem medarbejdere, og mellem medarbejdere og ledelsen – bør indtage en central implementeringsstrategisk plads, hvis personalet skal hjælpes til at opnå, omsætte og fastholde den nye viden og de nye praksisser – også når det nye tiltag er implementeret! (Nilsen : 2006, Berry : 2008, Fixsen 2005 ; 2009). Skal implementeringens gennemslagskraft sikres og understøttes, er det således afgørende, at den nødvendige støtte og opbakning stilles til rådighed for praktikerne. Strategisk kompetenceudvikling er med andre ord nødvendigt – men at kompetenceudvikle, er ikke i sig selv strategisk. Kompetenceudvikling bliver først strategisk i det øjeblik, at medarbejdernes udvikling planlægges, gennemføres, opfølges og løbende forankres i arbejdspladsens daglige (og fremtidige) opgaveløsning. Det handler dermed om kontinuerligt at fastholde en rød tråd mellem udviklingen af kompetencer og målsætningerne med implementeringen. De nødvendige kompetencer og ressourcer sikres altså ikke optimalt, hvis den løbende kompetenceudvikling kun er i fokus, når medarbejdere tilfældigvis for øje på et relevant kursus – eller når ledelsen opdager, at man akut står og mangler bestemte kompetencer til at løfte de nye opgaver.

I gennemgangen af det empiriske materiale, synes der at være en generel oplevelse blandt medarbejderne af, at arbejdet med at udvikle de nødvendige kompetencer strategisk ikke er til stede i tilstrækkelig grad. Konsekvenserne af dette tydeliggøres blandt andet i forhold til de problemstillinger, der gør sig gældende på kompetenceskævheden og det personafhængige arbejde med telemedicinsk sårvurdering. Skal kontinuitet og kvalitet sikres i arbejdet med telemedicinsk sårvurdering, som et behandlingskvalificerende værktøj, er det med andre ord nødvendigt at lederne formår at 'gå foran', og imødekomme udfordringerne langt mere systematisk og strategisk. Med afsæt i, hvad de interviewede selv fremhæver som relevante tiltag, i understøttelsen af den nødvendige kompetenceudvikling, præsenteres i det følgende, hvilke konkrete (strategiske) greb, der med fordel kan tages i brug i implementeringsarbejdet.



Med udgangspunkt i ovenstående mål-middel-analyse belyses og konkretiseres, hvad de forskellige greb nærmere indebærer og forudsætter i praksis. I det følgende beskæftiger vi os således med grebene 'Netværk af allierede ildsjæle', 'Fællesledelse', 'Nærhedsprincippet' og 'Kompetencekatalog' – greb der alle sætter fokus på, hvordan det konkret er muligt at arbejde (strategisk) med kompetenceudvikling.

Netværk af allierede ildsjæle – lokalt og på tværs

Flere af de interviewede medarbejdere peger på, at særligt netværket blandt ildsjæle i kommunalt regi er vigtigt at styrke – lokalt, og i særdeleshed på tværs. Særligt vigtigheden i at dele erfaringer, viden og mulige løsninger på udfordringer fremhæves, som noget der er nødvendigt at tage alvorligt og handle på, hvis ressourcerne i arbejdet med implementeringen skal udnyttes optimalt. En af sårsygeplejerskerne fra kommunalt regi, fortæller her om de potentielle muligheder for at skabe større bredde i kompetencerne, ved at etablere et netværk, der går på tværs af kommuner og enheder:

”Altså, sådan at man kan veksle ens viden rundt. [...] sådan at man ikke begrænser ens kompetencer til at være snævre i kommunen, men at man kan drage nytte af hinandens viden. [...] Jeg tænker meget om det her område, at det er vigtigt at netværket er stærkt. At man har et netværk man kan trække på rundt omkring. I hvert fald ude i kommunen føler vi jo ikke at det lige er ved praksis at vi kan hente hjælp, og så er det måske den anden vej... at vi kan trække [på hinanden] imellem kommunerne, når vi har den her fælles platform i forhold til telemedicin. Det kunne man ligeså godt gøre mere.”

(Medarbejderinterview)

Der er imidlertid ingen af de interviewede der giver udtryk for konkrete erfaringer med eller ideer til, hvordan sådanne netværk kan etableres i praksis. Dette er muligvis begrundet i, at der i organiseringen af arbejdet ikke er tilstrækkelig fokus på mulighederne i vidensdeling – hvor ledelserne skal tage aktiv stilling til, hvordan vidensdeling skal sikres, hvilke formål vidensdelingen har og ikke mindst hvor meget tid der skal investeres i at vidensdele.

Formålet med vidensdeling er klart og tydeligt: deling af viden handler om at understøtte udviklingen af de rette kompetencer i praksis, samt udvikle på den viden der allerede er til stede i praksisarbejdet med telemedicinsk sårvurdering. Det empiriske materiale viser, at intern deling af specialistviden langt fra er tilstrækkeligt – der er brug for at udvikle og kommunikere den specialiserede viden på tværs af enheder og kommunale grænsedragninger.

Skal målrettet vidensdeling sikres i udviklingen af praksis, er særligt tre områder centrale at have fokus på:

- *Ledelsens rolle*
- *Vidensdelingskultur*
- *Styring og formalisering af vidensdeling*

Ledelsens rolle

Det er langt fra nok blot at tale om, at vidensdeling blandt nøglepersoner, superbrugere og øvrige medarbejdere er relevant. Hvordan vidensdeling skal sikres internt såvel som på tværs er et spørgsmål, som ledelserne nødvendigvis må tage aktiv stilling til. Flere medarbejdere udtrykker som illustreret et stort ønske om koordineret og strategisk vidensdeling på tværs af kommunale grænsedragninger – forudsætningen for at lykkes med vidensdeling (også) på tværs er imidlertid at ledelserne etablerer 1) klare formål med vidensdeling, og 2) faste rammer for vidensdeling. Det handler med andre ord, om at etablere en fælles forståelse og praksis for, hvordan der vidensdeles, hvad der vidensdeles samt hvorfor vidensdeling er nødvendigt.

Klare formål med vidensdeling handler om at sikre retningen for, hvad der vidensdeles om – i delingen af viden, internt såvel som på tværs, skal det være tydeligt for alle medarbejdere, hvad de arbejder hen imod, samt hvilke forventninger der er til vidensdelingen. Ledelsernes rolle er tilmed central i rammesætningen for vidensdeling. Flere medarbejdere er opmærksomme på vidensdelingsproblematikken, og anerkender nødvendigheden i at styrke vidensdelingen internt og i særdeleshed på tværs. At den nødvendige vidensdeling ikke finder sted i tilstrækkelig grad handler om at ledelserne ikke har sikret rammesætningen for vidensdelingen, herunder klare forventninger til vidensdeling, tid til vidensdeling samt et tværgående formaliseret netværk for vidensdeling.

Vidensdelingskultur

Skal tværgående vidensdeling lykkes er det afgørende, at der i organiseringen af arbejdet med telemedicinsk sårsvurdering etableres en vidensdelingskultur, som understøtter både formålet med og rammesætningen for vidensdelingen. Her er det langt fra tilstrækkeligt at ledelserne i lukkede rum definerer formål og rammer for vidensdeling – medarbejderne skal aktivt inddrages i formuleringen af både vidensdelingens form og indhold. Det handler om at motivere medarbejderne til vidensdeling gennem aktiv inddragelse i processen. Både motivation og ejerskab skal fremmes ved at demokratisere processerne for vidensdeling, og ikke mindst gennem anerkendelse af de

medarbejdere, som spiller en særlig rolle i delingen af viden og erfaringer. Det er tilmed afgørende at de nøglemedarbejdere der er gode til at vidensdele, aktivt sættes i spil på forskellige måder og i forskellige fora.

Styring og formalisering af vidensdeling

I relief til spørgsmålet om vidensdelingens form og indhold er det afgørende, at ledelserne (i samarbejde med medarbejderne) fastsætter en klar struktur for, hvordan viden udveksles og deles på tværs af kommunale enheder og grænsedragninger, og ikke mindst hvilke områder der er særlig relevante at vidensdele omkring. Det er tilmed nødvendigt at formalisere vidensdelingen på måder, der løsriver den relevante viden fra de enkelte medarbejdere, og dermed understøtter delingen af viden på tværs. Skal vidensdelingen tilføre implementeringsarbejdet kompetencegivende værdi er det afgørende, at måderne hvorpå der vidensdeles underbygger et tværgående samarbejde, hvor medarbejderne har adgang til en 'fælles vidensbase'.

Fællesledelse

Et af de centrale formål med implementeringen af telemedicinsk sårvurdering, er at skabe mere velkoordinerede behandlingsforløb mellem kommuner og hospitaler. Sikringen af både kvalitet og koordinering i borgernes behandlingsforløb fordrer imidlertid, at både samarbejdet mellem kommuner og hospitaler udvikles og styrkes, og at de nødvendige kompetencer sikres i den fælles opgaveløsning. Både medarbejdere og ledere peger på at afsættet for samarbejdet er, at borgeren skal i centrum. At sætte borgeren i centrum for samarbejdet mellem kommuner og hospitaler, sætter et *nyt kvalitetsbegreb* i spil: kvalitet kan ikke længere sikres og leveres af den enkelte enhed – den enkelte kommune, eller det enkelte hospital - men skal opnås i et tæt og *grænsebrydende* samarbejde omkring borgeren. En af nøglepersonerne i arbejdet med telemedicinsk sårvurdering i hospitalsregi fortæller meget rammende:

”Vores verdener kommer tættere på hinanden. Vi får lavet noget mere helstøbt. Vi hiver dem jo ud af deres hverdag, når de kommer herind [på hospitalet], der er mange ting vi ikke kan se, når de sidder herinde. Her er vi enormt afhængige af, at der er andre der kan observere. [...]. Og at man er bevidst om at det er værdifulde oplysninger. At vi anerkender hinanden for at vi ikke kan fortælle hinanden for meget. I det øjeblik at vi er mange forskellige faggrupper, bliver det jo med

mange forskellige vinkler på. Mange ting skal patienten jo selv håndtere og holde fast i efterfølgende.”

(Medarbejderinterview)

Dette stiller imidlertid ikke blot store krav til medarbejderne, men også til ledelserne. Grebet 'Fællesledelse' stiller her skarpt på, hvordan ledelserne med stor fordel kan spille en vigtig rolle i sikringen af kvalitet og de nødvendige kompetencer, på tværs af hospitaler og kommuner²⁶. Fællesledelse handler om at gå i dialog med både medarbejdere og ledere i andre organisatoriske sammenhænge. Skal borgernes oplevelse tilgodeses og imødekommes på tværs, skal der nødvendigvis skabes muligheder for faglige dialoger med personalet på en anden arbejdsplads. Fællesledelse drejer sig således om at skabe relationer på tværs af formelle grænser mellem organisationer, hvor det handler om at påtage sig en form for ledelse af det personale, man ikke formelt har ledelsesansvaret for. Det handler om at skabe gennemsigtighed i forhold til forskellige udsyn på opgaven, hvordan man kan arbejde på at kvalificere hinanden i opgaveløsningen, at stille viden til rådighed, uddanne og inspirere. Forudsætningen for denne form for tværgående fællesledelse er imidlertid, at lederne på tværs af sektorielle grænseflader bakker hinanden op og anerkender udviklingspotentialer i tiltaget – dette er også særligt betydningsfuldt for, at personalet oplever samarbejdet som en positiv ekstra vinkel på deres arbejde.

Det skal understreges, at det formelle personaleansvar naturligvis ikke flyttes, derimod handler fællesledelse om, at ledere på tværs påtager sig et særligt ansvar for at kommunikere en viden og forskellige perspektiver på praksis, der kan inspirere til den videre udvikling af kompetencer og forbedring af praksisarbejdet, på tværs af grænser mellem hospitaler og kommuner.

Det produktive perspektiv i grebet 'Fællesledelse' handler om i praksis at alliere sig med hinanden på tværs af grænseflader, og sammen understøtte den løbende udvikling af nødvendige kompetencer og kvalitetssikring. Dette indebærer og stiller store krav om et skifte i perspektiv, fra enkeltorganisationen til et netværk. I stedet for udelukkende at koncentrere blikket på egne udviklingsopgaver, udvides perspektivet til også at tage aktiv stilling til de fælles udviklingsudfordringer og udviklingsopgaver – også i praksis.

²⁶ Grebet er inspireret af og baseret på forskning, der behandler hvilke handlemuligheder der kan gøres brug af i udviklingen af velfærdsledelse – på tværs af enheder og sektorer (Pors & Ryberg : 2013).

Nærhedsprincippet

Som tidligere pointeret, er det vigtigt at praktikerne i implementeringsarbejdet kontinuerligt støttes i udviklingen af de rette kompetencer. En af de interviewede ledere fortæller, at skal kompetencesårbarheden afværges, skal der langt større ledelsesmæssig fokus på at skabe de nødvendige muligheder og betingelser for en tæt støtte mellem praktikere og ressourcestærke nøglepersoner, med særligt stærke kompetencer og viden:

”Vi vil gerne have at alle sygeplejersker blive rimelig fortrolige med det her [...]. Men lige præcis, så bliver vi sårbare, når der er noget sygdom, eller nogen af dem som virkelig ved noget om det her ikke er der. [...] Der har manglet det her nærhedsprincip i forhold til at have en tæt på sig, som har kendskab lidt mere i dybden. Så det vi gør nu, det er, at nu er [en nøgleperson/superbruger] på vej rundt i nogle af grupperne, for simpelthen at have sidemandsoplæring med nogen af de sygeplejersker som ikke har haft den støtte. [...]. Det handler om den der tilstrækkelige oplæring til de personer der skal yde det, og den prøver vi at få lidt mere styr på nu. Det er nok den jeg er mest optaget af lige nu, for jeg synes at det er rigtig rigtig vigtigt, at for at sygeplejerskerne føler at det er noget de kan bruge, så skal de vide hvordan.”

(Lederinterview)

At kompetenceudvikle efter nærhedsprincippet, handler her om at bidrage til såvel udviklingen af faglige som personlige kompetencer - dette i kraft af et tæt samarbejde og synlig støtte, fx i form af sidemandsoplæring. Skal nærhedsprincippet realiseres er det nødvendigt, at der fra ledelsesmæssig side afsættes den påkrævede tid og ressourcer til oplæring og vidensdeling. Det er tilmed afgørende at efterspørgsel på støtte og oplæring fra medarbejderne, imødekommes af et tilsvarende tilbud herom – personaleressourcerne skal med andre ord være tilstrækkelige, synliggøres og aktivt stilles til rådighed. Det skal i relief hertil understreges, at nærhedsprincippet – udover relevant personlig og faglig kompetenceudvikling – også handler om at styrke socialiseringen af medarbejderne i forhold til den udvikling som følger af implementeringen. Det handler med andre ord også om at skabe en fælles forståelse for samarbejdets karakter, værdiskabelse og ikke mindst fælles orientering i (sam)arbejdet omkring borgeren. At praktisere nærhedsprincippet som et led i kompetenceudviklingen af medarbejderne, handler således om andet og mere end oplæring til beherskelse af bestemte faglige færdigheder – det handler om at koble medarbejdernes måder at

orientere sig på i implementeringsprocessen og udviklingsarbejdet, med de overordnede målsætninger med implementeringen af telemedicinsk sårvurdering.

Kompetencekatalog

Udarbejdelsen af et kompetencekatalog – med baggrund i en forventningsafstemmende dialog mellem medarbejdere og ledere – kan anvendes som et redskab til at tydeliggøre, hvilke konkrete kompetencer der er brug for (personlige og faglige), med henblik på at understøtte en fælles retning for kompetenceudviklingen²⁷. I kompetencekataloget beskrives de (kerne)kompetencer som ledere og medarbejdere har brug for at udvikle og anvende for at lykkes med den faglige udførelse af opgaverne, og opfylde målsætningerne for det tværgående samarbejde omkring borgerne. Kompetencekataloget skal med fordel rumme alle nødvendige kompetencer, herunder faglige, sociale, personlige og ledelsesmæssige kompetencer. Det er vigtigt at kernekompetencerne formuleres med direkte afsæt i missionen med implementeringen af telemedicinsk sårvurdering, idet missionen udgør implementeringsprocessens begrundelse og mere stabile element.

Udarbejdelsen af et kompetencekatalog handler i særdeleshed om at medarbejdere og ledere sammen ruster sig til både nuværende og fremtidige udfordringer i implementeringsarbejdet – det handler om at understøtte en proaktiv proces. Udarbejdelsen af et kompetencekatalog er ydermere en god anledning til at skabe en fælles forståelse og et fælles billede af, hvilken retning udviklingen af implementeringen bevæger sig i – herunder, hvilke kompetencer der er særlig vigtige at arbejde målrettet og opmærksomt med at udvikle.

Til udarbejdelsen af et kompetencekatalog, er der i det nedenstående opstillet en række hjælpespørgsmål som kan hjælpe processen på vej:

- Hvad er vores særlige udfordringer?
- Hvad kan vi i dag, og hvad skal vi kunne?
- Hvad skal vi samlet have lært?
- Hvilke krav og forventninger har borgerne/patienterne?
- Hvilke organisatoriske ændringer står vi overfor?

²⁷ Der trækkes her på inspiration fra Ankerhus' arbejder med forandring og kompetenceudvikling (Engelbrecht & Stevn : 2011).

- Hvilke krav skal honoreres i forbindelse med kvalitet?
- Hvordan kan vi arbejde med at fastholde nye kompetencer og praksisser?

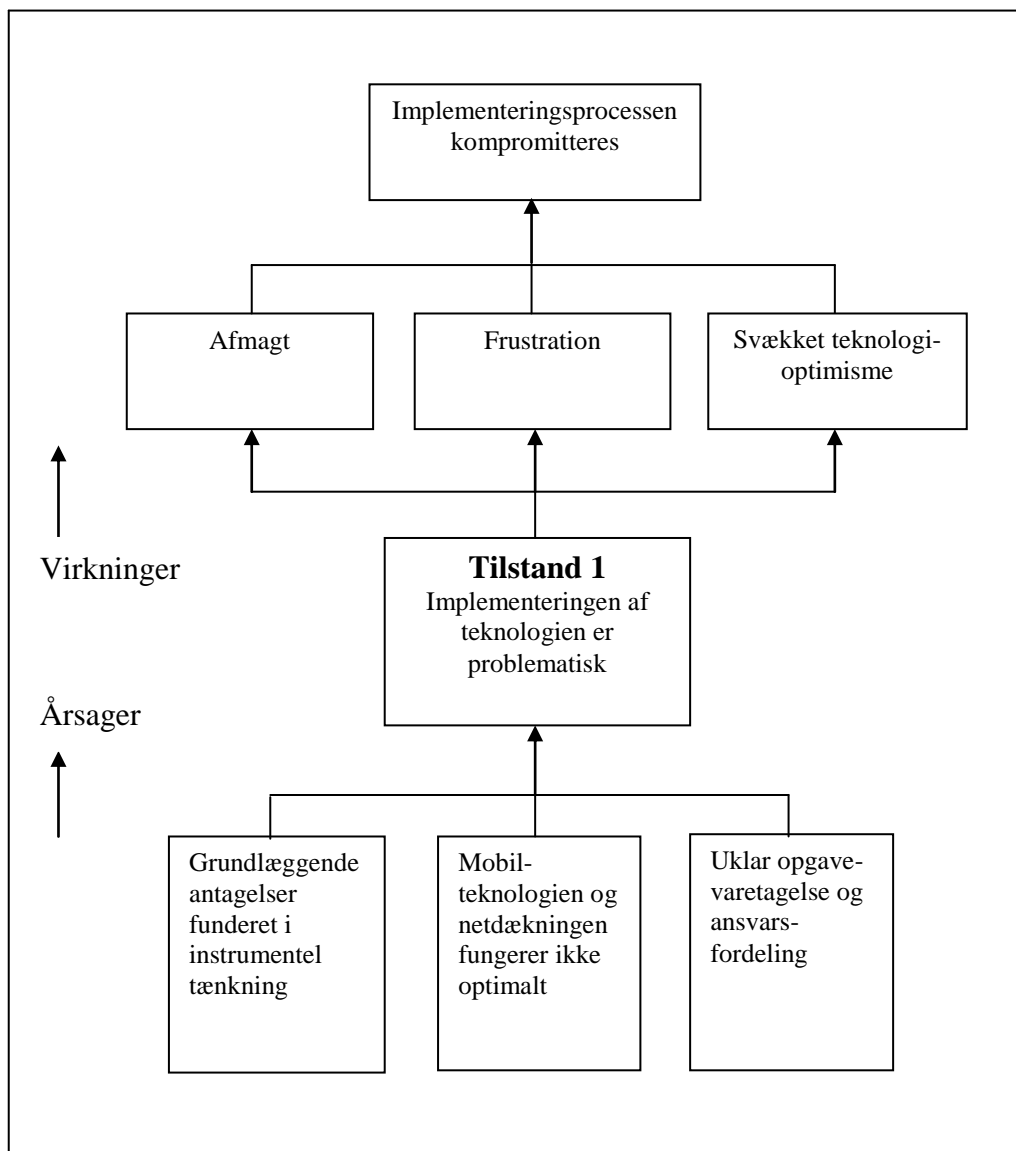
Beskrivelsen og forventningsafstemningen af kompetencer mellem medarbejdere og ledere skal forstås som en dynamisk og fortløbende proces. Et kompetencekatalog er således langt fra en færdig størrelse, og skal revideres løbende. Man kan med fordel starte med at sætte ord på de vigtigste kompetencer – derefter kan kompetencekataloget løbende justeres. Helt centralt er, at kompetencekataloget kan hjælpe ledere og medarbejdere med at beskrive, hvad der er brug for – hvilke kompetencer der skal udvikles – på en meget konkret og præcis måde.

Barriere: Teknologi

Et særligt karakteristika ved projekt telemedicinsk sårvurdering er, at teknologien er moden og velkendt. Der er tale om tablet- og mobilteknologi, samt en velafprøvet webbaseret e-journal (Pleje.net.). Formålet med implementeringen af teknologien er, at den skal fungere som facilitator for et bedre og mere effektivt tværsektorielt samarbejde, velkoordinerede behandlingsforløb, vidensdeling samt netværksopbygning. Derudover skal teknologien på sigt fungere som et redskab, der tilbyder borgerne/patienterne struktureret viden om egen proces og behandlingsforløb på 'tæt hold'.

Teknologien alene kan ikke honorere disse implementeringsmålsætninger, tværtimod er indfrielsen af implementeringsmålsætningerne i høj grad forudsat af, at implementeringspraksis er 'gearet' til de udfordringer, forandringer og den uforudsigelighed som implementeringen af teknologien i praksis medfører. Med baggrund i en socio-teknisk tilgang (Science and Technology Studies (STS)) viser forskningen på det velfærdsteknologiske område nemlig, at teknologiens designkvaliteter og pilottests, om end vigtige, langt fra gør det alene – en central forudsætning for at lykkes med målsætningerne for implementeringen af teknologien, er at forstå, hvad der sker når først teknologien lander i brugernes hænder ude i praksis.

Flere af de interviewede peger på, at teknologien har potentialet til at blive en stærk ressource og redskab i opgaveløsningerne. Ikke desto mindre oplever mange af interviewdeltagerne, at der både i brugen af teknologien og i implementeringspraksis er en række barrierer, der skal imødekommes og overvindes, hvis potentialerne ved implementeringen af teknologien skal indløses. Med baggrund i den analytiske gennemgang af materialet, samt de problemstillinger og udfordringer interviewdeltagerne selv peger på som værende særligt centrale, er nedenstående problemanalysemodel udarbejdet.



De problemstillinger der i materialet er særligt gældende, omhandler både tekniske og organisatoriske aspekter. Mobilteknologien og mobildækningen beskrives af interviewdeltagerne, som nogle af de mest centrale udfordringer i implementeringen. Interviewdeltagernes erfaringer er her, at mobilteknologien ikke altid virker efter hensigten – at fx billedopløsningen ikke er god nok – og at netværksforbindelsen, hverken er hurtig eller stabil nok til at kunne varetage de nødvendige overførsler af data. Udover at pege på netværksforbindelsen og mobilteknologiens designkvaliteter, retter interviewdeltagerne også opmærksomhed på, at implementeringspraksis udgør en barriere i forhold til at lykkes med implementeringen af teknologien. I relief hertil udtrykker interviewdeltagerne stor frustration over manglende viden om, *hvem* de kan henvende sig til, når de

i dagligdagen står over for teknologiske udfordringer. Et yderligere perspektiv på de problemstillinger og udfordringer som de interviewede giver udtryk for, findes i den tilgang og forståelse de har af teknologiens virke. I gennemgangen af det empiriske materiale kan der spores en instrumentel tilgang til implementeringen af teknologien, både blandt medarbejdere og ledere. Hvilken betydning dette potentielt har for implementeringspraksis, belyses nærmere i nedenstående. Først skærpes det analytiske blik dog på interviewdeltagernes konkrete oplevelser og erfaringer med udfordringer omkring implementeringen af teknologien.

Teknologiske benspænd og uklar ansvarsfordeling

Motivationen for at anvende og integrere teknologien som en del af den daglige arbejdsgang, er blandt de interviewede i høj grad til stede. Motivationen for at bruge teknologien er dels drevet af en oprigtig interesse for at højne borgernes oplevelser af sammenhængende og koordinerede forløb, dels af personlige interesser i egen faglig udvikling, og dels af mulighederne for at dyrke og indløse de faglige og samarbejds-mæssige netværkspotentialer på tværs af sektorielle grænseflader. Som allerede fremhævet, er implementeringen af teknologien imidlertid udfordret af en række forhold, der på forskellig vis og i samspil med hinanden, 'spænder ben' for arbejdet med at integrere teknologien, som en del af de daglige rutiner. En af de interviewede superbrugere giver blandt andre udtryk for, hvordan mulighederne for at anvende teknologien som tiltænkt kompromitteres af, "at der ikke er styr på det tekniske", og at det ikke er gennemsigtigt 'hvem' man som praktiker (eller leder) kan og skal henvende sig til for at løse problemstillingerne:

"Det der fylder meget, er at vi ikke har styr på det tekniske. Telefoner der ikke kan gå på internettet. Det er godt nok smartphones, men de er ikke koblet op på et eller andet halløj, som de skal kunne, så vi kan finde app'en. Så jeg går og tager billeder med min arbejdstelefon og sender det til min private telefon, og så skriver jeg ind på app'en her. Og jeg prøver på at finde ud af, hvem er det der kan tage sig af det, og den bliver skubbet og skubbet og skubbet væk, og så får jeg den anden dag at vide, at det er det samme problem i de andre områder. Og jeg orker næsten ikke at finde ud af det, fordi hvem er det der kan tage sig af det, og vil tage sig af det, og bør tage sig af det. Det fylder virkelig meget. Min ledelse siger, jamen det er ikke i orden at du bruger din egen telefon, for så har du billederne til at ligge der. Nej, men samtidig så er det en skal-opgave. Det fylder vildt meget. Jeg er irriteret faktisk. [...]. Så er jeg ligesom der hvor jeg siger, nå nu har

jeg givet den videre, og skrevet at der er altså noget der ikke fungerer, og så har jeg... jeg er måske ikke så meget irriteret, måske er jeg der hvor man bliver lidt ligeglad.”

(Medarbejderinterview)

Flere interviewdeltagere påpeger, at det er afgørende for implementeringen, at teknologien virker som tiltænkt for at mindske frustrationen blandt praktikerne, i det daglige arbejde med telemedicinsk sårvurdering. I relief til ovenstående beretning, skal det bemærkes, at frustrationen over de teknologiske problemstillinger ikke kan forstås isoleret i forhold til teknologien, men må derimod anskues i det spændingsfelt, der opstår mellem teknologien, brugerne og implementeringspraksis. Det der ifølge superbrugeren ”fylder vildt meget” i brugssituationer, er med andre ord ikke teknologien alene, men i særdeleshed manglen på gennemsigtighed og viden om, *hvem* der har ansvaret for at understøtte og løse de teknologiske udfordringer, som medarbejderne møder i deres dagligdag. Den afmagt som flere af de interviewede beretter om, skal således forstås i konteksten af implementeringspraksis. Det er her vigtigt at understrege, at medarbejdernes oplevelser med teknologiske problemstillinger ikke kan de-kontekstualiseres, men skal ses i forhold til brugssituationen og de konkrete handlemuligheder²⁸.

En måde hvorpå superbrugeren forsøger at overvinde udfordringerne, er ved at inddrage sin private mobiltelefon i arbejdet med telemedicinsk sårvurdering. Superbrugeren forsøger her at ændre vilkårene og handlemulighederne for arbejdet med teknologien, ved at overskride de fastsatte rammer. Problemet ved denne beslutning er flere, centralt er imidlertid at denne strategi er personlig, og er ikke en løsning der kan fungere eller anbefales generelt. Det interessante ved strategien er, at den kan læses som et udtryk for et modsvar til for få og manglende handlemuligheder i implementeringsarbejdet. Samtidig er denne form for personlig strategi en *overlevelsesstrategi*. Bæredygtig implementering er selvsagt ikke noget der kan baseres på overlevelsesstrategier, hvorfor brugssituationerne og handlemulighederne undervejs, i forhold til arbejdet med teknologien i praksis, er et område der kræver stor ledelsesmæssig opmærksomhed. En af de interviewede ledere fortæller i denne forbindelse om vigtigheden i at lederne ”træder til” i det øjeblik underretninger om problemstillinger finder sted:

²⁸ Dette perspektiv udfordrer den *instrumentelle forståelse* af teknologi, hvor telemedicin forstås som et neutralt værktøj, der (uproblematisk) kan anvendes af rationelle menneskelige aktører i en veldefineret praktisk rammesætning med sigte på at opnå planlagte mål. Her afhænger succesen eller fiaskoen af den teknologiske løsning alene af teknologiens designkvaliteter og af praktikernes evner og motivation.

”At teknikken fungerer, er altafgørende for motivationen, for ellers dør det. [...]. Hvis man når dertil, hvor man ikke føler at man kommer nogen [vegne], så skal man også vide hvor det er man kan gå hen, for så må jeg gå ind og træde til og flytte nogle bjerge som leder, hvis det er det der skal til. Så der tænker jeg at samarbejdet er rigtig vigtigt. For vi ved, uanset hvordan, hver eneste gang man starter nye ting så kommer der bump på vejen og det er vigtigt at vi ikke lader os slå ud, men det kan selyfølgelig betyde at nogle ting går lidt i stå. Og der er det vigtigt at vi [lederne] træder ind hurtigt og får glattet ud så vi kan komme videre.”

(Lederinterview)

Lederen retter her opmærksomhed på faren ved at tekniske problemstillinger stranded i uigennemsigtheden på, hvem medarbejderne kan kontakte direkte for den fornødne support. Skal tekniske problemer og uklar opgavevaretagelse og ansvar ikke modarbejde både brugen af teknologien og udbredelsen af løsningen, er det nødvendigt at lederne træder i karakter og handler på de udfordringer, der opstår undervejs i implementeringsprocessen.

I tråd med den socio-tekniske forskning på det velfærdsteknologiske område, er et vigtigt aspekt i denne sammenhæng at teknologien ikke er et neutralt redskab, men har (og bør have) konsekvenser for implementeringspraksis. Hvordan teknologien anvendes og understøttes i implementeringsarbejdet muliggør nemlig visse handlinger og forhindrer (skjuler) andre. Teknologien er på denne vis *effektoverskridende*, hvilket vil sige at teknologiens muligheder forandres og modificeres i brugssituationer og i konteksten af implementeringspraksis (Bruun Jensen, Lauritsen & Olesen 2007, Huniche & Olesen 2014). Ved implementeringen af telemedicinsk sårsvurdering, er der således et betydeligt element af uforudsigelighed i spil, idet brugen af teknologien bibringer situationer, der ikke har været mulighed for på forhånd at tage højde for, hverken i designprocessen eller i pilottestningen af teknologien. Lederen fra før beskriver her, hvordan forventningen om teknologisk sikkerhed og forudsigelighed i start-fasen, forvandlede sig til oplevelser af uforudsigelighed, da teknologien for alvor stod sin prøve i praksis:

”Vi mente virkelig at vi var klar. Vi havde endda fået det lagt ind på forhånd, så det bare var at skulle koble sig på og sætte koder på. Og det testede vi på kurset, og det fungerede. Så kommer

der så ting til, som vi ikke lige kunne forudse, at der kunne blive nogle problemer i forhold til det her, fordi vi ikke før har forholdt os til billeder i brug af telefoner i kommunen.”

(Lederinterview)

Hvordan teknologien virker i én (kontrolleret) setting er således ikke en garanti for, hvordan teknologien virker i hænderne på de sundhedsprofessionelle ude i praksis. Der henledes i denne sammenhæng til *translationsprincippet*, der peger på at teknologien selv *ingen* inertie har (red. statisk/lineært virke). Teknologi er med andre ord ikke noget der bliver til af sig selv – teknologiens virke bliver til i hænderne på brugerne (Latour : 1987). Teknologien muliggøres og vanskeliggøres i konteksten af dynamiske processer – i relationen mellem brugere og det tekniske, og i konteksten af implementeringspraksis. Det er i denne optik umuligt at afgrænse teknologien til en fast størrelse i implementeringssammenhæng. I forskningssammenhæng udfordres (og afvises) antagelsen om at teknologi blot er et redskab, der med de rette designkvaliteter og tests, hurtigt og enkelt kan indføres i praksis, uden de store forandringer. Når teknologi skal implementeres i sundhedspraksis bliver det springende punkt, hvordan det (løbende) er muligt at ruste de involverede medarbejdere og ledere – herunder implementeringspraksis – til uforudsigeligheden i arbejdet med teknologien.

Grundlæggende antagelser

Ofte introduceres teknologi med henblik på at opnå bestemte resultater og arbejdsgange. En central pointe er imidlertid, at implementeringen af teknologien ikke nødvendigvis medfører de på forhånd fastsatte forandringer, og at der desuden ofte opstår uventede udfordringer og problemstillinger undervejs bl.a. i brugssammenhæng, hvilket underbygges og udfoldes både i nærværende empiriske materiale og i en lang række analyser inden for STS (Bruun Jensen, Lauritsen & Olesen 2007, Huniche & Olesen 2014). I relief hertil er det relevant at belyse, hvilke forudgående forventninger og grundlæggende antagelser, der gør sig gældende omkring implementeringen af teknologien, blandt både medarbejdere og ledere. Skal implementeringspraksis rustes til den uforudsigelighed, der opstår i relationen mellem teknologi, brugere og kontekst, er det nødvendigt at se nærmere på, hvilken betydning medarbejderne og ledernes grundlæggende antagelser har for samarbejde og handlinger relateret til implementeringspraksis. Generelt gør der sig tre grundlæggende antagelser gældende omkring teknologien i det empiriske materiale:

1. Teknologien skal flytte dokumentation, information og billeder, assisteret af kommunikation og arbejdsprocesser.
2. Teknologien i telemedicinsk sår vurdering er et neutralt værktøj, der anvendes af rationelle praktikere i en praktisk kontekst for at opnå planlagte målsætninger.
3. Hvorvidt den teknologiske løsning på den sundhedsfaglige problemstilling lykkes afhænger dels af teknologiens designkvaliteter, og dels af de involverede parter evner, kompetencer og motivation.

Disse tre grundlæggende antagelser, abonnerer alle på en instrumentel/rationel forståelse af teknologiens virke. Konkret betyder dette, at der blandt de interviewede er en forventning og antagelse om at succesen eller fiaskoen af den teknologiske løsning i høj grad afhænger af, hvorvidt teknologien virker, og i hvilken grad praktikernes kompetencer og motivation er til stede. I relief til det foregående, påpeger flere af de interviewede imidlertid, at organiseringen af implementeringspraksis er af stor vigtighed, når de i dagligdagen står over for teknologiske udfordringer. Ikke desto mindre, er der i materialet forsvindende få eksempler på, hvordan implementeringspraksis løbende justeres og tilpasses til de uforudsigelige problemstillinger medarbejderne til dagligt står overfor. Det springende punkt bliver derfor, hvordan en ændring i tilgang og grundlæggende antagelser kan udvikle implementeringspraksis i en mere bæredygtig og dynamisk retning.

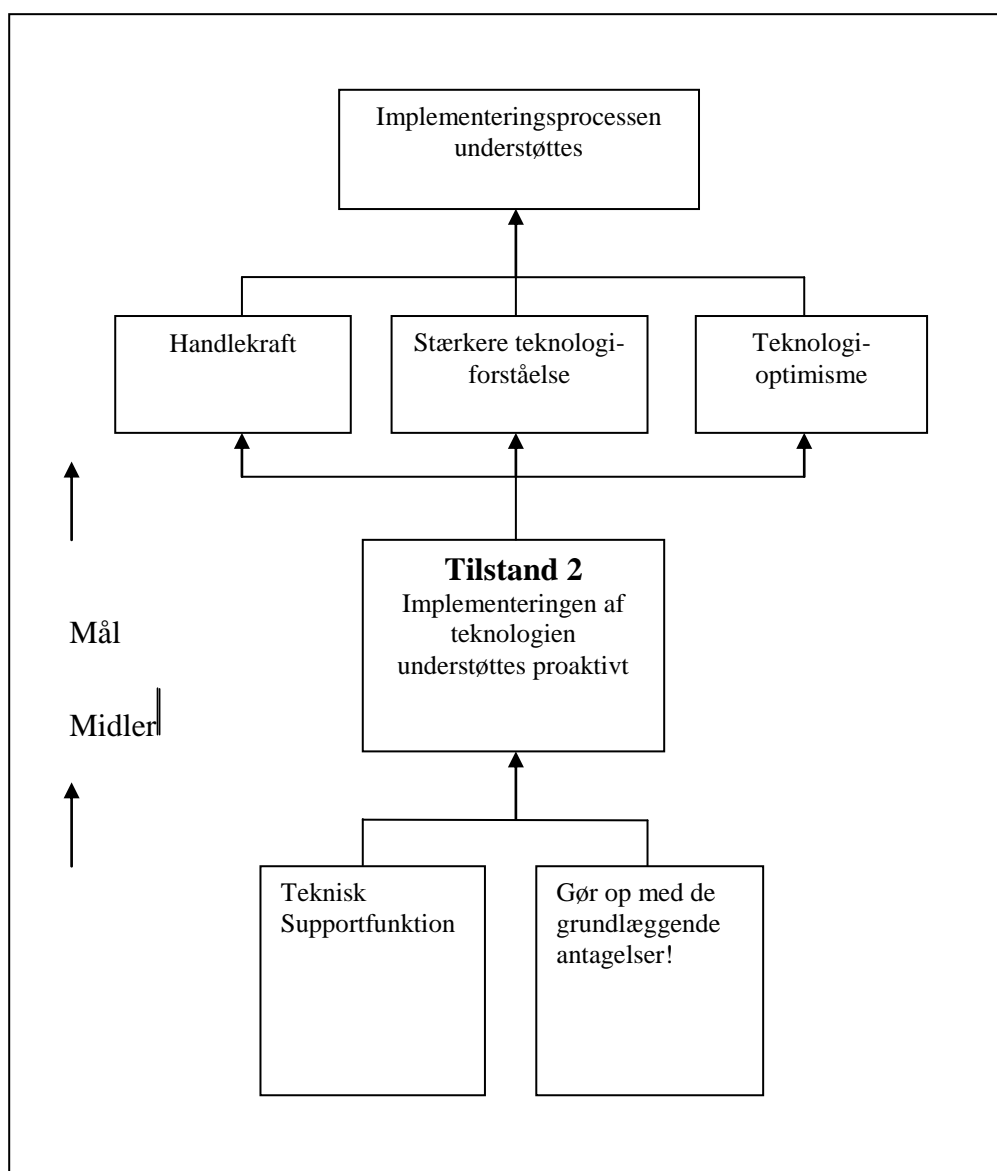
Det skal understreges, at antagelserne ikke er eksplicite for hverken lederne eller medarbejderne. Ikke desto mindre fungerer disse grundlæggende antagelser som uskrevne forventninger til samspillet mellem teknologi og brugere, og dermed også for, hvad implementeringen af teknologien kræver af implementeringspraksis. Sådanne grundlæggende antagelser er typisk så velintegrerede i det organisatoriske miljø, at de er svære at identificere for både ledere og medarbejdere²⁹. Skal implementeringspraksis transformeres, markerer dette et vigtigt springpunkt for handling.

²⁹ Disse perspektiver er baseret på professor Edgar Scheins teoretiseringer vedrørende organisatorisk forandring og lederskab (Schein 2010).

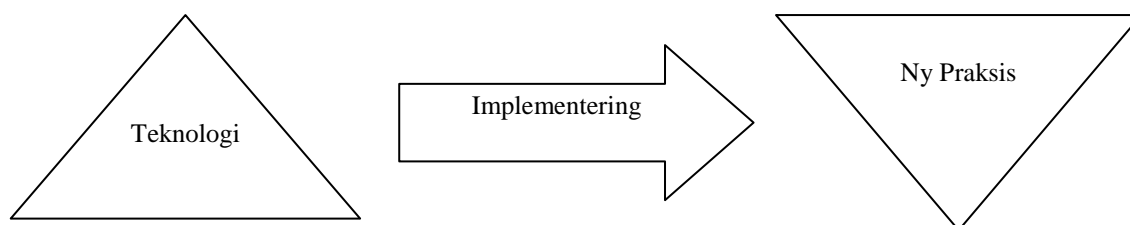
Next Practice Former: Teknologi

Med afsæt i problemanalysen og det empiriske materiale, tager udarbejdelsen af next practice former udgangspunkt i en socio-teknisk forståelse af implementering af teknologi. Sigtet er at øjensynliggøre, hvad man i praksis skal arbejde opmærksomt med, samt med hvilke greb det er muligt at ruste implementeringsprocessen, og således implementeringspraksis, på elementet af uforudsigelighed. Skal teknologien i telemedicinsk sårsvurdering blive en bæredygtig ressource i de sundhedsprofessionelles praksisarbejde, er det med andre ord nødvendigt at skærpe blikket på, hvordan det konkret er muligt at ruste implementeringspraksis til den uforudsigelighed, som opstår i spændingsfeltet mellem brugere og teknologi.

Med udgangspunkt i den forskning, der peger på at teknologi først bliver til i hænderne på brugerne, åbnes der med nedenstående next practice former op for, hvordan det er muligt at arbejde problemløsende med teknologiske barrierer i dets kontekster og brugssituationer.



Førend next practice formerne 'Gør op med de grundlæggende antagelser!' samt 'Supportfunktion' præsenteres nærmere, skal det understreges, at disse to greb modsvarer en lineær forståelse af implementering af teknologi, som værende en A til B proces:



Trods teknologiens modenhed, er implementeringen af denne en forandringsproces, der ikke holder sig inden for linjerne af A og B, men snarere bevæger sig i dynamiske cirkler, hvor løbende justeringer og tilpasninger af implementeringspraksis er nødvendigt. Som allerede understreget kan implementeringen af teknologien langt fra isoleres til et spørgsmål om teknologiens kvaliteter alene, samt medarbejdernes motivation og kompetencer – om end vigtige – implementeringens vellykkethed skal (også) ses i tæt samspil med, hvordan interaktionen mellem teknologi og praktikere understøttes i implementeringspraksis.

Gør op med de grundlæggende antagelser!

Skal implementeringspraksis rustes til den uforudsigelighed, der opstår i relationen mellem teknologi, brugere og kontekst, er det nødvendigt at gøre op med antagelser der hovedsageligt abonnerer på instrumentel tænkning. Som illustreret i problemanalysen, optræder der overordnet tre grundlæggende antagelser omkring teknologiens virke i det empiriske materiale. Springpunktet for andre handlemuligheder er at arbejde strategisk med organisationens, medarbejdernes og ledernes grundlæggende antagelser. Skal ledere, medarbejdere og implementeringspraksis rustes til uforudsigeligheden i implementeringsforløbet, er det nødvendigt at forstyrre, hvordan ledere og medarbejdere forbereder, forholder sig og handler på de udfordringer, der opstår i samspillet mellem teknologien og praktikerne.

Fordi de grundlæggende antagelser ikke er synlige for hverken ledere eller medarbejdere er det nødvendigt at sætte en ekstern part i spil, der på et kvalificeret grundlag har til formål at forstyrre antagelserne - både forinden og under implementeringsforløbet, med henblik på at opnå et

mulighedsrum for andre og nye handlinger. Et konkret bud på, hvordan det i praksis er muligt at forstyrre antagelser, der er funderet i en instrumentel forståelse, er gennem introduktionen til en socio-teknisk forståelse af implementering af teknologi. Denne tænkning er nemlig, i modsætning til en instrumentel tilgang, overordnet baseret på følgende antagelser:

1. Teknologier har ingen inert. Teknologier bliver ikke til af sig selv, men derimod i hænderne på brugerne. Med brug følger forandring.
2. Det teknologiske er socialt og det sociale er teknologisk.
3. Det er umuligt at afgrænse og definere teknologiens væsen – teknologien konstrueres og bliver til i kraft af relationerne mellem brugere og teknologi, som er såvel sociale som tekniske.

Ledere og medarbejdere vil her blive udfordret på at undgå forsimplede antagelser om implementering af teknologi. Samtidig rummer forstyrrelsen potentialet for at synliggøre den mangfoldighed af interaktioner der finder sted mellem brugere og teknologi, og dermed hvilke socio-tekniske konfigurationer der både medvirker og modvirker stabilisering af implementeringen.

Teknisk supportfunktion

Med dette greb præsenteres en konkret handlemulighed, hvormed organiseringen af implementeringspraksis understøtter implementeringen af teknologien, og ikke mindst den interaktion der finder sted imellem teknologien og brugerne.

I indeværende projekt har personalet generelt set stort mod på at anvende og udbrede telemedicinsk sårvurdering som et ressourceførende og behandlingskvalificerende redskab. Materialet viser samtidig, at projektet indtil flere gange berører grænsen for, hvad der i medarbejdernes optik opleves som rimeligt at kunne forvente, på spørgsmålet om at være selvhjulpen rent teknisk. I tråd med eksemplificeringen i problemanalysen oplever samtlige af de interviewede medarbejdere tekniske udfordringer og problemer med at sende data. I sådanne situationer har medarbejderne

typisk kontaktet nøglemedarbejdere, projektledere, ledere og it-personale – dog ofte uden resultat. En af nøglemedarbejderne fra kommunalt regi fortæller:

”Problemet er at den ikke kan gå på mobilt netværk. Så sidder jeg lige pludselig med billeder af syv ben. Godt nok skriver jeg da patientens initialer, og jeg skriver da også hvad for et ben det er. Men det kan jeg ikke se, fordi det er småt på mobilen, så bliver jeg nødt til først at gå ind i galleriet og kigge. [...]. Så prøvede jeg IT: jamen det virkede, nu skulle det altså virke, du skal bare gøre sådan og sådan. Så prøvede jeg det, og det virkede ikke.”

(Medarbejderinterview)

Medarbejdernes erfaringer med at tekniske problemstillinger ofte strander i uigennemsigtheden på, hvem de kan kontakte direkte for den fornødne support, modarbejder potentielt både brugen af teknologien og udbredelsen af løsningen. Som eksemplet ovenfor illustrerer, retter medarbejderne blandt andre henvendelse til it-personalet med forventningen om at de i kraft af deres faglighed kan tilbyde den nødvendige assistance. Erfaringen viser dog at dette langt fra er tilfældet.

Gennemsigthed på hvem der i personalenetværket varetager problemstillinger specifikt knyttet til tekniske/telemedicinske udfordringer i brugssituationer, er utvivlsomt afgørende for implementeringsprocessen. Etableringen af en supportfunktion kan være en potentiel løsning på disse udfordringer. De konsulenter, superbrugere og/eller it-kyndige der eksempelvis kan besidde en sådan funktion, skal udover teknologisk indsigt have en grundlæggende forståelse for, hvordan de i løsningen af teknologiske problemstillinger tilføjer værdi til implementeringsprocessen, og dermed til medarbejdernes løsning af deres kerneopgave – borgeren og patienten. Det er med andre ord ikke blot praktikerne der skal rustes til uforudsigeligheden i implementeringen af teknologi, men også det assisterende personale skal rustes til ikke blot at løse en teknologisk problemstilling ud fra en snæver faglig forståelse af opgaven. Frem for at tage udgangspunkt i, hvad der umiddelbart er den bedst mulige faglige løsning på problemet, handler det om at forstå, hvad den pågældende medarbejder og/eller afdeling bidrager med til borgerne og patienterne, og hvilken rolle teknologien spiller for at kunne realisere det ønskede bidrag. Den teknologiske problemstilling skal løses i konteksten af brugssituationen. Her handler det om at ruste det assisterende personale til at forstå væsentligheden i at stille spørgsmål, så personalet forstår, hvad praktikerne har brug for, og på denne baggrund komme med en kvalificeret løsning. Support handler her om at forstå eget

bidrag i forhold til helheden, og de kontekstuelle teknologiske udfordringer som medarbejderne dagligt står over for.



Barriere: Hvad er kerneopgaven?

'Kerneopgaven' er et yderligere perspektiv på centrale barrierer og udfordringer i implementering af telemedicinsk sårvurdering. Undersøgelsens deltagere har qua deres fortællinger og tvivl om, hvad deres kerneopgave er for en størrelse, skabt et analytisk fokus på kerneopgavens centrale betydning – både for praksis, samarbejdet, sammenhængskraften og det ledelsesstrategiske.

Implementering af tiltag som telemedicinsk sårvurdering er en god anledning til at (gen)finde fokus. Kerneopgaven forandrer sig nemlig i takt med borgersammensætningen, deres behov og forventninger. Vigtigheden i ledernes opgave i at sikre, at kerneopgaven løbende konkretiseres og kommunikerer mellem ledere og medarbejdere (og fagligheder), internt såvel som eksternt, bliver derfor afgørende. Inden vi kommer konkrete greb nærmere i arbejdet med at identificere og konkretisere kerneopgaven, belyses i dette afsnit, hvilken betydning det har for implementeringsprocessen, når kerneopgaven er *indforstået* og dermed *uforstået* – blandt både ledere og medarbejdere.

Kerneopgaven er organisationens eksistensberettigelse – "vores begrundelse"

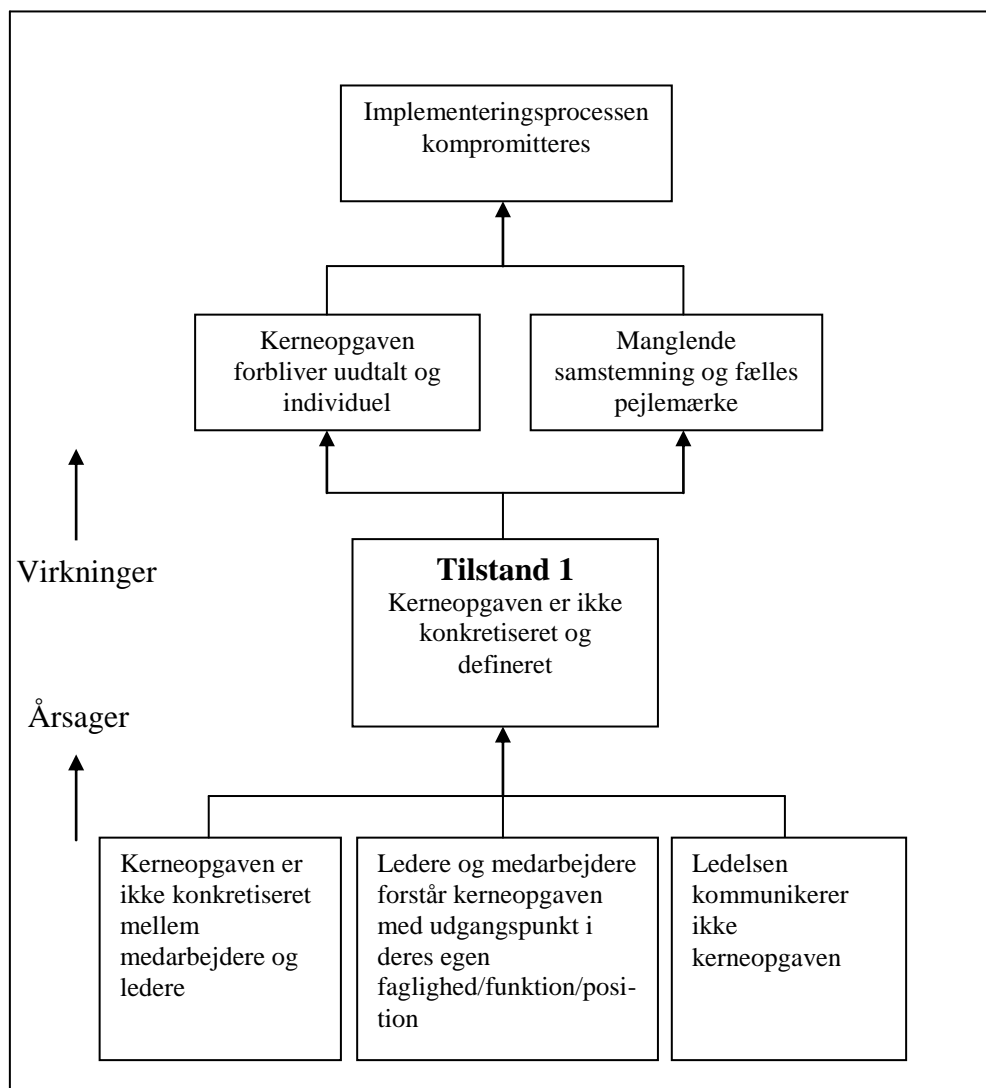
Kerneopgaven er ikke forbigående, men den absolutte begrundelse for organisationen – og dermed for lederne og medarbejderne i organisationen. Kerneopgaven er heller ikke uforanderlig – en konstant – men en størrelse der forandrer sig i takt med borgernes behov og forventninger. At gøre kerneopgaven kendt handler ikke om kerneopgave-ledelse, men om en vigtig ledelsesopgave i at sikre, at kerneopgaven konkretiseres i et samspil mellem ledere og medarbejdere. Ledernes fornemmeste opgave består her i at sikre en fælles meningsskabende proces, der gør kerneopgaven konkret, tydelig og fælles for alle (Christensen & Seneca 2012).

Det, en klar og tydelig kerneopgave kan er at fungere som omdrejningspunktet for alle handlinger i organisationen. Kerneopgaven fungerer altså som det forankringspunkt, der sikrer at alle trækker i samme retning – hvis den vel at mærke er fælles! På hverken hospitaler eller i det kommunale kan man tale om monofaglige organisationer, derfor er det vigtigt at ikke blot én faglighed har monopol på at definere kerneopgaven – kerneopgaven skal altid kunne løses af mere end én faglighed:

"Enhver handling i organisationen skal direkte eller indirekte udfolde og udtrykke organisationens kerneopgave. Kerneopgaven er pejlemærket, som alle handlinger i organisationen skal understøtte

og kunne føres tilbage til. Kerneopgaven er med andre ord organisationens motor.” (Christensen & Seneca 2012).

Udover at en tydelig og veldefineret kerneopgave fungerer som et vigtigt koordineringsgreb, er kerneopgaven også den målestok som både ledere og medarbejdere med fordel kan måle deres succes på. Det kan umiddelbart lyde indlysende, enkelt – endda banalt – men som vi skal se er dette ikke nødvendigvis tilfældet. Problemanalysen illustrerer nemlig, hvad litteraturen på området også gør opmærksom på: kerneopgaven bliver meget nemt (og alt for ofte) forvekslet med medarbejdernes faglighed.



Skal ressourcerne i de respektive sektorer bruges på bedst mulig vis er det afgørende, at der på de enkelte hospitaler og ude i kommunerne sættes skarpt fokus på ”Hvad er vores kerneopgave?”. Et samstemmigt og entydigt svar betyder nemlig, at vejen til forandringer – til vellykket implementering – bliver lettere i kraft af at fokus på det væsentlige skærpes, og ressourcerne bruges på det der reelt er hensigten. Forudsætningen er imidlertid, at hensigten – kerneopgaven – er grundfæstet i et fælles ejerskab og fælles reference. Men hvad betyder det konkret når kerneopgaven er utydelig og langt fra fælles? Dette spørgsmål belyses i det følgende.

Når kerneopgaven bliver utydelig

De interviewede – både medarbejdere og ledere – blev stillet spørgsmålet: Hvad er jeres kerneopgave?³⁰ Umiddelbart er spørgsmålet enkelt, for kerneopgaven er den opgave, som organisationen, og dermed medarbejderne og lederne er sat i verden for at løse (Christensen & Seneca : 2012). Med andre ord, udgør selve kerneopgaven organisationens, ledernes og medarbejdernes eksistensberettigelse.

Samtlige medarbejdere og ledere reagerede med umiddelbar tavshed på spørgsmålet – nogle blev endda provokeret. Efter en tænkepause bød både ledere og medarbejdere ind på, hvad deres kerneopgave består i. Det interessante ved deres bud var, at kerneopgaven er svær at konkretisere, og er *mange* ting på samme tid – og langt fra fælles for den organisation, hvor de interviewede har deres dagligdag. Hvor lederne i høj grad svarer med udgangspunkt i opgaver såsom at kunne motivere, initiere, at sikre de fornødne ressourcer, budgetstyring og regulering, svarer langt de fleste af medarbejderne – på tværs af kommuner og hospitaler – med udgangspunkt i deres faglighed, for eksempel behandling, udredning, pleje og det at have de rette kompetencer. En såruddannet sygeplejerske fra hospitalsregi fortæller:

”Det kan vi ikke bare lige sådan sige. Det kan man ikke. [Tænkepause]. Sådan som vi betragter det hos os, er det jo at patienten skal have en specialistbehandling [...]. Der skal en udredning til og lægges en behandlingsplan. Det er sådan set det, der er vores kerneopgave, i bund og grund.”

(Medarbejderinterview)

³⁰ Det skal understreges, at der er metodisk/fortolkningsmæssig opmærksomhed på, at spørgsmålsformuleringen i sig selv kan have påvirket de interviewedes svar i en særlig retning. Det kan med andre ord ikke udelukkes, at svarene ville have set anderledes ud, hvis spørgsmålsformuleringen fx i stedet lød: ”hvad er kerneopgave i jeres organisation?” Med en vis fortolkningsforsigtighed, tyder de interviewedes relativt entydige svarafgivelser – hvor udgangspunktet er deres faglighed - dog på, at uklarheden omkring kerneopgaven står relativt stærkt.

En anden sårsygeplejerske fra hospitalsregi følger op, og fortæller at det ikke kun handler om at behandle såret, men også om mennesket med såret, hvorfor pædagogiske kompetencer og patientevaluering også er en del af kerneopgaven. Tvivlen omkring, hvad kerneopgaven konkret er for en størrelse kommer også til udtryk blandt sårsygeplejersker i kommunen:

*”Jeg sidder sådan og tænker, hvad skal jeg svare. **Jeg har jo ikke kun sår, for så er det vel én kerneopgave? Eller hvad? Jeg ved det ikke. Det er jo at udføre den sygepleje til den borger der kommer, der er min kerneopgave, og det er jo så individuelt. Og i forhold til sår og telemedicin, så er det jo også at følge den plan der er lagt, og bruge det som et sparringsredskab.**”*

(Medarbejderinterview)

Forholder vi os i første omgang til medarbejdere ansat i hospitalsregi, skal deres svar ses i lyset af, at hospitaler i høj grad bygger sin organisatoriske struktur op omkring stærke fagligheder, hvilket vil sige at forståelsen af egen rolle, i udbredt grad defineres på baggrund af forskellene mellem fagligheder på stedet³¹. Hertil kommer at hver enkelt faglighed løser mange forskellige typer af opgaver³². Et centralt spørgsmål bliver da, hvilken kerneopgave kan rumme så mange stærke og specialiserede fagligheder?³³

Som vi har set, står ’faglighed’ også særligt centralt for medarbejderne i kommunerne, som bud på kerneopgaven. Generelt bærer de interviewedes fortællinger her tydeligt præg af at finde fodfæste i den omstilling, som opgaveglidningen mellem hospitaler og kommuner fører med sig. Det er med andre ord ikke utænkeligt, at opgaveglidningen – med høje krav om mere specialiseret viden ude i kommunerne – (yderligere) medvirker til at forvirre og ’sløre’ blikket for, hvad kerneopgaven konkret er for en størrelse.

Noget hverken ledere eller medarbejdere til gengæld er i tvivl om, er at alle bidrager med deres bedste – holder vi fast i spørgsmålet om kerneopgaven, er det relevant at spørge til hvis bedste?

³¹ Forskelligheden blandt fagligheder cementeres blandt andet gennem påklædning og den plads man som ’faglighed’ både tildeles og indtager i hierarkiet.

³² Eksempelvis er det sygeplejerskens opgave at overholde faglige sygeplejestandarder, sikre den rette pleje og kvalificere behandlingen af borgeren. Dette adskiller sig fra lægens faglige opgaver, som blandt andet består i diagnostik, operationer mv.

³³ Dette spørgsmål behandles i afsnittet ’Next Practice’ former – Kerneopgaven’.

Dette spørgsmål markerer springpunktet til at tænke og forholde sig anderledes: der sættes nemlig alt for sjældent ord (og handling) på den fælles kerneopgave, der skal sikre at faglighed ikke bliver et mål i sig selv, men derimod et middel til at indløse målet – kerneopgaven. Det indforståede bliver med andre ord det uforståede – både for medarbejdere og ledere – dette er en væsentlig ledelsesudfordring, idet det ofte er det uforståede, der 'spænder ben' for arbejdet med at udvikle praksis (Christensen & Seneca : 2012).

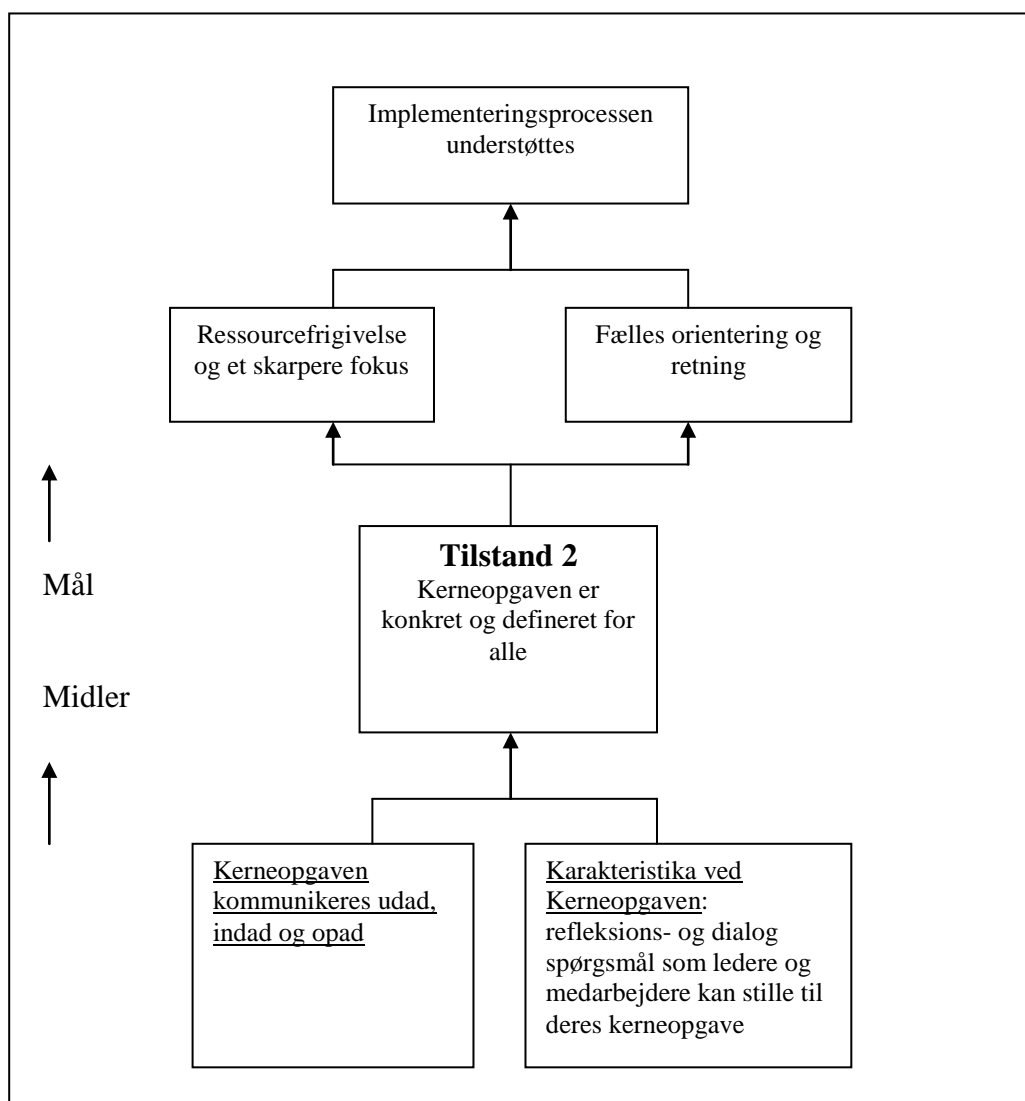
Denne pointe underbygges af den forskning, der er relateret til udviklingen af NHS-forandringsmodellen 'Our Shared Purpose'³⁴. Forskningen peger her entydigt på, at et fælles formål – en fælles kerneopgave – ikke blot er noget der er 'rart at have', men derimod i høj grad er *en nødvendighed* (Finney : 2013). Et fælles formål er med andre ord selve motoren i forandrings- og implementeringsprocesser, der sikrer at alle involverede parter arbejder hen imod det samme mål i et effektivt samarbejde. Er en ekspliciteret fælles forståelse og et fælles fodslag imidlertid ikke til stede, er der en overhængende risiko for at de involverede parter, trods forventninger om hinandens og egne indsatser, hverken bidrager med at kvalificere sit eget eller hinandens arbejde i processen tilstrækkeligt.

Et fælles formål er vigtigt, både i forhold til den interne organisering af arbejdet omkring implementering af telemedicinsk sårvurdering, og på tværs af sektorielle grænseflader. Opskalering af telemedicinsk sårvurdering afhænger nemlig af sammenhæng og samarbejde mellem mange parter på forskellige niveauer, og fra forskellige organisatoriske kontekster. Både internt og på tværs er der forskellige prioriteter og forskellige 'udsyn' og dagsordener i spil, som kan svække implementeringsprocessen. Det afgørende er i denne sammenhæng at finde og tydeliggøre fællesnævnerne, for derigennem at nå en fælles forståelse og ambition med implementeringen. Hvordan kerneopgaven som greb kan agere løftestang herfor belyses i efterstående afsnit 'Next Practice former – Kerneopgaven'. I dette afsnit præsenteres konkrete (ledelsesstrategiske) handlemuligheder og greb i forhold til, hvordan det i praksis er muligt at arbejde med at identificere og kommunikere kerneopgaven på virkningsfulde måder.

³⁴ NHS-forandringsmodellen er udviklet med det formål at tilbyde en evidensbaseret værktøjskasse, i forbindelse med udvikling og forandring af det nationale sundhedsvæsen i England. Modellen arbejder med forskellige aspekter af forandring: organisatorisk, teknologisk, psykologisk og socialt. Baseret på teori og empiriske studier, er NHS-forandringsmodellen blevet det foretrukne 'frame work' i arbejdet med at undersøge og lede forandring og forbedring i det engelske sundhedsvæsen (Finney (2013): Our Shared Purpose – A Practical Guide. Roffey Park Institute).

Next Practice Former: Kerneopgaven

I det foregående blev det slået fast, at kerneopgaven lever i hver enkelt handling i organisationen – derfor er det ledelsesmæssigt vigtigt at sikre, at alle trækker i samme retning. Fordi vi i dette afsnit beskæftiger os med konkrete greb i identificeringen og konkretiseringen af kerneopgaven, er det vigtigt at understrege, at dette *ikke* giver svaret på kerneopgaven. Svaret på, hvad kerneopgaven er findes kun ude i de enkelte organisationer. I dette afsnit præsenteres en række *værktøjer*³⁵, der kan hjælpe processen på vej – at finde og kende den fælles kerneopgave bliver først rigtig produktiv, når den identificeres aktivt i et samarbejde mellem ledere og medarbejdere. Vi beskæftiger os i det følgende med greb der, brugt rigtigt, skaber ressourcefrigivelse, et skarpere fokus i implementeringsprocessen og ikke mindst fælles orientering og retning:



³⁵ Værktøjerne og grebene er baseret på Christensen og Senecas arbejder i bøgerne "Kend din Kerneopgave – innovation til hverdagen" og "Hvad leder du efter? – find dig selv som leder i det offentlige".

Skal implementerings- og forandringsprocesser ledes meningsfuldt, produktivt og effektivt er det afgørende, at begrundelsen for implementeringen kobles tæt med kerneopgaven – organisationernes, ledernes og medarbejdernes eksistensberettigelse. En klar og tydelig fælles kerneopgave er en vigtig faktor i udviklingen af et bæredygtigt implementeringsmiljø. At kende den fælles kerneopgave styrker medarbejderne og lederne i deres roller og den relationelle koordinering i og omkring implementeringsarbejdet - vertikalt og horisontalt – internt og på tværs.

I nedenstående præsenteres hvilke karakteristika ved kerneopgaven, der kan bruges som ”rettesnor” i identificeringen af den fælles kerneopgave, samt hvordan kerneopgaven skal kommunikeres, hvis den skal (for)blive fælles og favnende. Karakteristikaene ved kerneopgaven og kommunikationsredskaberne er alle greb, der i første omgang relaterer sig til *den interne organisering* af arbejdet omkring implementering af telemedicinsk sårvurdering.

Fordi vellykket implementering af telemedicinsk sårvurdering i høj grad (også) afhænger af *den tværgående/tværasektorielle organisering* af arbejdet, tages der i afsnittet ’Kerneopgaven og et nyt kvalitetsbegreb’ fat på, hvordan perspektiver i ovenstående grebsapparat kan ’føres videre’ i det tværgående samarbejde omkring borgerne.

Karakteristika ved kerneopgaven – indspark og inspiration til dialog og refleksion

Særligt tre spørgsmål er vigtige at overveje *og* gå i dialog om, når kerneopgaven skal gøres fælles. Både medarbejdere og ledere skal stille spørgsmålene til deres kerneopgave. Er det ikke muligt at svare ja til hvert af de tre spørgsmål, er det afgørende at medarbejdere og ledere sammen arbejder videre med at identificere kerneopgaven.

Spørgsmål 1: Er kerneopgaven i din organisation i ental?

Er kerneopgaven i flertal sættes kursen i organisationen i mange retninger på én gang. Skal kerneopgaven fungere som et produktivt redskab til at skabe retning for organisationen, medarbejderne og lederne, er det tvingende nødvendigt at have kun én kerneopgave. Særligt i

sygehusvæsenet kan det være en stor udfordring at identificere én kerneopgave. I problemanalysen blev det fremhævet, hvordan identificeringen af en fælles kerneopgave besværliggøres af, at sygehuset er et felt med mange specialiserede medarbejder under ét tag. Hvilken kerneopgave kan rumme så mange specialer på en og samme tid?

Selvom der kan argumenteres for at sygehuset er en sammensætning af ”væsensforskellige huse” – flere organisationer på ét sted, der hver har forskellige kerneopgaver og mål – er det ledelsesstrategisk vigtigt at beskæftige sig med, hvad ’vi’ er fælles om. Med udgangspunkt i overvejselsen herom, er det muligt at nærme sig fællesnævnerne på tværs af ”huse”. Frem for at tage udgangspunkt i medarbejdernes fagligheder og opgaver, kan spørgsmålet ”hvad er vi fælles om?” måske bedre besvares ved at kigge på de mennesker – patienter og borgere – som sygehuset er sat i verden for.

Et forslag kan være, at sygehusets kerneopgave er sundhedsfremme for den enkelte borger. Defineres kerneopgaven på denne måde, understreges samtidig selve vigtigheden i at arbejde ud fra en fælles kerneopgave: sundhedsfremme forudsætter nemlig et velfungerende samarbejde på tværs af fagligheder, specialer og positioner! Skal et fælles mål om sundhedsfremme lykkes, kræver det koordinerede forløb – at alle arbejder på at gøre hinanden kompetente i hver sine roller. Med andre ord, bliver det tvingende nødvendigt at sætte hinanden i spil i løsningen af kerneopgaven.

Spørgsmål 2: Rummer kerneopgaven borgerne?

I problemanalysen blev der gjort opmærksom på en af de største ’benspænd’, når kerneopgaven skal identificeres: medarbejdere og ledere forveksler kerneopgaven med faglighed. At sikre fagligheden i arbejdet, handler grundlæggende kun om medarbejderne. Med andre ord, kan fagligheden i form af fx pleje og behandling principielt leveres uden borgerne. Men uden borgerne eller patienterne er der ikke brug for medarbejdernes faglighed og ekspertise, hverken på sygehuset eller i hjemmeplejen. Det er altså borgerne der udgør sygehusets og hjemmeplejens eksistensberettigelse og begrundelse. Kerneopgaven står derfor direkte i reference til borgerne – det er hos borgerne særlige forandringer skal skabes. Derfor handler kerneopgaven – målet – om borgernes oplevelse. Dette betyder at medarbejdernes faglighed bliver midlet – og ikke målet – til at løse kerneopgaven.

<p style="text-align: center;">Spørgsmål 3: Rummer kerneopgaven i din organisation flere fagligheder?</p>
--

Hverken i hospitals- eller kommunalt regi arbejdes der med monofaglige organisationer, kerneopgaven skal derfor altid, i tråd med ovenstående, kunne løses af mere end én faglighed. Udover fx sygeplejersker, læger og ledere skal kerneopgaven også stå i reference til eksempelvis det administrative personale, rengøringen osv. Det handler om at identificere en fælles kerneopgave, der er mere og andet end faglighed. Alle skal kunne bidrage til realiseringen af kerneopgaven.

Det er imidlertid ikke nok at identificere kerneopgaven. Skal kerneopgaven leve i enhver handling i organisationen skal kerneopgaven kommunikeres. Det skal først som sidst slås fast, at det er ledernes opgave og hovedansvar at kommunikere kerneopgave. Hvilke overvejelser og greb ledelsen med fordel kan gøre brug af i kommunikationen af kerneopgaven præsenteres i nedenstående afsnit.

Kommunikation af kerneopgaven

Både i forhold til identificering af kerneopgaven, og i særdeleshed i forhold til kommunikation af kerneopgaven har ledelsen en stor opgave at løfte: ledelse handler nemlig grundlæggende om kerneopgaven. Skal kerneopgaven fungere som retningsgivende for alle handlinger i organisationen fordrer det, at kerneopgaven kontinuerligt kommunikeres – både til dem der ikke direkte har været en del af at identificere kerneopgaven, og til dem der i en fortravlet hverdag kan miste fokus. Hvordan der kommunikeres – både på form og indhold – afhænger af de borgere og patienter, man er sat i verden for at yde noget for.

Kommunikationen skal ikke kun rettes mod medarbejderne. Kommunikationen af kerneopgaven skal favne bredere og i flere retninger, hvis kerneopgaven skal blive fælles. Tre ”rettesnore” for kommunikationen af kerneopgaven kan med fordel anvendes af ledere (og i nogle tilfælde af medarbejdere):

1. Kommunikation udad

Der kan være en tendens til i praksis at fokusere meget snævert på den målgruppe, som praktikerne er i direkte kontakt med: borgerne og patienterne. At kommunikere udad handler selvfølgelig om at nå de borgere som sygehuset og hjemmeplejen er sat i verden for. Fordi de pårørende ofte spiller en central rolle i forhold til patientens eller borgerens videre forløb, er det vigtigt at også de pårørende kender kerneopgaven. Er kerneopgaven ukendt – eller indforstået – kan de pårørende utilsigtet spænde ben for arbejdet med at løse kerneopgaven (fx i forhold til sundhedsfremme som kerneopgaven).

Helt centralt for kommunikationen udad, er derfor at gå i dialog med patienter, borgere og deres pårørende om, hvad de og I selv forstår som kerneopgaven – og hvordan I og de kan bidrage med at løse den.

2. Kommunikation indad

Hvor det er en væsentlig ledelsesopgave kontinuerligt at forhandle og fastholde kerneopgaven som det fælles fokus, er det vigtigt at lederne aktivt inviterer medarbejderne i dialog om, hvad kerneopgaven er for en størrelse.

Vigtigt er at ledelsen løbende fastholder medarbejderne på, at *fagligheden er et middel* til at løse kerneopgaven, og *ikke et mål i sig selv*. Specialiserede og fagligt stærke medarbejdere kan nemlig utilsigtet miste dette fokus undervejs, fordi fagligheden er det der skaber handlekraft og således det, de naturligt orienterer sig mod.

Tillidsrepræsentanterne er i denne forbindelse en central spiller at få i spil. Fordi tillidsrepræsentanterne er faglighedens vogtere, er det ledelsesmæssigt vigtigt at bruge deres position og rolle til at ”gå foran” i samstemningen mellem faglighed og kerneopgaven. Når kerneopgaven skal identificeres og kommunikeres, spiller tillidsrepræsentanterne altså en helt særlig rolle. Det er altså vigtigt, at både ledere og tillidsrepræsentanter tydeligt kommunikerer, at en fælles og klart defineret kerneopgave *styrker* fagligheden og samarbejdet omkring løsningen af kerneopgaven.

3. Kommunikation opad

At kende kerneopgaven er også et ledelsesstrategisk vigtigt spørgsmål. Fordi den strategiske ledelse ofte er placeret langt væk fra praksis, er det vigtigt at praktikernes nære ledere kommunikerer kerneopgaven opad. Ledere på det strategiske niveau har også en holdning til kerneopgaven. Hvis

kerneopgaven ikke kommunikerer opad, og samstemmes på alle niveauer i organisationen, vil de nære ledes ledere (som vi har set) utilsigtet 'spænde ben' for de processer, der på gulvet sættes i gang for at løse kerneopgaven. Det kan være i form af prioritering, budgetstyring, tidsregulering med videre, som ikke understøtter men derimod kompromitterer løsningen af kerneopgaven. Når implementering af tiltag som telemedicinsk sårsvurdering skal lykkes, er det derfor afgørende at alle relevante led i organisationen orienterer sig mod, hvordan vellykket implementering er med til at styrke den faglige løsning af kerneopgaven. Med andre ord er det bydende vigtigt at alle orienterer sig mod, hvilke midler de hver især kan bidrage med og sætte i spil for at understøtte målet: kerneopgaven. Men det fordrer at alle kender kerneopgaven!

Kerneopgaven og et nyt kvalitetsbegreb

I konteksten af projekt telemedicinsk sårsvurdering sætter spørgsmålet om at kende den fælles kerneopgave nødvendigheden af et nyt kvalitetsbegreb på spidsen. Vellykket implementering af telemedicinsk sårsvurdering, og sikringen af bedre og mere sammenhængende borgerforløb, kan ikke afgrænses til den enkelte enhed, afdeling, hospital eller kommune. Vellykket implementering afhænger i høj grad af den tværsektorielle organisering af implementeringsarbejdet. Spørgsmålet om at kende den fælles kerneopgave bliver derfor (også) et fælles anliggende, og kan ikke blot afgrænses til et spørgsmål der hører den enkelte organisation til. Skal ressourcerne i implementeringsarbejdet udnyttes optimalt, er det tvingende nødvendigt at alle involverede parter trækker i samme retning. Gensidigheden i opgaveløsningen og afhængigheden af 'de andres' handlinger er springpunktet for at formulere en fælles kerneopgave, der i arbejdet med telemedicinsk sårsvurdering går på tværs. Klarlægning af en fælles tværgående og tværfaglig kerneopgave bidrager med en tydelighed og en klarhed over, *hvad* der skal udvikles på, *hvem* der skal gøre det, og *hvorfor* de skal gøre det.

I tråd med det foregående, hvor spørgsmålet om kerneopgaven hovedsageligt blev behandlet i forhold til den interne organisering af implementeringsarbejdet, skal de tre spørgsmål der vedrører karakteristika ved kerneopgaven (også) overvejes og kommunikeres på tværs og i samarbejde med involverede parter 'uden for' egen sektorflade. Skal en fælles tværgående kerneopgave identificeres er det nødvendigt at adressere spørgsmålene:

- Er den fælles tværgående kerneopgave i ental?
- Rummer den fælles tværgående kerneopgave borgeren?
- Rummer den fælles tværgående kerneopgave alle fagligheder?

Det er afgørende for identificeringen og klarlægningen af den tværgående kerneopgave, at både medarbejdere og ledere aktivt forholder sig og stiller spørgsmålene til deres fælles kerneopgave. Er det ikke muligt at svare et begrundet ja til hvert af de tre spørgsmål, skal både ledere og medarbejdere på tværs, i et samarbejde, arbejde videre med at identificere kerneopgaven.

I det foregående blev det belyst hvorfor og ikke mindst hvordan kommunikationen af kerneopgaven med fordel kan finde sted. De samme kommunikationsgreb gør sig gældende på spørgsmålet om den fælles tværgående kerneopgave – den eneste om end centrale forskel er, at kommunikationen af kerneopgaven nu også skal indeholde og tage højde for det tværgående samarbejde omkring borgeren:

- Kommunikation udad - med afsæt i den fælles tværgående kerneopgave
- Kommunikation indad – med afsæt i den fælles tværgående kerneopgave
- Kommunikation opad - med afsæt i den fælles tværgående kerneopgave

Vigtigheden i at identificere og kommunikere den fælles tværgående kerneopgave handler i høj grad om at kvalificere ledelserne, kompetenceudviklingen, tilpasningsevnen og ikke mindst teknologianvendelsen i sikringen af velfungerende og bæredygtige behandlingsforløb. Netop fordi der i konteksten af projekt telemedicinsk sårsvurdering er tale om et implementeringsprojekt, som grundlæggende handler om at lykkes med koordinerede forløb, der i øvrigt går på tværs af sektorer, fagligheder og specialer, er det vigtigt at etablere og fastholde opmærksomheden på en fælles tværgående kerneopgave. Vores påstand er, at det med en klart defineret fælles kerneopgave er muligt at optimere ressourcerne og levere bedre velfærd til borgerne. Fokus skærpes på det væsentlige, og ressourcerne sættes i spil der, hvor det reelt er hensigten³⁶. Det kræver imidlertid at kerneopgaven er fælles – noget der mange steder i sig selv er innovativt!

³⁶ Denne påstand er inspireret og underbygget af såvel Christensen & Senecas arbejder i bogen 'Kend din Kerneopgave', samt Jody Gittels arbejder vedrørende relation koordinering, herunder den positive spirals bidrag til fælles mål, fælles sprog og gensidig respekt i etableringen af hyppig, præcis og rettidig kommunikation, som igen styrker og bidrager til koordineringen gennem fælles mål, fælles sprog og respekt.

Konklusion

Før en nærmere præcisering af undersøgelsens hovedpointer og perspektiver præsenteres, er det nok en gang relevant at fremhæve undersøgelsens problemstilling og fokusområde:

*Hvorfor er det ofte **vanskeligt at implementere telemedicinske løsninger** i stor skala? Hvilke **barrierer** skal overvindes, **og hvordan**, for at de sundhedsteknologiske løsninger kan skabe **velfungerede patientforløb**, og sikre flow i **samarbejdet mellem hospitaler og kommuner**?*

Undersøgelsens kortlægning og udforskning af centrale barrierer i konteksten af telemedicinsk sårvurdering, og ikke mindst udformningen af en række next practice metoder, har til sigte at bidrage med viden og opråb til handling. Undersøgelsens resultater kan med fordel bruges som et videns- og inspirationskatalog til at sætte nye agender og nye handlinger i spil - i organiseringen af implementeringspraksis og i understøttelsen af implementeringsprocesser.

Med baggrund i undersøgelsens problemstilling og resultater opstilles i det følgende en opsummerende punktopstilling over centrale pointer og perspektiver.

Barrierer: Centrale pointer og perspektiver

Barriererne er ikke uafhængige størrelser, men skal forstås og behandles som komplementære og gensidige. Følgende barrierer er centrale at rette opmærksomhed på og overvinde, hvis implementering af telemedicinsk sårvurdering skal fungere som en ressource i bedre og mere sammenhængende patientforløb, og være med til at sikre flow i samarbejdet mellem hospitaler og kommuner:

- **Ledelse** betragtes som en særlig afgørende drivkraft i understøttelsen og sikringen af vellykket implementering. Ledelserne i både hospitals- og kommunalt regi er hverken synlige eller tydelige nok i rammesætningen og retningssikringen af implementeringsprocessen. Særligt de overordnede ledelser mangler konkrete greb i understøttelsen af implementeringsprocessen, og ikke mindst kendskab til medarbejdernes arbejde med implementeringen 'på gulvet'. Konsekvenserne er blandt andet oplevelser af uretfærdige samarbejder – processuelt og fordelingsmæssigt – og oplevelser af et tungt og

individualiseret ansvar for at lykkes med implementeringen, både blandt medarbejderne og de nære ledere.

- **Kompetenceudvikling og Robusthed** hænger tæt sammen med en presserende problemstilling, som både praktikere i kommunalt og hospitalsregi står over for: *opgaveglidningen* som følger af målsætningerne med implementering af telemedicinsk sårvurdering. Kompetencerne inden for sårbehandling og forebyggelse er i høj grad personafhængige, særligt i kommunalt regi. Dertil kommer at anvendelsen af telemedicinsk sårvurdering endnu er begrænset til enkeltpersoner – både i kommunalt og hospitalsregi. Problemstillingerne knyttet til 'kompetenceudvikling og robusthed' går på ressourceknaphed, manglende ledelsesmæssig prioritering samt kompetenceskævhed og personafhængigt arbejde. Alle forhold der kompromitterer implementeringsprocessen, og dermed anvendelsen af telemedicinsk sårvurdering som forebyggelses- og behandlingskvalificerende værktøj.
- **Teknologi** som barriere omhandler blandt andet det forhold, at implementeringsprocesserne indtil flere gange berører grænserne for, hvad medarbejderne oplever som rimeligt at kunne forvente, på spørgsmålet om at være teknisk selvhjulpen. Tekniske problemstillinger strandede ofte i uigennemsigtheden på, *hvem* der kan kontaktes for den fornødne support. Dette modarbejder potentielt både brugen af teknologien og udbredelsen af løsningen. Bæredygtigheden i implementeringspraksis er desuden udfordret af grundlæggende antagelser og forventninger til teknologiimplementeringen, der hovedsageligt abonnerer på instrumentel tænkning. Den instrumentelle tænkning 'skygger' potentielt for handlemuligheder, tilpasning og justering af implementeringspraksis i forhold til de dynamiske processer der finder sted mellem teknologien og brugerne.
- **Kerneopgaven** som barriere peger på det forhold, at både medarbejdere og ledere er i tvivl om, hvad der er deres fælles fokus – undersøgelsen viser at kerneopgaven meget nemt forveksles med medarbejdernes faglighed. Kerneopgaven er ikke defineret og konkretiseret, og er da mange ting på én gang, og langt fra fælles. Kerneopgaven som udtalt og indforstået har koordineringsmæssige (og ledelsesstrategiske) konsekvenser for implementeringsprocessen. Den manglende samstemning og fælles pejlemærke betyder at

fokus på det væsentlige ikke er tilstrækkelig skærpet i arbejdet med implementeringen, og at ressourcerne potentielt ikke udnyttes optimalt.

Next Practice former: Centrale pointer og perspektiver

Med afsæt i de identificerede centrale implementeringsbarrierer, er der på baggrund af det empiriske materiale og eksisterende forskning på forandrings- og implementeringsområdet, formuleret en række '*next practice former*', der på forskellig vis åbner for konkrete handlemuligheder, i overvindelsen barriererne:

▪ **Next Practice former - Ledelse:**

- Indsatskatalog/Nyhedsbrev er en metode, hvormed det er muligt at synliggøre og adressere arbejdsvilkår, ansvar og opgaver i og omkring implementeringen. Metoden skal med fordel rettes mod ledelserne, og tage udgangspunkt i de situationsspecifikke behov for ressourcer, tid, opgaveløsning og ansvarsfordeling 'på gulvet'. Det indsatskataloget/Nyhedsbrevet kan, er at gøre samtalen mellem medarbejdere og ledere *nødvendig*.
- Ledelserne på opdagelsesrejse. Dette er en mere involverende metode, der har til formål at synliggøre, hvad der organisatorisk er nødvendigt at tilpasse for at sikre forankringen og fremdriften af implementeringen. Metoden er et konkret problemfokuseret greb, hvormed det er muligt at kvalificere den ledelsesmæssige indsigt i daglig praksis. Det afgørende er, at ledere og medarbejdere med dette greb forpligter sig på at gøre hinanden kompetente i hver deres roller.
- Strategisk Drift – led mikroprocesserne i hverdagen! Grebet handler om at gentænke forholdet mellem strategi og drift. Strategi og drift er med denne tilgang og metode ikke adskilte størrelser – driften er selve anledningen til strategiske løsninger og beslutninger. Det handler om *strategizing*. Strategi er her ikke noget der formuleres på direktionsgangen, men noget der *gøres*. Dette stiller krav til ledelserne om at være til stede, samtalende udforskende og dermed påvirkende i hverdagen. Lederne skal

med fordel koble sig til hverdagens drift, og gøre en dyd ud af at *gøre* en strategisk indsats, integreret i det arbejde der fylder i hverdagen – 'på gulvet'.

▪ **Next Practice former – Kompetenceudvikling og tilpasningsevne/sårbarhed:**

- Netværk af allierede ildsjæle – lokalt og på tværs adresserer nødvendigheden i at ledelserne aktivt tager stilling til, hvordan vidensdeling skal sikres, hvilke formål vidensdeling har, samt hvor meget tid der skal investeres i at vidensdele. Nødvendigheden i bedre og mere robust vidensdeling er klart og tydeligt: det handler om at understøtte udviklingen af de rette kompetencer i praksis, samt udvikle på den viden der allerede er til stede i praksisarbejdet med telemedicinsk sårvurdering. Intern deling af specialiseret viden er langt fra tilstrækkeligt, der er brug for at udvikle og kommunikere den specialiserede viden på tværs af enheder og kommunale grænsedragninger, hvis implementeringen og udvikling af praksis skal sikres. Skal målrettet vidensdeling sikres, er særligt tre områder centrale at rette fokus på: 1) Ledelsens rolle, 2) Vidensdelingskultur, og 3) Styring og formalisering af vidensdeling.
- Fællesledelse som metode og greb, refererer til det forhold, at borgeren som centrum for samarbejdet mellem hospitaler og kommuner, sætter et *nyt kvalitetsbegreb* i spil. Kvalitet kan ikke længere sikres og leveres af den enkelte enhed, men skal opnås i et tæt og *grænsebrydende* samarbejde omkring borgeren. Grebet Fællesledelse stiller her skarpt på, hvordan ledere med fordel kan spille en stor og aktiv rolle i sikringen af kvalitet på tværs. Fællesledelse handler om at skabe stærke relationer på tværs af formelle grænser mellem organisationer, hvor det drejer sig om at påtage sig en form for ledelse af det personale man ikke formelt har ledelsesansvaret for. Det handler om at spille en aktiv rolle i tydeliggørelsen af forskellige udsyn på opgaven, at kvalificere hinanden i opgaveløsningen, at stille viden til rådighed, uddanne og inspirere. Det handler om at forbedre praksisarbejdet ved at tage aktiv stilling til de fælles udviklingsopgaver og udfordringer – i praksis.
- Nærhedsprincippet. At kompetenceudvikle efter nærhedsprincippet handler om at sikre udviklingen af såvel faglige som personlige kompetencer. Skal nærhedsprincippet realiseres skal ledelserne bakke op herom, ved at afsætte den

påkrævede tid og ressourcer til oplæring og videndeling. Udover at sikre den relevante faglige kompetenceudvikling, handler nærhedsprincippet om at styrke socialiseringen af medarbejderne i forhold til den udvikling der følger af implementeringen. Det handler om at sikre en tæt kobling mellem medarbejdernes måder at orientere sig på i implementeringsarbejdet og de overordnede målsætninger med implementeringen.

- Kompetencekatalog er et redskab der med fordel kan anvendes til at tydeliggøre, hvilke konkrete kompetencer der er brug for (personlige og faglige), med henblik på at understøtte en fælles retning for kompetenceudviklingen. Indholdet skal forankres i en forventningsafstemmende dialog mellem medarbejdere og ledere. Kompetencekataloget som greb handler i særdeleshed om, at medarbejderne og lederne sammen rustes til både nuværende og fremtidige udfordringer. Det handler om at understøtte en proaktiv proces. Derfor er det tillige vigtigt at kompetencekataloget løbende revideres og præciseres.

- **Next Practice former – Teknologi:**

- Gør op med de grundlæggende antagelser! I rustningen af implementeringsprocessen, i forhold til den uforudsigelighed, der i praksis udspiller sig ved implementeringen af teknologien, er det vigtigt at gøre op med antagelser og forventninger, der hovedsageligt abonnerer på instrumentel tænkning. Fordi implementering af teknologi ofte ikke medfører de på forhånd fastsatte forandringer, og at der desuden opstår uventede problemstillinger undervejs, er det nødvendigt at arbejde hen mod en dynamisk og kontekstuel forståelse af relationen mellem teknologien og brugerne, hvis implementeringspraksis skal rustes til et af grundvilkårene i implementeringsprocesser: uforudsigelighed. Det produktive og konstruktive forstyrrelser af grundlæggende antagelser kan, er at skærme implementeringspraksis for forsimplede antagelser om implementering af teknologi. Derudover medvirker et opgør med grundlæggende antagelser, forankret i instrumentel tænkning, til en synliggørelse af socio-tekniske konfigurationer, der både medvirker og modvirker stabilisering af implementeringen.

➤ Teknisk supportfunktion er et greb, hvormed den organisatoriske struktur kan understøtte implementeringen af teknologien, og ikke mindst den kontekst hvori interaktionen mellem teknologien og praktikerne finder sted. Afgørende er, at de der varetager supportfunktionen, udover teknologisk indsigt, har en grundlæggende forståelse for, hvordan de i løsningen af teknologiske problemstillinger tilføjer værdi til arbejdet med telemedicinsk sårvurdering. Det assisterende personale skal rustes til ikke blot at løse en teknologisk problemstilling ud fra en snæver faglig forståelse, men forstå hvad den pågældende medarbejder og/eller afdeling bidrager med til borgere og patienter, og hvilken rolle teknologien spiller, for at kunne realisere det ønskede bidrag. Teknisk supportfunktion handler her om evnen til at forstå eget bidrag i forhold til helheden, og de kontekstuelle teknologiske udfordringer som medarbejderne står overfor.

▪ **Next Practice former – Kerneopgaven:**

➤ Karakteristika ved kerneopgaven tager udgangspunkt i tre spørgsmål, der er vigtige at overveje og gå i dialog om, hvis kerneopgaven skal gøres fælles og opnå ledelsesstrategisk betydning og vægt. Hvis ikke der kan svares ja til hvert af de tre spørgsmål, er det afgørende at medarbejdere og ledere sammen arbejder videre med at identificere kerneopgaven. De tre spørgsmål er: 1) Er kerneopgaven i din organisation i ental?, 2) Rummer kerneopgaven borgerne?, 3) Rummer kerneopgaven i din organisation flere fagligheder?

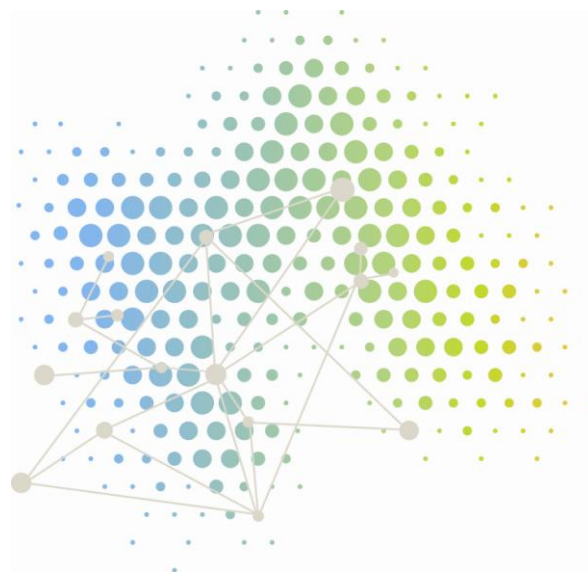
➤ Kommunikation af kerneopgaven. Det er ledernes opgave og hovedansvar at kommunikere kerneopgaven. Kommunikationen skal imidlertid ikke kun rettes mod medarbejderne. Hvis kerneopgaven skal blive fælles, skal kommunikationen af kerneopgaven favne bredere og i flere retninger. Tre 'rettesnore' for kommunikationen af kerneopgaven kan med fordel anvendes af (særligt) lederne: 1) Kommunikation udad, 2) Kommunikation indad og 3) Kommunikation opad.

➤ Kerneopgaven og et nyt kvalitetsbegreb retter fokus på, hvordan spørgsmålet om at kende den fælles kerneopgave sætter nødvendigheden af et nyt kvalitetsbegreb på spidsen. Vellykket implementering og borgerforløb afhænger i høj grad af den

tværgående organisering af implementeringsarbejdet. Gensidigheden i opgaveløsningen og afhængigheden af 'de andres' handlinger er springpunktet for at formulere en fælles tværgående kerneopgave. Det handler om i et samarbejde at blive skarpere og klogere på, *hvad* der skal udvikles, *hvem* der skal gøre det, og *hvorfor* de skal gøre det. Vores påstand er, at det med en klart defineret fælles kerneopgave er muligt at optimere ressourcerne og levere bedre velfærd til borgerne. Det kræver imidlertid at kerneopgaven er fælles – ikke bare internt, men på tværs – noget der mange steder i sig selv er innovativt!

Med denne rapport har vi taget fat om rødderne på centrale problemstillinger og barrierer. Med udsynet til nye og andre handlemuligheder stiller rapportens resultater store krav til læseren. Men forandring og nye handlestrategier kommer ikke uden anstrengelse. Det er hverken muligt at tænke nyt eller handle anderledes, uden at forstyrre og måske endda forlade fastgroede tænke- og handlemåder. Det kan være en stor udfordring at bryde med det etablerede – det vante og trygge – og bevæge sig ud, hvor man for en stund mister fodfæstet. Men kun ved at miste fodfæstet for en stund, er det muligt at (gen)finde et stærkere ståsted.

Kære læser, nu er det din tur. Vi håber at rapportens pointer og perspektiver allerede har sat gang i nye ideer og tanker. Næste skridt er handling!



Referencer

- Berry, K. & Haddock, G. (2008): "*The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: Barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future*", i Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. The British Psychological Society.
- Boolsen, M.W. (2006): Kvalitative analyser – at finde årsager og sammenhænge. Hans Reitzels Forlag, København.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010): "*Interviewet: samtalen for forskningsmetode*", i Kvalitative Metoder. Hans Reitzels Forlag, København.
- Bruun Jensen, C., Lauritsen, P. & Olesen, F. (2007): Introduktion til STS – Science, Technology, Society. Hans Reitzels Forlag.
- Carstensen, A. (2013): Barrierer ved Implementering. Designskolen Kolding, Laboratoriet for Social Inklusion.
- Christensen, M. & Seneca, A. (2012): Kend Din Kerneopgave – Innovation til hverdag. København: Gyldendal A/S.
- Cohen-Charash, Y. & Spector, P.E. (2001): "*The role of Justice in Organizations: A Meta-Analysis*", i Organizational Behaviour and Human Decision Processes, 86, 278-321.
- Colquitt, J.A. et al. (2001): "Justice at the Millenium: a Meta-Analytic Review of 25 Years of Organizational Justice Research", i Journal of Applied Psychology, 86, 425-445.
- Elovainio, M. et al. (2006): "*Justice at Work and Cardiovascular Mortality: a Prospective Cohort Study*", i Journal of Psychosomatic Research, 61, 271-274.
- Engelbrecht, J. & Stevn, P. (2011): Strategisk kompetenceudvikling i praksis - kobling af proces og HR-system. Ankerhus.
- Finney, L. (2013): Our Shared Purpose – A Practical Guide. Roffey Park Insitute.
- Fixsen, D.L. et al. (2009): "*Core Implementation Components*", i Research on Social Work Practice 19: 531. SAGE.
- Fixsen, D.L. et al. (2005): Implementation Research: A Synthesis of the Literature. University of South Florida (USF). Louis de la Parte Florida Mental Health Institute Publication. Tampa, Florida.
- Gittel, J.H. (2003): The Southwest Airlines Way: Using the Power of Relationships to Achieve High Performance. New York: McGraw-Hill.
- Gittel, J.H. (2009): High Performance Health Care – Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience. New York: McGraw-Hill.
- Gustaffson, J. (2009): Netværksledelse I Offentlige Organisationer. Working Paper. Aalborg Universitet.
- Hackman, J.R & Oldham G.R. (1980): Work Redesign. Addison-Wesley.
- Halkier, B. (2010): "*Fokusgrupper*", i Kvalitative Metoder, Hans Reitzels Forlag, København.
- Hasle, P. et al. (2010): Ledelse med Social Kapital. København: L&R Business.
- Huniche, L. & Olesen, F. (2014): Teknologi i Sundhedspraksis. Munksgaard.

Kivimaki, M. et al. (2003): "*Human Costs of Organizational Downsizing: Comparing Health Trends Between Leavers and Stayers*", i American Journal of Community Psychology, 32, 57-67.

Latour, B. (1987): Science in Action: How to Follow Scientists and Engineers Through Society. Harvard University Press. Cambridge Mass. USA.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984): Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publisher Company.

Liebst, L.S & Monrad, M. (2008): "*Imellem empati og depersonalisering – en følelsessociologisk analyse af taylorismens konsekvenser for hjemmeplejere*", i Tidsskrift for Arbejdsliv, 10 årg. nr. 1.

Lyndgaard, D.B. (2013): Ledelse af Det Relationelle Selv – Perspektiver på Selvledelse. Dansk Psykologisk Forlag A/S.

Maher, L., Gustafson, D. & Evans, A. (2010): Sustainability – Model and Guide. Institute for Innovation and Improvement. NHS. På dansk: Model til Fastholdelse af Ny Praksis.

Marckmann, B. & Rønnov, L.P. (2010): Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport. Sundhedsstyrelsen.

Nielsen, P. et al. (2006): "*Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare*", i Scandinavian Journal of Primary Health Care 24(1), 5-15. Informa Healthcare.

Nygaard, J. (2008): Vidensdeling i Danske Virksomheder – en kvalitativ undersøgelse af danske virksomheders fokus mod medarbejdernes interne vidensdeling. Fremforsk, Center for Fremtidforskning.

Olesen K.G. (2008): Virksomhedens Social Kapital – Hvidbog. København: Arbejdsmiljørådet & Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Pors, J.G. & Ryberg, M.L. (2013): Next Practice Katalog – Tværgående Ledelse i Ældresektoren. Videnscenter for Velfærdsledelse.

Rasmussen, B. (2000): "*Hjemmesykepleien som grådig organisasjon - Makt og Ansvar i Decentraliserte Organisasjoner*", i Tidsskrift for Samfunnsforskning, 41, 1, 37-57.

Scharmer, C. Otto (2008): Teori U - lederskab der åbner fremtiden. Ankerhus.

Seneca, A. (2012): Hvad Leder Du Efter? – Find dig selv som leder i det offentlige. København: People'sPress.

Stacey, R. (2003): Complex Responsive Processes in Organizations – Learning and Knowledge Creation. Taylor and Francis.

Søndergaard, D.M. (2001): "*Destabiliserende diskursanalyse: veje ind i poststrukturalistisk inspireret forskning*", i Kjønn og Fortolkende Metode – metodiske muligheder i kvalitativ forskning. Gyldendal Norsk Forlag A/S.