

# Diabetesbussen- samarbejde på tværs

En vej til lighed i  
sundhedsvæsenet

---



KANDIDATSPECIALE -  
Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier  
Institut for Mennesker & Teknologi  
1. JUNI 2021

---

Bodil Bjørg Korsgaard - 67202  
Karina Holm Petersen - 67337  
Stine Holm Petersen - 67283

Vejleder: Iben Charlotte Aamann  
Antal tegn: 243.437



STENO  
DIABETES  
CENTER  
SJÆLLAND



Roskilde Universitet

# Abstract

## **Diabetesbussen – collaboration across. A path to equity in the healthcare system**

A qualitative study and evaluation of the possibilities for and effect of inter-organisational collaboration (IOC), when engaging vulnerable people in outreach health services, to decrease the unequal access to the healthcare system.

The proportion of people with diabetes in Denmark is increasing, as is the inequality of health and the distribution of health services. Hence the recommendation for outreach efforts for vulnerable people, like for example Diabetesbussen in the Region Zealand.

The aim of this thesis is to examine which structural mechanisms affect IOC in the implementation of Diabetesbussen, as well as why the focus on the IOC specifically, is key to the success of this kind of implementation. The thesis takes inspiration from critical realism in explaining the non-observable and subtle structures affecting IOC.

The system-thinking approach constitutes the methodology of this thesis, to examine and evaluate the IOC resulting from the work with Diabetesbussen. We have used the methods of semi-structural interview, document analysis and network analysis. For the interview analysis Jody Gittells theory of the significance of relational coordination and communication in IOC was used. In addition, we used Knoben & Orleans literary review of the theory of proximity and the affect of the lack of technological, organizational and geographical proximity, when collaborating across professions and sectors.

The thesis concludes that, the professionals' knowledge of the purpose of the initiative and their perception of this as meaningful, improves the shared efforts towards the outcome. The lack of temporary geographical proximity reduces the professionals' possibility for communication, coordination and knowledge mobilization. This leaves technological and cognitive proximity as key elements when the IOC happens across geographical distance. However, we estimate that both technological and cognitive proximity are limited by different IT solutions and organizations. The interrelation between the professionals, not only affects the collaboration amongst these, but can have a wider effect across the network. Keeping IOC as the focus for a project like Diabetesbussen, is thus deemed essential.

**Keywords:** Inter-organisational collaboration (IOC), inequality of health, outreach health services, vulnerable diabetes patients, system-thinking, relational coordination, theories of proximity, health promotion, health strategy, health policy.

# Indhold

<b>Motivation</b>	<b>1</b>
<b>1. Problemfelt</b>	<b>2</b>
Fokuserede diabetesindsatser	3
Sundhedsvæsenets rolle i ulighed i sundhed	3
Diabetesbussen - en opsøgende indsats	4
Hvilken viden kan Diabetesbussen bidrage med?	5
Opsamling	6
<b>2. Problemformulering</b>	<b>8</b>
2.1 Begrebsafklaring	8
<b>3. Konteksten for Diabetesbussen</b>	<b>9</b>
3.1 Ulighed i sundhed – et komplekst fænomen	9
3.2 Tværsamarbejde– et komplekst felt	12
<b>4. Et kritisk realistisk perspektiv</b>	<b>16</b>
4.1 Gå bag om det tilsyneladende og opnå dyb erkendelse	16
4.2 Dybde og kompleksitet i praksis	16
4.3 Aktører og strukturer	17
4.4 Valg af teori og metode	18
<b>5. Den System-orienterede tilgang</b>	<b>20</b>
5.1 At evaluere påvirkninger - ikke resultater	20
5.2 Fokusområde	21
5.3 Metoder tilknyttet system-orienterede tilgange	22
5.4 Kritisk vurdering af SOT	23
<b>6. Teorier om tværsamarbejde</b>	<b>24</b>
6.1 Relationel koordinering	24
6.2 Teori om nærhed	29
<b>7. Metodiske tilgange til indhentning af empiri</b>	<b>33</b>
7.1 Semistrukturerede interviews	33
7.2 Felttur	39
7.3 Udvælgelse af policy-dokumenter	40
7.4 Litteratursøgning	42
<b>8. Analysestrategi</b>	<b>44</b>
8.1 Analyse af interviews	44
8.2 Dokumentanalyse	47
8.3 Netværksanalyse	48
<b>9. Analyse af specialets empiri</b>	<b>49</b>
<b>9.1 Analyse af interview</b>	<b>49</b>

9.1.1 Tværsamarbejde på distancen	49
9.1.2 Organisering	62
9.1.3 Projektets bærende kræfter	66
<b>9.2 Tekstnær dokumentanalyse</b>	<b>71</b>
9.2.1 Analyse af "Region Sjælland på forkant. Regionsrådets strategi 2018-2021"	71
9.2.2 Analyse af "En styrket diabetesindsats i Region Sjælland"	72
<b>9.3 Netværksanalyse</b>	<b>75</b>
9.3.1 Netværkskort	75
9.3.2 Analyse af samarbejdsrelationerne i netværkskortlægningen	76
<b>10. Diskussion</b>	<b>80</b>
10.1 Den system-orienterede tilgang som kvalitativ evalueringsform	80
10.2 Den sårbare diabetespatient som aktør	81
10.3 De teoretiske perspektivers indflydelse	82
10.4 Valg af respondenter	83
10.5 Relevans og anvendelse af fund	84
<b>11. Konklusion</b>	<b>86</b>
<b>12. Perspektivering</b>	<b>87</b>
<b>Litteraturliste</b>	<b>88</b>

## Motivation

Gennem vores studie på Sundhedsfremme & sundhedsstrategier på RUC, har vi arbejdet indgående med baggrundene for og betydningen af, hvordan sundhedsfremmende strukturelle vilkår og indsatser, interventioner og strategier påvirker folkesundheden og livsvilkår. Det er efter vores mening vigtige redskaber, som kan være med til at skabe bedre sundhed hos befolkningen, til gavn for det enkelte individ og samfundet.

Samtidig er vi vidende om, hvordan realiteterne og praksis er ift. menneskers sundhed og sygdom. Vi kommer alle tre med en sundhedsfaglig uddannelse, og vi har alle arbejdet i forskellige dele af det offentlige sundhedsvæsen. Vi har gennem vores arbejdsliv mødt mennesker med flere diagnoser, sygdomme og udfordringer. Her har vi som sundhedsprofessionelle oplevet et sundhedsvæsen, der ikke i tilstrækkelig grad, har kunnet hjælpe sårbare mennesker, med de udfordringer en sygdom kan give. Vores faglighed har været tilstrækkelig, men strukturerne i sundhedsvæsenet har i mange tilfælde været en barriere. Det har bl.a. betydet, at mennesker har fået tilbudt et standardiseret forløb, som ikke nødvendigvis tager udgangspunkt i den enkeltes behov.

Vi finder det derfor interessant, hvordan vi kan strukturere vores sundhedsvæsen, så det rummer dem der er sårbare og allerede er syge, og derved skaber sundhedsfremme for disse mennesker. Vi mener, at dette arbejde skal foregå sideløbende med, den generelle forebyggelse og sundhedsfremme hos hele befolkningen. Både kommuner og regioner er bevidste om, at det er nødvendigt at tilrettelægge forløb i sundhedsvæsenet efter den enkeltes behov, og der samtidig skal gøres en ekstra indsats for særligt udsatte (Danske Regioner & Kommunernes Landsforening, 2020). Det er dog vores oplevelse, at det er nemmere sagt end gjort. Derfor er der brug for mere viden om, hvordan dette arbejde kan lykkes.

# 1. Problemfelt

I de seneste 20 år er antallet af mennesker med diabetes i Danmark blevet fordoblet. I 2019 var 280.000 personer diagnosticeret med diabetes, hvilket svarer til godt 4,9 % af befolkningen. Tallet dækker over begge hovedgrupper af diabetes; type 1-diabetes og type 2-diabetes, hvor den sidstnævnte gruppe næsten er tredoblet fra 2000-2018 (Diabetesforeningen, 2021). Denne udvikling kalder på, at der sættes ind med forebyggende indsatser, så udviklingen bremses. Udviklingen betyder dog også, at langt flere mennesker skal leve med en kronisk sygdom, hvilket skaber et stort ressourcetræk på flere parametre og niveauer.

Først og fremmest kræver det, på et individuelt plan, mange menneskelige ressourcer konstant at holde en diabetessygdom velreguleret. Dette er imidlertid essentielt, fordi en dårligt reguleret diabetes kan påvirke kroppen og dens blodkar, hvilket kan føre til en række følgesygdomme. Eksempelvis kan der opstå nervebetændelse, som f.eks. kan forårsage tab af følesans i tæer og fødder, der kan føre til sår, som i værste fald kan føre til amputationer af tæer eller ben. Ligeledes kan der opstå nyreskader, øjenskader, hjerte-kar-sygdomme samt betændelsestilstande i munden, som nedbryder bindevæv og knogler, så tænderne bliver løse og kan falde ud. Desuden kan nerveskader og bivirkninger af medicinering give mave-tarmproblemer (Videncenter for diabetes, 2021). Behandlingsforløb for diabetespatienter er pga. kompleksiteten i sygdommens senfølger, derfor også spredt ud over en bred vifte af sundhedsprofessionelle behandlere i forskellige sektorer. Flere diabetespatienter oplever af den grund, at deres forløb i sundhedsvæsenet ikke er sammenhængende, og de mangler tilstrækkelig koordination og samarbejde mellem forskellige aktører tilknyttet sundhedsvæsenet (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017a).

Særligt for sårbare diabetespatienter kan det være svært at finde ressourcer til selv at koordinere og skabe sammenhæng i deres eget behandlingsforløb, da sygdommen overskygges af mange andre udfordringer i hverdagen (Max & Topholm, 2020; Nielsen et al., 2018, s. 6). Dette perspektiv forstærkes paradoksalt nok, idet forskning viser, at der er stor social ulighed i forekomsten og konsekvenserne af især type 2-diabetes (Sortsø et al., 2018). Det er derfor ekstra vigtigt at have fokus på det tværprofessionelle og tværsektorielle samarbejde og kommunikationen, for at skabe helhed og sammenhæng i behandlingsforløbet samt reducere risikoen for ulighed i sundhedsvæsenet (Max & Topholm, 2020; Reeves et al., 2011).

På et samfundsmæssigt niveau er de økonomiske ressourcer også et væsentligt incitament for ikke blot at forebygge, at flere bliver syge med diabetes, men også at diabetespatienter lever godt med sygdommen og derved undgår følgesygdomme. Det anslås, at diabetes koster det danske samfund 31,8 milliarder kroner om året, hvor udgiften til følgesygdomme er en tung post i den samlede økonomi. Hver fjerde diabetespatient har komplicerede følgesygdomme, derfor tegner udgifterne til behandling af disse sig for næsten 60 procent af de samlede udgifter (Diabetesforeningen, 2021). Af samme grund har forebyggelse og

behandling af diabetes også stor politisk bevågenhed, hvor en af de bærende løsninger er sammenhæng og samarbejde på tværs af aktører tilknyttet sundhedsvæsenet (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017b, s. 9).

## Fokuserede diabetesindsatser

På grund af den hastigt voksende befolkningsgruppe med diabetes, er der politisk stigende fokus på at bremse udviklingen. Det har bl.a. resulteret i, at Sundheds- og Ældreministeriet i 2017 udgav Den Nationale Diabeteshandlingsplan. Samtidig blev der afsat 65 millioner kr. i satspuljemidler til at implementere indsatser fra handlingsplanen. Indsatserne tager alle udgangspunkt i både forebyggelse og tidlig opsporing af sygdommen, og at behandlingerne tilpasses den enkeltes behov. Dette med et afsæt i, at alle skal have adgang til behandling af høj kvalitet, hvor samarbejdet mellem sektorerne fungerer gnidningsløst, så behandlingsforløbene opleves sammenhængende (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017a).

I 2017 åbnede Steno Diabetes Center i København. Dette var det første ud af fem forsknings- og undervisningscentre med fokus på diabetes, hvor der i dag er placeret et center i hver af de fem regioner. Centrene drives af regionerne, men er etableret som et offentligt-privat samarbejde med Novo Nordisk Fonden, der med en samlet donation på 7,4 milliarder kroner over en 13-årig periode, støtter centrene til at modernisere og systematisere de aktuelle behandlingstilbud til personer med diabetes (Steno, 2020).

Det sidste center åbnede i januar 2019 i Region Sjælland. Regionen har ifølge Den nationale sundhedsprofil fra 2017 den højeste forekomst af netop diabetes, med en samlet andel på 6,6 % af regionens borgere (Den nationale sundhedsprofil, 2017). Steno Diabetes Center Sjælland (SDCS) har som de andre centre en ambition om at favne alle personer med diabetes i regionen, men har derudover et særligt fokus på at minimere ulighed i sundhed i relation til diabetes, følgesygdomme og komorbiditet (Region Sjælland & Novo Nordisk Fonden, 2018). Et særligt fokus på ulighed i sundhed kan ses som en uundgåelig ambition. Dette skal ses i lyset af, at der i Region Sjælland generelt er stor social ulighed i helbred og trivsel, hvor dårligt helbred og trivsel er hyppigst blandt kortuddannede, arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive (Blaakilde et al., 2018). Herudover er Region Sjælland særligt udfordret på de store geografiske afstande, hvor særligt sårbare patientgrupper oplever, at både geografi, transportmuligheder, ventetid samt manglende økonomiske ressourcer har betydning for tilgængeligheden til behandlingssystemet (Region Sjælland & Novo Nordisk Fonden, 2018, s. 46, 51).

## Sundhedsvæsenets rolle i ulighed i sundhed

Nødvendigheden af at have et fokus på ulighed i sundhed, er i særdeleshed relevant for Danmark, da befolkningen fraviger den generelle tendens til, at lav økonomisk ulighed medfører lav gennemsnitlig dødelighed. I Danmark har vi lav økonomisk ulighed, men en relativ høj dødelighed og ligeledes markant social ulighed i dødelighed, hvilket i forskningen omtales "*The Scandinavian Welfare Paradox of Health*"

(Diderichsen et al., 2011, s. 15–16; Marmot, 2017). For at blive klogere på, hvordan vores samfund skal løse dette paradoks, er der gennem årene igangsat en lang række interventionsstudier. Sundhedsstyrelsen udgav i efteråret 2020 rapporten *Indsatser mod ulighed i sundhed* (Gadeberg et al., 2020), med det formål at samle denne interventionsforskning, og dermed opdatere den øvrige evidens, der findes om indsatser mod ulighed i sundhed (Gadeberg et al., 2020, s. 5). Rapporten konkluderer, at nyere data i store træk bekræfter og forstærker, hvad der tidligere er blevet fundet. Overordnet viser forskningen, at der fortsat er behov for universelle og strukturelle indsatser for at reducere ulighed i sundhed. Sundhedssektoren kan ikke alene sikre dette, men der er behov for brede tværsektorielle indsatser. Samtidig står det også klart, at det i nogle tilfælde er fordelagtigt og nødvendigt at supplere disse indsatser med målrettede indsatser til f.eks. at forbedre socialt udsattes kontakt med sundhedsvæsenet (Gadeberg et al., 2020, s. 6).

Sidstnævnte anbefaling taler ind i sundhedsvæsenets rolle, som er en af de 12 determinanter, Sundhedsstyrelsen tilbage i 2011 i rapporten *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser* (Diderichsen et al., 2011) identificerede som årsager til ulighed i sundhed. Når sundhedsvæsenet nævnes som den 11. determinant anerkendes det, at den behandling, rehabilitering og omsorg der ydes i sundhedsvæsenet, har stor betydning for konsekvenserne af de sygdomme befolkningen rammes af. I et velfærdssamfund har alle borgere lige og fri adgang til sundhedsvæsenets ydelser. Alligevel observeres en skæv fordeling af ydelserne, som ikke hænger sammen med, at velstillede borgere typisk har brug for færre sundhedsydelser målt på social position. For at forandre den 11. determinants forekomst og sociale fordeling, anbefalede Sundhedsstyrelsen i 2011, at bl.a. opsøgende indsatser kunne sikre at mindre ressourcestærke grupper, nås af effektive forebyggende programmer inden for forskellige patientkategorier (Diderichsen et al., 2011, s. 154).

## Diabetesbussen - en opsøgende indsats

SDCS's ambition med særligt fokus på at minimere ulighed i sundhed i relation til sårbare diabetespatienter, har helt konkret manifesteret sig i et tiltag, som netop tager udgangspunkt i en opsøgende indsats. I et samarbejde mellem Endokrinologisk ambulatorium, Medicinsk afdeling på Nykøbing F. Sygehus og SDCS, er der igangsat et projekt, der har til formål at reducere ulighed i sundhed i relation til diabetes og senkomplikationer. Ved at tilbyde mobil komplikationsscreening til sårbare personer med diabetes vil Diabetesbussen således, i løbet af den 3-årige projektperiode 2019-2022 (forlænget til 2023 pga. corona-epidemien), give let adgang til screening for senkomplikationer, der kan opstå som konsekvens af diabetes. Diabetesbussen er særligt målrettet personer med diabetes og samtidig enten psykisk sygdom, svagt netværk, misbrug samt kulturelle og sproglige udfordringer. Indledningsvist er tilbuddet rettet mod borgere i kommunerne Vordingborg, Guldborgsund og Lolland, hvor bussen vil besøge bo- eller væresteder. Målgruppen vil til en start dog hovedsageligt inkludere personer med psykisk sygdom, misbrug eller svagt netværk. At Diabetesbussen kommer ud til et bo- eller værested betyder, at der skal skabes et sam-



arbejde mellem de to instanser både af praktiske årsager men også for, at bo- og værestedet kan videreformidle og motivere de relevante borgere til at benytte Diabetesbussen (Steno Diabetes Center Sjælland, 2019, s. 4).

Diabetesbussen er som beskrevet en opsøgende indsats, der samtidig skaber tilgængelig adgang til sundhedsvæsenet ved, at den kører ud til målgruppen. Derfor bliver den geografiske afstand til sundhedsvæsenet, som er en reel udfordring i Region Sjælland, ikke længere en barriere for de sårbare diabetespatienter (Steno Diabetes Center Sjælland, 2019, s. 2). Derudover tilbyder Diabetesbussen alle relevante undersøgelser ift. komplikationsscreeningen, og har derfor flere faggrupper tilknyttet. Bussen er indrettet med udstyr, så der er mulighed for at tage blod- og urinprøver til at undersøge bl.a. nyresygdom og nyrefunktion, kolesteroltal og blodsukkerregulering, undersøge øjenforandringer samt fodstatus og blodtryk. Dermed kan de sårbare diabetespatienter få gennemført deres komplikationsscreening ét sted, og de sundhedsprofessionelle får det samlede billede af screeningen. Derfra kan der igangsættes en helhedsorienteret og sammenhængende behandlingsplan for den enkelte patient, som sendes til patientens egen læge. Et projekt som Diabetesbussen kræver derfor samarbejde med og involvering af forskellige sundheds- og socialmedarbejdere på tværs af forskellige organisationer og sektorer samt praktiserende læge (Steno Diabetes Center Sjælland, 2019, s. 4).

Målet for indsatsen er således at gøre en sundhedsydelse tilgængelig for de sårbare diabetespatienter, og identificere målgruppen, der er udeblevet fra hele eller dele af det etablerede komplikationsscreeningsprogram. Når patienterne er identificeret, er det målet at få gruppen til at komme til komplikationsscreening i bussen samt på sigt, at få sluset den del af målgruppen, hvis sundhedskompetence tillader det, ind i det eksisterende behandlingssystem på sygehuset og i almen praksis. På denne måde ønskes det med Diabetesbussen at reducere ulighed i sundhed for sårbare borgere med diabetes (Steno Diabetes Center Sjælland, 2019, 2021).

## Hvilken viden kan Diabetesbussen bidrage med?

Projektet adresserer nogle af de videnshuller, Gadeberg et. al i rapporten fra 2020 konkluderer, holder arbejdet mod ulighed i sundhed tilbage. Der efterlyses bl.a. mere viden om, hvordan samarbejdet mellem sundhedsvæsen og sociale myndigheder kan styrkes og udvikles. Ligeledes observeres det, at der er manglende viden om, hvordan den tværsektorielle sundhedspolitik implementeres, så den fungerer tilfredsstillende på både et nationalt og lokalt plan (Gadeberg et al., 2020, s. 51).

Disse videnshuller kan Diabetesbussen potentielt være med til at belyse, da sygehusets opsøgende screeningstilbud kræver tæt samarbejde med sociale myndigheder på tværs af kommuner og region. Samtidig taler indsatsen ind i en udbredt politisk diskurs, hvor tværsamarbejde ses som en væsentlig nøgle til, i højere grad at sætte borgeren i centrum af behandlingen af sygdomme samt skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet på tværs af sektorer (KL, 2015; Lehn-Christiansen, 2016a; Regeringen, 2013, s. 3).

Tidligere og nuværende forskning og evalueringer af globale folkesundhedsudfordringer bygger ofte på tilgange, hvor synteser af evidens fra kvantitative studier af enkeltstående interventioner (RCT, kohorte og ikke randomiserede interventionsstudier), præsenteres som et estimat af effekten i en metaanalyse. Men de udfordringer, som f.eks. stigende forekomst af diabetes og ulighed i sundhed, som vi står overfor nu og i fremtiden er af en kompleksitet, der kræver mere end kun én type studier og én type evidens til at forklare årsagssammenhænge (Ogilvie et al., 2020).

Sundhedsvæsenets komplekse problemstillinger, der som nævnt, bedst løses på tværs af sektorer i et samarbejde mellem flere forskellige aktører, bør derfor inddrage evidens fra et bredt felt af forskningsstudier og videnskabelige discipliner. Nyere forskning anbefaler derfor, at forskningen og evalueringer skal fokusere mere på *at forstå*, hvordan indsatser og interventioner påvirker sundhedssystemet og dets aktører, i stedet for primært at fokusere på, om der er målbar effekt eller ej af en given indsats (Ogilvie et al., 2020). Dette blik er i tråd med en nyere trend inden for forebyggelse og folkesundhed, hvor et øget fokus på system-orienterede tilgange er fremherskende. Det er en tilgang, der bl.a. tager højde for kontekstuelle forhold, og har et blik for tværsamarbejde mellem de aktører, der er tilknyttet et tiltag i sundhedsvæsenet. I overensstemmelse med den system-orienterede tilgang vil man kunne undersøge et projekt som Diabetesbussen. Dette ud fra en kvalitativ undersøgelse og evaluering, hvor fokus ville være på at involvere en bred gruppe af aktører fra forskellige dele af sundhedsvæsenet. Hertil vil interviewspørgsmål f.eks. rette sig mod aktørernes interne forhold og hvordan et tiltag som Diabetesbussen forandrer den strukturelle organisering af tilbuddet til sårbare diabetespatienter, og hvordan aktørerne oplever og responderer på tiltaget. Derudover vil man inden for den system-orienterede tilgang ved en netværksanalyse kunne identificere aktører tilknyttet Diabetesbussen, og vurdere om en aktør er aktiv, afskåret eller potentiel. Den system-orienterede tilgang bliver derved en kvalitativ evaluering af tværsamarbejdet omkring et tiltag som Diabetesbussen (Egan et al., 2019a, 2019b; Peters, 2014).

## Opsamling

Vi har i problemfeltet identificeret, at ulighed i sundhed er en aktuel problematik i Danmark, og det er relevant at rette opmærksomheden mod den 11. determinant – Sundhedsvæsenets rolle, da der observeres en skæv fordeling af sundhedsydelse. Derfor anbefales opsøgende indsatser, for at forbedre de sårbare kontakt til sundhedsvæsenet, hvor Diabetesbussen er et eksempel på en opsøgende indsats til en sårbar målgruppe.

Vi er samtidig opmærksomme på, at et projekt som Diabetesbussen skaber ændringer i de interne forhold mellem aktørerne tilknyttet Diabetesbussen, hvor aktørerne til en vis grad skal tilpasse deres mål, ressourcer og aktiviteter for, at Diabetesbussen som tiltag kan implementeres og komme i drift. Det fordrer et samarbejde på tværs af sektorer og fagprofessioner, samt en stor berøringsflade med mange forskellige aktører. Det specifikke samarbejde har vi valgt at benævne et tværsamarbejde. Vi finder det særdeles

relevant at undersøge netop det tværsamarbejde, som opstår i relation til et projekt som Diabetesbussen. Især fordi forskningen identificerer videnshuller rettet mod, hvordan et samarbejde på tværs af sektorer og fagprofessioner kan implementeres, styrkes og udvikles.

Vi har valgt, at den system-orienterede tilgang skal udgøre specialets metodedesign til kvalitativt at undersøge og evaluere det tværsamarbejde, som fremkommer i relation til Diabetesbussen. Vi finder det hertil relevant at undersøge, hvad der kan påvirke tværsamarbejdet mellem aktørerne i tilknytning til Diabetesbussen. Analysens fund kan samtidig lægge op til at diskutere og vurdere, hvorfor det er væsentligt at have et fokus på tværsamarbejde ved et tiltag som Diabetesbussen.

Vi vil derfor i arbejdet med dette speciale undersøge det tværsamarbejde, der skal gøre sig gældende for, at et projekt som Diabetesbussen kan gennemføres, og derved indfri formålet om at reducere social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. Dette leder os frem til følgende problemformulering.

## 2. Problemformulering

*Hvad påvirker tværsamarbejdet mellem aktørerne tilknyttet Diabetesbussen, og hvorfor er et perspektiv på tværsamarbejde et væsentligt fokusområde i forbindelse med et projekt som Diabetesbussen?*

### 2.1 Begrebsafklaring

Tværsamarbejde: Dækker over alt samarbejde mellem fag, professioner, organisationer og sektorer. Begrebet uddybes desuden yderligere i afsnit 3.2.

Aktører: Personer eller genstande som udgør en rolle i et netværk af samarbejdsrelationer. Aktører er ofte individer, grupperinger eller organisationer (Egan et al., 2019a, s. 15). Individer i specialet er ansatte indenfor sundheds- eller socialområdet.



Diabetesbussen

## 3. Konteksten for Diabetesbussen

For at skabe en forståelse af grundlaget for Diabetesbussen, vil vi i det følgende beskrive den kontekst, som ligger til grund for igangsættelsen af dette projekt. Da formålet med Diabetesbussen er at "... *reducere ulighed i sundhed i relation til diabetes og senkomplikationer, ved at tilbyde mobil komplikationsscreening til sårbare personer med diabetes.*" (Steno Diabetes Center Sjælland, 2019, s. 2) vil vi som det første tage fat i fænomenet "ulighed i sundhed", sat i relation til Diabetesbussen og sårbare diabetespatienter. Desuden vil vi fremhæve hvilken sundhedsforståelse Diabetesbussen tager afsæt i, og hvordan vi forholder os til dette. Endelig vil begrebet tværsamarbejde blive præsenteret, da dette ses som et vigtigt perspektiv, for at Diabetesbussen kan eksistere som tilbud (Steno Diabetes Center Sjælland, 2021). Samtidig er det et begreb der indebærer mange forståelser, hvilket afsnittet vil give et indblik i.

### 3.1 Ulighed i sundhed – et komplekst fænomen

Ulighed i sundhed indbefatter mange perspektiver. Vi har valgt at udfolde fænomenet i relation til den kontekst, som gør sig gældende for Diabetesbussen for at konkretisere, hvilket behov bussen opfylder. Samtidig er det hensigten at redegøre for, hvilken sundhedsforståelse Diabetesbussen bibringer, og hvordan vi forholder os til denne sundhedsforståelse.

Som vi har redegjort for i problemfeltet, udspringer Diabetesbussen som tiltag på baggrund af den 11. determinant – sundhedsvæsenets rolle. Denne ene sociale determinant er blot én af de i alt 12 determinanter for ulighed i sundhed. De 12 determinanter er fordelt på tre hovedtyper af determinanter:

- 1) Tidlige determinanter som påvirker social position og helbred.
- 2) Sygdomsårsager som påvirkes af social position.
- 3) Determinanter som påvirker sygdomskonsekvenser, herunder den 11. determinant.

Determinanterne griber ind hvert sit sted i de mekanismer, som skaber ulighed i sundhed. Det bliver herved også tydeliggjort, at et arbejde mod at reducere ulighed i sundhed kan foregå ud fra flere forskellige kontekster (Diderichsen et al., 2011, s. 3–9). Med udgangspunkt i den 11. determinant, vil sundhedsvæsenets møde med befolkningen, have betydning for konsekvenserne af de sygdomme, som befolkningen rammes af. Det danske velfærdssystem har et princip om lige og fri adgang til sundhedsvæsenets ydelser. Alligevel observeres der en skæv fordeling af ydelserne Eksempelvis har mennesker med højere indkomst et større forbrug af praktiserende speciallæger og forebyggende ydelser, mens deltagelse i rehabiliteringsprogrammer er lavere blandt personer med lav indkomst. Et sådan ulige forbrug kan forklares med både økonomiske, geografiske, tidsmæssige, organisatoriske og sociokulturelle barrierer. For at forandre den 11. determinants forekomst og sociale fordeling, anbefales bl.a. opsøgende indsatser, hvortil Diabetesbussen kan være et konkret tiltag. Dette for at sikre sårbare personer også nås af effektive og

forebyggende programmer rettet mod forskellige patientkategorier. (Diderichsen et al., 2011, s. 7–8, 154).

### 3.1.1 Sundhedskompetence

At der er tale om et komplekst fænomen, når det handler om at skabe social lighed i sundhed, forstærkes yderligere af, at forskning der særligt retter sig mod den 11. Determinant. Forskningen konkluderer, at der både er strukturelle og kulturelle barrierer til stede, når det viser sig, at nogle mennesker har bedre forudsætninger for at få et udbytte af mødet med sundhedsvæsenet end andre. Eksempelvis beskrives de strukturelle forhold i den kvalitative undersøgelse *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet* (P. V. Pedersen, 2018) således:

*“Strukturelle forhold, såsom sundhedsvæsenets organisering, hospitalsvæsenets specialisering, fragmentering og manglende omsorg for det hele menneske, samt hospitalspersonalets pressede arbejdsbetingelser bidrager til en øget diskrimination og stigmatisering af socialt udsatte. Selvom disse strukturelle forhold gælder for hele befolkningen, rammer de den socialt udsatte patient hårdt.”* (P. V. Pedersen, 2018, s. 12)

De beskrevne strukturelle forhold fra citatet er nogle af de vilkår, Diabetesbussen har til hensigt at eliminere ved tilbyde en opsøgende og helhedsorienteret indsats, skabt på baggrund af et tværsamarbejde mellem de tilknyttede aktører (Steno Diabetes Center Sjælland, 2019, s. 11–12). Derfor finder vi det også interessant at rette vores fokus på det konkrete tværsamarbejde omkring Diabetesbussen, hvis det kan være en mekanisme, der kan være med til at mindske ulighed i sundhed.

Det er dog relevant at forholde sig til, hvorfor en gruppe af mennesker som f.eks. sårbare diabetespatienter kan have svært ved at agere i sundhedsvæsenets strukturelle vilkår. Til denne betragtning er begrebet sundhedskompetence en mulig forklaring. Sundhedskompetence er en kombination af et menneskes personlige kompetencer og ressourcer, der i en given situation er medbestemmende ift. menneskets mulighed for at finde, forstå, evaluere og anvende information og tilbud til at tage beslutninger om egen sundhed. Derfor er sociodemografiske faktorer, som alder, køn, uddannelse, social status og etnicitet også en del af begrebet sundhedskompetence. Et menneskes sundhedskompetence vil i mødet med sundhedsvæsenet blive stillet over for de krav og den kompleksitet, som sundhedsvæsenet indebærer. Derfor er strukturelle indsatser på tværs af organisationer og sundhedsprofessionelle afgørende, hvor fokus bør være at tilpasse kommunikation, tilbud og støttemuligheder til den enkeltes behov (Aaby et al., 2019, s. 6–8).

Diabetesbussen fremstår derfor som et sundhedstilbud, der anerkender, at sårbare diabetespatienter skal tilbydes målrettede indsatser, der tager højde for forskellige niveauer af sundhedskompetence, og den vej igennem kan imødekomme målgruppens sundhedsbehov (Aaby et al., 2019, s. 8).

### *3.1.2 Målgruppens behov*

Ud fra en rapport udarbejdet af Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA) ifm. SDCS grundlæggelse, kan vi identificere, at Diabetesbussen formår at opfylde de behov, som målgruppen selv italesætter. Formålet med den kvalitative undersøgelse var at få viden om, hvordan sårbare diabetespatienters hverdagsliv og udfordringer påvirker deres behandlingsforløb. Undersøgelsen er benyttet i SDCS's videre arbejde med at forebygge ulighed i sundhed (Nielsen et al., 2018, s. 5). Dermed er denne viden med til at understøtte ræsonnementet bag at iværksætte et projekt som Diabetesbussen.

KOPA's endelige rapport konkluderer, at diabetes ikke fylder i hverdagen for langt størstedelen af de sårbare diabetespatienter. Årsagen er, at målgruppens andre udfordringer i hverdagen, i form af misbrug, psykisk- eller anden somatisk sygdom, overskygger deres diabetes. Patienterne fortæller, at det skaber en tryghed og struktur hos dem, hvis sundhedsvæsenet styrer deres behandlingsforløb og sørger for at indkalde til kontroller. Omvendt bliver det uoverskueligt for de patienter, som går til kontroller hos egen læge, fordi de selv skal tage initiativ til at bestille tid. Desuden er det vigtigt for målgruppen, at de bliver set som 'hele mennesker' i sundhedsvæsenet. Det handler i høj grad om, at de sundhedsprofessionelle forstår og tager højde for, at de har flere sygdomme eller måske har andre økonomiske eller sociale problemer (Nielsen et al., 2018, s. 5-9).

Vi har ikke valgt at inddrage målgruppen yderligere ift. at besvare specialets problemformulering. Dog har det været vigtigt for os, at vi her i kontekstfeltet har kunne fremvise, at Diabetesbussen tager udgangspunkt i et behov, som målgruppen selv italesætter. I samme ombæring har vi identificeret, at Diabetesbussen er opstået som projekt, ud fra en hensigt om at etablere et sundhedstilbud, der kan favne netop de udfordringer, som ses hos målgruppen for Diabetesbussen. Dermed bliver det også det menneskesyn, som Diabetesbussen står for hos alle tilknyttede aktører. At de regionale aktører så omtaler målgruppen som patienter, og de kommunale aktører bruger benævnelsen borger eller beboer, er blot et udtryk for forskellig kulturel italesættelse. Ift. Diabetesbussen og dette speciale tillægger vi det ingen betydning, at der er forskel i denne italesættelse.

### *3.1.3 Sundhedsforståelse - dikotomi og gradient*

Den måde Diabetesbussen som et sundhedstilbud er tilrettelagt på gør, at ulighed i sundhed betragtes ud fra en dikotomisk synsvinkel. Dog ikke den form for dikotomi, der anfægter, at sundhedsadfærds blot handler om individets eget valg og løsningen er oplysning. Det er nærmere den dikotomi, der handler om at betragte ulighed i sundhed ud fra levevilkår. Løsningsforslag der retter sig mod denne dikotomi, vil være indsatser som eksempelvis Diabetesbussen, der har til hensigt at forbedre de sårbare diabetespatienters levevilkår. Tilgangen kan kaldes en højrisikostrategi, hvor en indsats rettes specifikt mod dem, som er i en særlig risiko, hvorfor ressourcerne bruges på dem, som har mest brug for hjælp (Vallgård, 2011, s. 16).

Den dikotomiske tilgang indebærer, at der ikke bliver gjort noget ved årsagen til, at nogle mennesker kan ende i en situation, hvor deres levevilkår sætter dem i en sårbar position. For at ændre på årsagen til ulighed i sundhed, vil et gradientperspektiv være relevant. Her vil levevilkår stadig ses som årsagen til ulighed i sundhed, men perspektivet betyder, at løsningen på ulighed i sundhed er at sikre bedre og mere lige vilkår for hele befolkningen (Vallgård, 2011, s. 17).

Som sundhedsfremmere fra RUC forstår vi, at det er særligt relevant at betragte ulighed i sundhed som en gradient, især når man ud fra et langstrakt tidsperspektiv, har til formål at eliminere årsagen til ulighed i sundhed, hvortil det er et politisk ansvar at føre an for denne forandring. Vi er dog også af den overbevisning, at man samtidig også kan igangsætte sundhedstilbud, der er af en dikotomisk karakter, for ikke at ekskludere de mennesker, som allerede er i en sårbar situation, fra det etablerede sundhedsvæsen.

### 3.2 Tværsamarbejde– et komplekst felt

I dette afsnit vil vi give et indblik i det meget omfattende felt, der handler om samarbejde på tværs. Vi vil præcisere vigtige generelle tendenser, og det vi finder relevant at fokusere på ift. specialet, og den måde vi forstår betydningen af et samarbejde på tværs. Vi anser tværsamarbejde som værende afgørende for, at en sundhedsfremmende indsats kan etableres, implementeres og sikre fremtidig drift. Derfor er et tværsamarbejde for os, et sundhedsstrategisk værktøj, der dermed taler ind i perspektiver for sundhedsfremme og sundhedsstrategier.

Et samarbejde på tværs er dog, på samme måde som ulighed i sundhed, udfordret af flere forskellige strukturelle og kulturelle årsager. Af strukturelle årsager kan det, som det første nævnes, at sundhedsvæsenet i Danmark er organiseret i to sektorer - en primær (kommune og praktiserende læge) og en sekundær sektor (hospitaller). Sektorerne har selvstændig styring og økonomi, og er ansvarlige for hver sin del af behandlings-, pleje- og forebyggelsesopgaverne (K. M. Pedersen et al., 2005).

For det andet har implementeringen af New Public Management (NPM) orienterede styringsteknologier i sundhedsvæsenet påvirket strukturer og organisationer (Hood, 1995; Vallgård, 2016, s. 162). Dette har haft betydning for, hvordan sundhedsprofessionelle kan agere og kommunikere ifm. fælles opgaveløsning og koordinering (Hasle, 2014; Høggsgaard, 2018; Kamp et al., 2013). Som det tredje vil vi fremhæve, at sundhedsprofessionelle er udfordret på de traditionelle måder at kommunikere på, grundet de teknologiske kommunikationssystemer (Region Hovedstaden, 2019).

De strukturer og mekanismer som er fremhævet indtil nu, ser vi som et udtryk for nogle af de dybereliggende og subtile styringsteknologier, som tværsamarbejdet i sundhedsvæsenet er præget af, men som



man ikke altid kan forstå konsekvenserne af. De kulturelle årsager vil vi i det følgende give en kort indføring i, gennem den historiske udvikling af samarbejde på tværs i både et politisk og forskningsmæssigt perspektiv.

### *3.2.1 Det politiske blik på tværsamarbejde*

Ønsket om en forbedring af kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet, gennem et fokus på styrket tværgående samarbejde mellem fagligheder og organisatoriske opdelinger, er blevet mere tydelig inden for de seneste 10-15 år, nationalt som internationalt (Danske Regioner et al., 2011; Reeves et al., 2017; WHO, 2010). Dette fokus præger i udbredt grad det danske sundhedsvæsen, hvor tværsamarbejdet ses som en væsentlig nøgle til, i højere grad at sætte borgeren i centrum for de sundhedsprofessionelles arbejde samt skabe sammenhæng i sundhedsvæsenet på tværs af sektorer (KL, 2015; Lehn-Christiansen, 2016a; Regeringen, 2013, s. 3).

Lige siden den første kommunalreform i 1970 har hensigtserklæringer og målsætninger om nødvendigheden af en styrket indsats og samarbejde mellem sektorerne i sundhedsvæsenet været at finde i politiske dokumenter og udtalelser (Indenrigsministeriet, 1974, s. 16, 1985, s. 14–15; Sundhedsstyrelsen, 2006, s. 14). Det har skabt grobund for et øget fokus på udvikling, uddannelse, forskning og implementering af tværsamarbejde, som også er øget markant de sidste 10 år. Meget litteratur om samarbejde på tværs i både sundhedsvæsenet, men også inden for det sociale og pædagogiske område, er præget af en normativ opfattelse af, at et velfungerende samarbejde på tværs, er mere effektivt og til gavn for både borgere, patienter, personale og samfundsøkonomien (D'Amour et al., 2005; Just, 2013, s. 171–172; Lauvås & Lauvås, 2006). Det gælder både lærebøger og faglitteratur (Bagger et al., 2013; Højholt, 2016; Lauvås & Lauvås, 2006) samt forskningslitteraturen (D'Amour et al., 2008; Schot et al., 2020). Det har ligeledes haft indflydelse på de sundhedsprofessionelles uddannelser og efteruddannelse (Sundhedskartellet, 2014, s. 42–43, 48), dog uden at der foreligger meget entydig og stærk evidens for, at der nødvendigvis altid er en gevinst ved et tværsamarbejde (Brandt et al., 2014; Reeves et al., 2017).

Således står vi med et problemfelt inden for sundhedsvæsenet om samarbejde på tværs, der har været kendt og relevant gennem mange år, og som forekommer endnu mere aktuelt i dag, hvis vi skal løse både demografiske, sociale, organisatoriske og rekrutteringsudfordringer.

### *3.2.2 Det forskningsmæssigt blik på tværsamarbejde*

Ud fra en litteraturgennemgang er det tydeligt, at der er divergerende meninger i den danske litteratur om, både brugen og betydningen af, begreberne eller fænomenerne tværfagligt - og tværprofessionelt samarbejde og om de kan sidestilles (Højholt, 2016, s. 63–70; Larsen, 2013, s. 24; Lehn-Christiansen, 2016b, s. 68–69, Miöskarö, 2008).

I den nyere internationale forskning opstår uklarhederne oftere inden for begreberne 'Interprofessional education' (IPE) og 'interprofessional collaboration' (IPC), hvor der kan observeres mange forskellige udtryk, til anvendelse og beskrivelse af disse tiltag såsom 'tværfaglig læring', samarbejde, uddannelse og praksis. Desuden anvendes sjældent teori i studierne (Brandt et al., 2014; Reeves et al., 2011), ligesom der mangler teorier, der kan benyttes til at forstå dette tværsamarbejde (D'Amour et al., 2005). Tværsamarbejde er deraf komplekst af mange grunde og fungerer ikke altid efter hensigten, på trods af gode intentioner. Som litteraturen viser, er der mange modeller, metoder og handleanvisninger til, hvordan et tværsamarbejde optimeres (Lehn-Christiansen, 2016b, s. 23, 67–68).

Således kan vi forstå tværprofessionelt samarbejde på mange måder, alt efter hvem der definerer det, ud fra en given diskurs og konstitueret af de institutionelle rammer for tværsamarbejdet (Lehn-Christiansen, 2016a).

Grundet begrebsforvirringerne har vi valgt at anvende 'tværsamarbejde' i specialet som dækkende over alt samarbejde mellem fag, professioner, organisationer og sektorer, og vil ikke gå yderligere ind i diskussionerne. I stedet vil vi forsøge at holde fokus på betydningen af udviklingen i det danske sundhedsvæsen, og de vilkår som præger mulighederne for de sundhedsprofessionelles samarbejde på tværs. Vi har med udgangspunkt i vores empiri, udvalgt få teoretiske nedslagspunkter om tværsamarbejde, som vi finder relevante, for forståelsen af respondenternes interaktioner i tilknytning til Diabetesbussen.

### *3.2.3 At forstå kompleksiteten i tværsamarbejde mellem professioner og sektorer*

Vores syn og tilgang til feltet om tværsamarbejde er inspireret af Sine Lehn-Christiansen (2016b). Med sit kritiske blik på, hvilke problematikker der kan føre til udfordringer ved et samarbejde, gives en bred definition på tværsektorielt samarbejde. Ønsket er at skabe fokus og viden på mangfoldigheder ved fænomenet, der inkluderer hverdagsforståelser samt forskellige former for aktiviteter og interaktioner, som kan have karakter af både koordinering, overlevering og samarbejde, som vi ser anvendeligt i vores speciale. Således definerer Sine Lehn-Christiansen tværprofessionelt samarbejde:

*"Tværprofessionelt samarbejde er en magtfuldt praksis, hvor sundhedsprofessionelle med forskellige fagligheder og/eller kontekstuelle tilhørsforhold løser forskellige opgaver i relation til forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje eller rehabilitering. Tværprofessionelt samarbejde kan involvere løsning af en fælles opgave, der er defineret som sådan. Tværprofessionelt samarbejde kan også involvere koordinering, overlevering eller varetagelse af en eller flere delopgaver i et samlet forløb. Tværprofessionelt samarbejde kan involvere aktiv inddragelse af patient/borger, pårørende og professionelle uden for sundhedsvæsenet, men det kan også være en praksis, der udelukkende involverer sundhedsprofessionelle inden for rammerne af sundhedsvæsenet"* (Lehn-Christiansen, 2016b, s. 88).

Hermed mener hun også, at man bør se bort fra den begrebsmæssige skelnen mellem tværprofessionelt – og tværsektorielt samarbejde, da udfordringerne ofte ligner hinanden og blikket for de intersektorielle udfordringer vil blive overskygget af de tværsektorielle udfordringer (Lehn-Christiansen, 2016b, s. 89). Denne definition ligger godt i tråd med et internationalt studie, der finder flere fælles begreber for tværfagligt og tværsektorielt samarbejde (Karam et al., 2018).

En anden af kompleksiteterne ved tværsamarbejde er forståelsen af, at de mere komplekse sundhedsproblemer, som sundhedsprofessionelle står over for, skaber større indbyrdes afhængighed blandt dem, og øger behovet for samarbejdsrelationer på tværs af fag og sektorer. Herunder at begrebet "samarbejde" som det foreslås i litteraturen, er defineret af underliggende begreber som har forskellige betydninger, men lige så vigtigt er konteksten for samarbejdet. (D'Amour et al., 2005).

Lederskab er sidste nedslagspunkt vi vil fremhæve. En gennemgang af den eksisterende forskning og litteratur på ledelsesområdet lavet af Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning i 2014 viser, at der er en del viden om udfordringer og barrierer, som kan forhindre succes i det tværsektorielle samarbejde. Bl.a. skal der mere ledelsesinvolvering til, hvis det tværsektorielle samarbejde skal lykkes, hvilket stiller store krav til ledernes kompetencer. Litteraturen viser, at det er mere udfordrende at være netværksleder end at være traditionel leder (Holm-Petersen et al., 2014).

I dette afsnit har vi givet et overordnet blik på de mange nuancer, som ligger i feltet, der omhandler tværsamarbejde. De perspektiver omkring tværsamarbejde, der er mest toneangivende i specialets empiri, vil blive uddybet i afsnit 6.

## 4. Et kritisk realistisk perspektiv

Formålet med dette speciale er at afdække og forklare, hvad der kan påvirke et tværsamarbejde mellem aktørerne, tilknyttet Diabetesbussen. Vi er opmærksomme på, at det som kan gøre sig gældende er ikke-observerbare og subtile strukturer. Disse strukturer er en del af den komplekse kontekst, som er i sundhedsvæsenet og hos andre relevante aktører fra det øvrige velfærdssamfund. Vi ønsker derfor at frembringe viden om, hvorfor et perspektiv på tværsamarbejde skal være i fokus ifm. et projekt som Diabetesbussen, for at skabe rammer for aktørerne, så projektet kan gennemføres. I sidste ende skal det være med til at skabe lige adgang til sundhedsvæsenet for den sårbare diabetespatienter (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 314). Således vil vi i specialet lade os inspirere af en kritisk realistisk videnskabsteoretisk position. Vi vil i det følgende med udgangspunkt i Buch-Hansen & Nielsen (2012) redegøre for, hvordan et afsæt i denne videnskabsteoretiske tilgang kan hjælpe os med at besvare problemformuleringen.

### 4.1 Gå bag om det tilsyneladende og opnå dyb erkendelse

Kritisk realisme bygger på en forestilling om, at der eksisterer en virkelighed uafhængigt af vores forestilling om den. Forestillingen skaber to dimensioner, den transitive- og intransitive dimension. Den transitive dimension er den kritiske realismes epistemologi, som omhandler vores viden om verden. Forskningens opgave bliver hermed at producere ny viden ud fra allerede eksisterende viden. Således kan de indledende afsnit af dette speciale siges at udgøre den transitive dimension, idet disse har beskrevet konteksten, teorier, begreber, data og paradigmer som allerede eksisterer i relation til et initiativ som Diabetesbussen. Derimod vil analysen af den indsamlede empiri udgøre den intransitive dimension, hvorfra vi kan skabe dyb viden om virkeligheden, særligt med fokus på, hvorfor tværsamarbejde kan ses som et relevant perspektiv ift. at skabe strukturel forandring via Diabetesbussen (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 280–281).

Således vil resultaterne fra dette speciale være socialt konstrueret, og vil i princippet kun være gældende for initiativet med Diabetesbussen, netop for den periode vi har lavet undersøgelsen. Med en rationel dømmekraft vil vi dog kunne holde resultaterne op mod den intransitive virkelighed. Herved vil resultaterne således kunne bruges i relation til andre initiativer, hvor en forståelse og forklaring af mekanismerne omkring et tværsamarbejde, vil være vigtige for en gennemførelse med gode resultater (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 286).

### 4.2 Dybde og kompleksitet i praksis

Ud fra tesen om, at virkeligheden udgøres af tre domæner: Det empiriske, det faktiske og det dybe domæne, befinder specialets undersøgelse sig i det spændingsfelt, der opstår mellem det dybe- og faktiske domæne, for på den måde at afdække de strukturer, betingelser og mekanismer, der ligger bag et tværsamarbejde i relation til Diabetesbussen. Det dybe domæne består af ikke-observerbare strukturer og

mekanismer, som under rette omstændigheder understøtter og skaber begivenheder i det faktiske domæne. Vi fravælger altså at tage udgangspunkt i et "fladt verdensbillede", der udgøres af det empiriske og faktiske domæne, hvor det antages, at når begivenhed A optræder i det faktiske domæne, så vil begivenhed B følge efter i samme domæne.

Vi anerkender i stedet, at specialets praksis finder sted i et åbent system, hvor virkeligheden indeholder komplekse objekter og aktører. Her vil strukturer tilknyttet det dybe domæne skabe en kapacitet til at virke på bestemte måder, hvilket kritisk realisme italesætter som kausale potentialer. Ligeledes afhænger objekters og aktørers modtagelighed over for bestemte påvirkninger, også af strukturer på det dybe domæne (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 282). Denne ontologiske konstruktivistiske og realistiske tilgang, vil desuden blive afspejlet i vores valg af teori og metode som beskrives i afsnit 4.4. Vi erkender, at sociale strukturer eksisterer forud for aktørerne, og er en vigtig betingelse for aktørernes aktiviteter, men samtidig ikke eksisterer uafhængigt af disse aktiviteter.

### 4.3 Aktører og strukturer

Ud fra ønsket om at opnå en dybere viden om faktorer, der kan have betydning for implementeringen af et projekt som Diabetesbussen, som et element i at skabe strukturelle forandringer i sundhedsvæsenet, har vi valgt at undersøge, hvad der påvirker tværsamarbejdet. Dette valg er truffet gennem abstraktion, hvor vi i tanken har isoleret "tværsamarbejde" som værende den mest betydningsfulde mekanisme ifm. at få initiativet til at fungere (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s.304-305). For at undersøge denne mekanisme kræves der et blik på samspillet mellem aktører og sociale strukturer. Ud fra en kritisk realistisk tilgang ses aktør-struktur forholdet som samfundsvidenskabens vigtigste tematik at begrebsliggøre, og aktør-struktur forholdet vil derfor i mere eller mindre grad gøre sig gældende i specialets teoretiske og dertilhørende metodiske valg i specialet.

Aktør-struktur-sammenspillet kan analytisk forstås, som en endeløs række af cyklusser der medinddrager 1) strukturelle betingelser, 2) social interaktion og 3) strukturel udvikling.

Strukturelle betingelser indbefatter, at aktører vil blive konfronteret med objektive strukturer. Det betyder, at strukturerne vil påvirke aktørerne uanset, hvordan aktøren opfatter dem eller om aktøren overhovedet opfatter strukturens tilstedeværelse. De strukturelle betingelser både muliggør og begrænser sociale aktiviteter. Strukturelle positioner fremtvinger ikke aktørernes handlinger, men de har en objektiv indflydelse, som indsnævrer handlerummet (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 292–293).

Det andet trin i cyklussen er social interaktion, som omhandler de menneskelige aktiviteter. Disse aktiviteter er qua første trin, altid strukturelt betingede, men aldrig strukturelt determinerende. Det hænger sammen med, at individet kan udvise egenskaber som refleksivitet, strategisk sans, rationale, kreativitet og følelsesmæssige reaktioner. En aktør bliver aldrig kun præsenteret for en struktur, men vil altid blive

mødt med et netværk af indbyrdes forbundne strukturer såsom økonomiske, videnskabelige og kulturelle strukturer. På den baggrund vil social interaktion finde sted i en kompleks kontekst af fænomener og strukturer, som er relateret til andre strukturer. Derfor kan det være svært at forudsige konsekvenserne af en given social interaktion, som i dette speciale konkret handler om tværsamarbejde. Hertil skal det fremhæves, at aktøren sjældent har fyldestgørende viden om en given kontekst, som de befinder sig i, og derfor fortolker aktøren sin egen virkelighed. Det har den konsekvens, at deres forestillinger, ofte i samspil med andre aktører, kan blive påvirket af de fremherskende ideer og diskurser der findes i samfundet (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 293–294).

Sidste trin i cyklussen er strukturel udvikling. Aktørernes sociale interaktion og aktiviteter indebærer samtidig en udvikling i den strukturelle kontekst. Den strukturelle kontekst har eksisteret forud for den sociale interaktion. Derfor vil den strukturelle udvikling være et udtryk for, at aktørernes aktiviteter genskaber eller omdanner de eksisterende strukturer. Herfra indledes starten på en ny cyklus (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 294).

I specialet vil vi gennem analyse af både interview og policy dokumenter forsøge at identificere denne cyklus for på den måde at beskrive, hvordan praksis tager sig ud. Ikke bare ift. observerbare begivenheder, men også ift. det, som finder sted i det dybe og ikke observerbare domæne. Dette ud fra et ønske om at skabe viden om, hvorfor tværsamarbejde kan ses som en væsentlig faktor ift. en succesfuld implementering og drift af Diabetesbussen, der muliggør lige adgang til sundhedsvæsenet for sårbare diabetespatienter.

#### 4.4 Valg af teori og metode

Kritisk realisme er en videnskabsteori, som ikke tilbyder et indholdsmæssigt teoretisk perspektiv på den sociale virkelighed, og er, hvad angår samfundsvidenskabelig praksis og metode, dermed pluralistisk. Derfor har det været op til os at vurdere hvilke teorier og metoder, der er relevant at inddrage i specialet, i relation til at analysere den sociale virkelighed, som Diabetesbussen indgår i (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 300).

Med afsæt i en kritisk realistisk tankegang, vil vi anvende en system-orienterede tilgang som metodede-sign. Dette ud fra, at den sociale virkelighed er et åbent system, hvor de virkelige og reelt tilstedeværende kræfter i det dybe domæne, altid vil indgå i et komplekst multikausalt sammenspil, hvorfor der ikke eksisterer empiriske regelmæssigheder (Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 283). Vi anvender den system-orienterede tilgang, da den med et helhedsorienteret perspektiv, som bygger på et mangfoldigt grundlag af teorier og metoder, ligger i tråd med en ontologisk realistisk tilgang. Således mener vi, at tilgangen understøtter ideen om at undersøge de underliggende strukturer og mekanismer ift. Diabetesbussen, som en indsats, der kan skabe forandring.

Desuden inddrages teorier om relationel koordinering og nærhed, for at opnå en dybdegående analyse og forklaringskraft af specialets perspektiv på tværsamarbejde. Disse teorier er valgt ud fra en abduktiv tilgang. Teorierne beskrives ikke eksplicit, at de ligger i forlængelse af kritisk realisme, men har dog samme omdrejningspunkt som kritisk realisme, da de ud fra vores forståelse alle tager afsæt i et aktør-struktur-sammenspil.

## 5. Den System-orienterede tilgang

Vi vil i dette afsnit redegøre for den system-orienterede tilgangs helhedsorienterede perspektiver og metodiske analyseværktøjer. Vi vil desuden præcisere, hvordan vi har valgt at anvende den system-orienterede tilgang som specialets metodedesign. Slutteligt diskuterer vi den system-orienterede tilgangs legitimitet.

### 5.1 At evaluere påvirkninger - ikke resultater

På baggrund af WHO's publicering af tidsskriftet 'Health Policy and Systems Development: An Agenda for Research' i 1996, blev der i 1999 etableret netværket 'Health Policy and Systems Research' (HPSR) (Bennett et al., 2018, s. 1). En øget interesse for HPSR har gennem de sidste 20 år været med til at legitimere forskningen inden for sundhedspolitik, samt forståelsen af *den system-orienterede tilgang* (SOT). Bevæggrundene har været en bred anerkendelse af, at stærke sundhedssystemer er vigtige for befolkningens sundhed. Samtidig har et paradigmeskifte været med til, at et ensidigt fokus på sygdom og behandling, er afløst af et mere integreret og system-fokuseret perspektiv på sundhedsvæsenet (Bennett et al., 2018, s. 2). Et system-fokuseret perspektiv bliver især vigtigt at medinddrage ved fokus på forandringer og implementering af nye tiltag i sundhedsvæsenet, da sundhedsvæsenet på flere forskellige måder anses som en kompleks kontekst. Komplexiteten opstår fordi konteksten 1) involverer flere forskellige aktører, der skal interagere med hinanden. 2) Konteksten man befinder sig i ændres fortløbende. 3) Aktører i systemet tillærer sig nye færdigheder og inddrager nye handlingsmønstre over tid ved et nyt tiltag (Peters, 2014, s. 2).

Ud fra vores tidligere redegørelse af Diabetesbussen som projekt, vurderer vi, at Diabetesbussen på samme måde også indgår i en kompleks kontekst. Da SOT ansporer til at se med et helhedsorienteret perspektiv på organisationen, vil vi således kunne undersøge, hvordan et initiativ som Diabetesbussen interagerer og påvirker aktører, organisationen og strukturer, som er tilknyttet bussen (Egan et al., 2019a, s. 4). Det er på den baggrund, at vi har valgt at benytte SOT i dette speciale.

Ved at inddrage SOT i specialet, får vi begreber og værktøjer til kvalitativt at undersøge og evaluere det samarbejde, der er tilknyttet et tiltag som Diabetesbussen. Dermed har vi også fravalgt at benytte andre projekt- og implementeringsevalueringer, hvor fokus er på en enkeltstående intervention med et tilknyttet prædefineret og målbart resultat, som skal afgøre om en intervention og implementering er vellykket. Sådanne tilgange er mere rigide, og kan ikke på samme måde tilpasses foranderlige og komplekse omstændigheder, som sundhedsvæsenet byder (Egan et al., 2019a, s. 4).

På baggrund af anerkendelsen af, at systemer i sundhedsvæsenet er komplekse og konstant ændrer sig, har SOT derfor ikke til hensigt at ville levere definitive svar, og retter sig ikke mod specifikke resultater for et tiltag. Derimod er der fokus på forandringer og påvirkninger i et system. Samtidig kan SOT være



med til at undersøge de spørgsmål og problematikker, som er komplekse og svære at måle, men ikke desto mindre har en potentiel vigtig rolle, ift. at tilrettelægge hensigtsmæssige sundhedsstrategier. SOT kan derfor være med til at informere beslutningstagere om, hvilke fordele og ulemper, der er ved et tiltag på tværs af systemet og aktører. Formålet bliver derfor at give en indikation på den vej et nyt tiltag som Diabetesbussen skal gå, i stedet for en sluttelig evaluering på et prædefineret resultat (Egan et al., 2019a, s. 12, 2019b, s. 5).

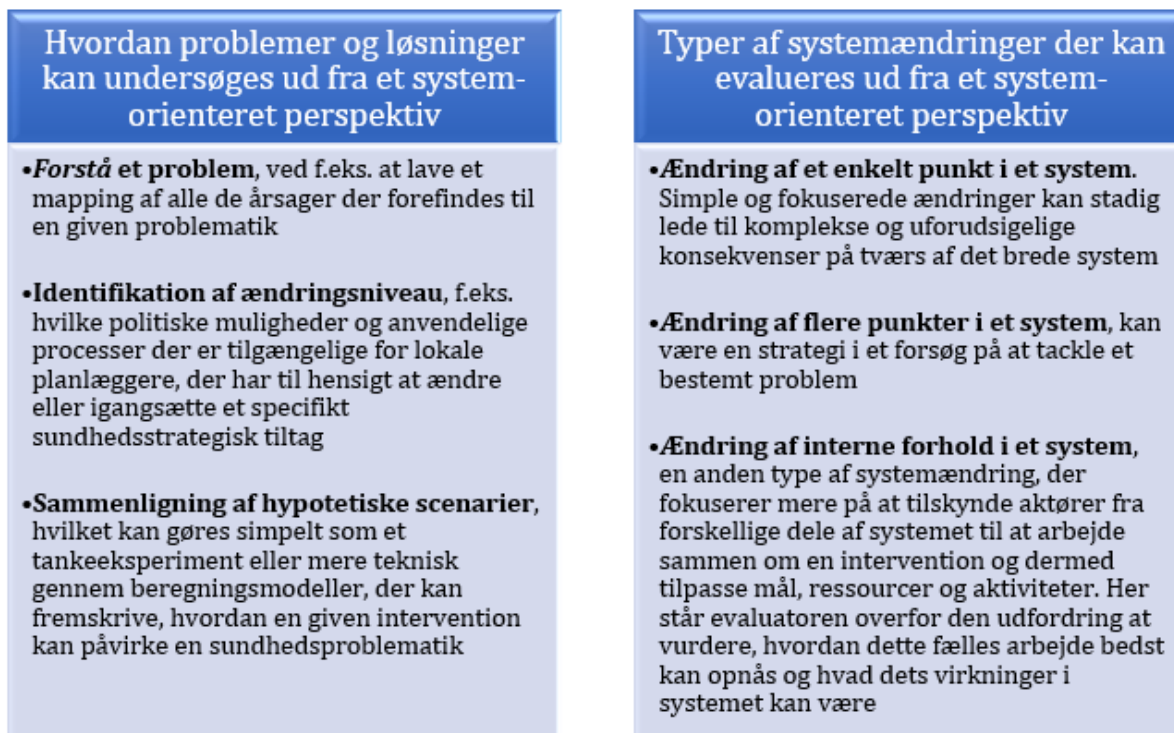
Vores speciale vil derfor, ved brug af en kvalitativ undersøgelse, evaluere tværsamarbejdet i relation til Diabetesbussen. I initiativbeskrivelsen for Diabetesbussen er der listet forskellige evalueringspunkter op, som alle er målbare, også for et tværsamarbejdet (Steno Diabetes Center Sjælland, 2019, s. 11). Dermed bidrager vores speciale med et andet perspektiv til SDCS evalueringsform og succeskriterier for Diabetesbussen.

## 5.2 Fokusområde

Da vi betragter initiativet med Diabetesbussen ud fra SOT, giver det specialet et fokus mod følgende (Egan et al., 2019, s. 7):

- Hvordan forskellige individer, populationer, organisationer og sektorer relaterer til hinanden.
- Hvordan specifikke aktiviteter og forandringer i en del af sundhedsvæsenets system eventuelt påvirker andre dele af systemet - og nogle gange på uventet vis.
- Hvordan man bringer mere synergi og sammenhæng mellem forskellige aktiviteter i systemet.

Punkterne har inspireret os til, hvilke perspektiver vi overordnet skulle tage i betragtning, særligt i starten af vores specialeskrivning, ift. at påbegynde en undersøgelse af Diabetesbussen. Ved indledende møder med initiativgruppen til Diabetesbussen, fik vi en større indsigt i Diabetesbussen som projekt. Herfra kunne vi mere specifikt identificere, at den form for systemændring i sundhedsvæsenet, som Diabetesbussen bibringer, retter sig mod punktet 'Ændring af interne forhold i et system', som vist i figur 1 nedenfor. Den form for systemændring taler også ind i et perspektiv rettet mod tværsamarbejde. Derudover fandt vi det også interessant at undersøge de politiske samarbejdsaftaler, der ligger bag Diabetesbussen ved en tekstnær analyse, hvilket der redegøres yderligere for i afsnit 7.3 og 8.2. Vi vurderer, at de politiske samarbejdsaftaler kan udgøre en aktør i relation til Diabetesbussen. Samtidig placerer de politiske samarbejdsaftaler sig i punktet "Identifikation af ændringsniveau". Vi vurderer hertil, at de politiske samarbejdsaftaler for Diabetesbussen kan være handleanvisende for aktørerne tilknyttet Diabetesbussen.



Figur 1. Hvad en system-orienteret tilgang kan bruges til (Egan et al., 2019b, s. 8-9).

Vi finder det derfor særligt relevant at fokusere på 'Ændring af interne forhold i et system' samt 'Identifikation af ændringsniveau'. Dette for at kunne afdække, hvad der påvirker et samarbejde i tilknytning til Diabetesbussen, som går på tværs af sektorer og fagligheder, og hvorfor et perspektiv på interne forhold og heri tværsamarbejde er vigtigt ift. et projekt som Diabetesbussen.

### 5.3 Metoder tilknyttet system-orienterede tilgange

På baggrund af vores valg om, hvilket fokus SOT giver vores speciale, er der særligt to relevante metoder inden for SOT, som vi vil anvende, hvilket er (Egan et al., 2019a, s. 9, 2019b, s. 15-16):

- **Kvalitativ undersøgelse betragtet ud fra et systemisk perspektiv:** En relevant måde at inddrage SOT i vores projekt, er ved at indarbejde det i vores kvalitative metodadesign og interview. Derfor involverer vores speciale en bred deltagelse af aktører, der er tilknyttet Diabetesbussen. Fokus er rettet mod aktørernes interne forhold og forandringer i systemet på baggrund af Diabetesbussen. Derfra analyserer vi, hvordan forskellige dele af systemet påvirker hinanden, og hvordan aktørerne hver især oplever og responderer på Diabetesbussen som et nyt tiltag.
- **Netværksanalyse:** Indebærer en netværkskortlægning af, hvordan forskellige aktører, organisationer m.m. forbindes til hinanden. Når dette anvendes, inkluderer det også at identificere de vigtigste aktører i netværket, og om nogle dele af et netværk er afskåret. En netværksanalyse kan hjælpe med at forstå, hvordan Diabetesbussen påvirker et system.

En netværksanalyse er med til at give et overblik af det bredere perspektiv for et tiltag, både aktører og organisationen bag. Samtidig skal det understøttes af indsigtfuld information omhandlende relationer aktørerne imellem, og hvordan en forandring som diabetesbussen påvirker forskellige dele af systemet. Informationen skabes på baggrund af den kvalitative undersøgelse, der involverer deltagelse fra flere forskellige aktører i systemet, som kan berette om de nævnte forhold (Egan et al., 2019a, s. 6, 2019b, s. 15).

## 5.4 Kritisk vurdering af SOT

Overordnet set har der inden for folkesundhedsvidenskaben været mange forskellige undersøgelsesmetoder i fokus gennem årene. Derfor finder vi det også vigtigt at forholde os til, om SOT blot er endnu en trend, eller om tilgangen inden for folkesundheden kan være en løsning, der tilbyder anvendeligt indsigt, til at kunne forstå og handle i en kompleks kontekst. Hertil er det nævneværdigt, at SOT har fået en stærk tilstedeværelse inden for den videnskabelige forskning i de senere år (Haynes et al., 2020, s. 1-3). For mange tilbyder SOT værdifulde perspektiver, værktøjer og strategier for bedre at kunne forstå en problemstilling i en given kontekst, og kan potentielt være med til at styrke sundhedspolitikken i en retning som er mere inkluderende, effektiv og bæredygtig (Haynes et al., 2020, s. 3; Peters, 2014, s. 4).

SOT's udvikling gennem de sidste 20-30 år gør, at forskellige videnskabelige discipliner har bidraget, f.eks. biologi, antropologi, psykologi, teknologi samt management teorier. Netop det samarbejde har været med til at give SOT sit anerkendte helhedsorienteret perspektiv på folkesundheden. Samtidig er det også med til, at SOT bygger på et mangfoldigt grundlag af teori og metoder, hvilket har skabt en kritisk refleksion over anvendelse og grundlag for SOT (Peters, 2014, s. 2). Ifm. denne kritiske refleksion argumenteres der for, at sammenfatningen af teorier og metoder, forvirrer mere end den gavner (Peters, 2014, s. 1). Vi kan dog ud fra nyere implementeringsguides identificere, at den nuværende forskning tager udgangspunkt i, at SOT nu antager sin egen form, hvor tidligere teorier og metoder er inkorporerede. Derved er der skabt større konsensus ift. italesættelse og brug af begreber og metode (Egan et al., 2019a, 2019b).

## 6. Teorier om tværsamarbejde

På baggrund af vores problemformulering og i forlængelse af SOT, er det oplagt, at vi inddrager yderligere teoretiske perspektiver på tværsamarbejde, som skal være med til at understøtte den videre analyse af empirien.

Valget af de teoretiske positioner er fremkommet undervejs i arbejdet med gennemlæsning af interviews og tidlige stadier i analysen. Årsagen til denne abduktive tilgang er, at vi på den måde har kunne få en fornemmelse af, i hvilken retning vores respondenter omtalte, gjorde brug af og blev påvirket af et samarbejde på tværs af sektorer og fagligheder. Vi har i kontekstfeltet, afsnit 3.2, givet et overordnet indblik i nogle af de forskellige perspektiver, hvormed man kan anskue tværsamarbejde. Men til vores videre analyse, har vi haft brug for at anvende helt konkrete perspektiver på tværsamarbejde, som tager direkte udgangspunkt i Diabetesbussen kontekst. Dette for at få en dybere forståelse og forklaringskraft af, hvad der påvirker et tværsamarbejdet i relation til Diabetesbussen.

### 6.1 Relationel koordinering

I det følgende vil vi, med udgangspunkt i SOT, hvor bl.a. netværk og relationer er i fokus, præsentere og argumentere for relevansen af at inddrage den amerikanske professor Jody Hoffer Gittells (2009) teori om *Relationel Koordinering* (RK) i dette speciale. Diabetesbussen er et forsøg på at skabe mere lighed i adgangen til sundhedsvæsenet gennem en opsøgende indsats, der kræver en stor berøringsflade med mange aktører fra forskellige sektorer. Derfor kan RK som begreb og greb forstås som ét af elementerne i et samarbejde, og dermed være relevant at benytte til analysen, for at belyse de tendenser, vi har fundet i empirien.

Hovedpunkterne i Gittells handlingsanvisende teori fokuserer på koordinering og kommunikation i arbejdsprocesser, der går på tværs af faglige funktioner (Gittell, 2011, s. 16). RK kan ifølge Gittell anvendes som metode til optimering af samarbejdet omkring en kerneopgave. Således beskrives det, hvordan samarbejde mellem fagprofessionelle på tværs af ledelsesområder har en positiv indvirkning på opgaveløsningens samlede kvalitet, effektivitet og medarbejdertilfredshed, samt hvordan relationer mellem ansatte koordineres på en fordelagtig måde (Gittell, 2009, 2012). Teorien fokuserer på, at der organisatorisk skal støttes op om medarbejdernes kommunikation og kerneopgaver, med blik for opgaveløsningen set i en større sammenhæng, samt behovet for velfungerende kommunikationskanaler, der understøtter dialog mellem ledere og medarbejderne (Lehn-Christiansen, 2016, s. 79).

Gittell definerer RK som: "... en koordinering af arbejde ved hjælp af fælles mål, fælles viden og gensidig respekt." (Gittell, 2009, s. 28).

Herved koordineres arbejdet ved hjælp af relationer, der har fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. Samtidig er kommunikation et nøgleelement, som skal foregå med den rette timing, være forståelig, tilpas hyppig og præcis og problemløsende for at øge den relationelle koordinering (Gittell, 2012, s. 22).

Ligeledes har relationerne en betydning for måden, vi kommunikerer på, og dermed er kommunikation og relationer gensidigt påvirkelige. Det er således i samspil mellem kommunikation og relationer, at der opstår positive synergieffekter som øget kvalitet, effektivitet og medarbejdertilfredshed (Gittell, 2012, s. 39–40) Som det fremgår af figuren nedenfor, kan processen også foregå med modsat fortegn og derved resultere i et kontraproduktivt samarbejde. Derfor bør indsatsen også være fokuseret på alle syv egenskaber ved medarbejderens koordinering og kommunikation, hvis man vil øge den relationelle koordinering (Gittell, 2011, s. 22).



Figur 2. De syv dimensioner af RK, og hvordan de påvirker hinanden

### 6.1.1 Fælles mål

Denne del handler ifølge Gittell om at have samme opfattelse af kerneopgaven i en organisation, og hvorvidt dem som skal løse en opgave sammen, arbejder ud fra et fælles mål. Hun argumenterer for, at effektiv koordinering afhænger af, at deltagerne har et fælles mål for den arbejdsproces, de er involverede i. Det væsentlige er at kommunikere og koordinere med hinanden, for at integrere egen opgaveløsning med andres, med fokus på at nå fælles mål (Gittell, 2011, s. 19).

I specialet vil det derfor være relevant at undersøge, hvorvidt de ansatte på Diabetesbussen og de ansatte på forsorgshjem, bo- og væresteder har et fælles mål for målgruppen, eller om der styres efter egne mål og succeskriterier. Ifølge Gittel kan det nemlig have negative konsekvenser, hvis de ansatte forfølger deres egne mål, uden at tage hensyn til de overordnede mål for den arbejdsproces, de deltager i (Gittell, 2011, s. 19). Gittel påpeger desuden, at fælles mål øger personernes motivation for at engagere sig og sandsynligheden for, at de vil anvende problemløsende kommunikation, i stedet for at fralægge sig et ansvar, hvis der opstår problemer. (Gittell, 2011, s. 21).

### 6.1.2 Fælles viden

Gittell beskriver, at fælles viden handler om, i hvor høj grad de enkelte ansatte kender og forstår hinandens faglighed, vilkår og opgaver og er bevidste om, hvordan de hver især bidrager til helheden. Det

handler ikke om at kunne udføre hinandens jobfunktioner, men om at kende og forstå dem. Et fælles mål på tværs af funktioner og afdelinger, kræver fælles viden om den tværgående arbejdsproces i sin helhed. Ikke blot viden om egen funktion i processen (Gittell, 2011, s. 20–21).

Derfor kan en svag indbyrdes forståelse og vidensdeling ifølge Gittell let føre til misforståelser og mindre sammenhæng i opgaveløsningen. I analysen af interviewene vil vi derfor undersøge, om aktørerne omkring Diabetesbussen formår både at udveksle oplysninger om målgruppens fysiske og psykiske ressourcer og dagsform, og ligeledes betydningen af Diabetesbussens formål og muligheder. Hvis dette ikke er tilfældet, risikerer aktørerne måske kun at have blik for deres egen funktion, uden forståelse af egen funktions sammenhæng med andres opgaveløsning. Gittell argumenterer ydermere for, at en fælles viden om andre funktioners bidrag til den samlede opgaveløsning, vil gøre det lettere for alle at kommunikere præcist og rettidigt med hinanden (Gittell, 2011, s. 19–20).

### 6.1.3 Gensidig respekt

Gittell argumenterer for, at gensidig respekt handler om, hvorvidt de forskellige faggrupper respekterer hinanden for deres bidrag til den fælles opgaveløsning. Mangel på respekt vil ifølge Gittell få negativ afsmittning på de øvrige aktørers engagement, det indbyrdes samarbejde og hermed på kvaliteten i den fælles opgaveløsning. Effektiv koordinering afhænger af personer, der har respekt for andre personer i samme arbejdsproces. Det er derfor vigtigt at anerkende, hvordan andres opgaveløsning bidrager til den tværgående opgaveløsning og til det fælles mål. Vi er derfor interesserede i at undersøge, hvorvidt aktørerne anerkender hinandens forskellige opgaver og respekterer de vilkår, som de hver især arbejder under.

Respekt for andres arbejde og kompetencer skaber ifølge Gittell et stærkt bånd, som kan få de ansatte til at værdsætte andres bidrag, og overveje virkningen af deres handlinger hos andre. Desuden får det indflydelse på lysten til at kommunikere og koordinere med hinanden om den overordnede arbejdsopgave på tværs af faggrupper, afdelinger og sektorer. Det betyder, at respekt vil øge sandsynligheden for at opbygge en større fælles viden, der vil bidrage til præcis og problemløsende kommunikation (Gittell, 2011, s. 20).

### 6.1.4 Kommunikation

I det følgende vil det andet element af samarbejde blive beskrevet, som den kommunikation, der foregår mellem parterne. For at opnå velfungerende kommunikation har Gittell opstillet fire egenskaber. De første to handler om, *hvornår* der kommunikeres, de sidste to om *hvordan*.

#### **Hypig og rettidig kommunikation**

Gittell argumenterer for, at medarbejderne skal kommunikere tilstrækkeligt ofte for at kunne løse deres fælles opgaver, samt at kommunikationen skal tilpasses, så de involverede kan nå at bruge informationen

meningsfuldt i deres arbejde. Desuden påpeges det, at timing kan være problematisk, når der skal koordineres i indbyrdes afhængige arbejdsprocesser. Kommunikationen risikerer ifølge Gittell at virke forstyrrende eller irrelevant for opgaveløsningen, hvis den forekommer for hyppigt, for sjældent eller er tilpasset forkert, hvilket kan have konsekvenser for samarbejdet og organisationen. I dette speciale er det derfor relevant at undersøge, hvilken betydning det har for Diabetesbussen mulighed for at indfri projektets formål, at de mange involverede aktører omkring Diabetesbussen, får tilpas hyppig og rettidig kommunikation. Desuden udvikles grundlaget for tillidsfulde og respektfulde relationer gennem hyppig kommunikation (Gittell, 2011, s. 17–18). Dette vil derfor også være vigtigt at have for øje, når man opstarter et projekt som Diabetesbussen, der ikke følger de gængse veje i sundhedsvæsenet og derfor kræver nye samarbejdsrelationer.

### **Præcis og problemløsende kommunikation**

Effektiv koordinering af arbejdet afhænger også af præcis og problemløsende kommunikation. Gittell argumenterer for, at kommunikationen skal være målrettet og forståelig for de involverede deltagere, og der skal ligeledes være fokus på at løse problemer, fremfor at fralægge sig ansvaret. Nøjagtigheden af kommunikationen påvirker troværdigheden. Indbyrdes afhængighed i opgaveløsningen kan resultere i problemer, der kræver fælles problemløsning. Derfor kræver en effektiv koordinering ifølge Gittell, at de involverede engagerer sig i problemløsende kommunikation (Gittell 2011, s. 18-19).

En afgørende pointe i teorien er, at relationer og kommunikation gensidigt påvirker og forstærker hinanden. Dels er kommunikationen med til at udvikle relationerne, og dels præger relationerne den kommunikation, der bærer den praktiske koordinering. Selvom kommunikation bliver givet rettidigt og præcist, sker det, at den ikke altid bliver hørt, eller der ikke bliver reageret på den, hvis modtageren eksempelvis ikke respekterer afsenderen. Samme situation kan opstå, hvis afsender og modtageren mangler fælles mål eller viden og derfor misforstår eller ikke er motiveret til at reagere på kommunikationen (Gittell, 2012, s. 31–32).

#### *6.1.5 Relationel koordinering frem for individorienteret relation*

Ifølge Gittell er det vigtigt aktivt at koordinere med andre, når egen opgaveløsning påvirker andres arbejde i den tværgående arbejdsproces. Lykkes det, er der evidens for en relevant arbejdsprocesforbedring, der gør det muligt for en gruppe, en afdeling og på tværs af afdelinger at forbedre kvaliteten i kerneydelsen og øge effektiviteten (Gittell, 2009).

Ved at sætte fokus på betydningen af relationer og kommunikation, kan RK skabe en kultur for vidensformidling og samarbejde omkring en kerneopgave. Derfor er formålet med RK, ikke blot at skabe gode relationer mellem specifikke individer, men at opbygge et kodeks eller en række normer for, hvordan forskellige roller kan bidrage til samarbejdet om en given opgave (Gittell, 2009, s. 19). Relationer baseret på roller har den fordel, at de ikke er forankret hos enkelte medarbejdere, og dermed er mindre sårbare

over for udskiftning blandt personalet. Ligeledes er det lettere at nedfælde rollebaserede relationer i arbejdskulturen, og det gør den enkelte medarbejder i stand til at udføre sin egen rolle, men med fokus på den større helhed. Indsatsen for at forbedre RK initieres derfor ikke på individniveau, men på organisatorisk niveau med en forventning om, at de enkelte medarbejdere vil agere i henhold til den tværfaglige samarbejdskultur (Gittell, 2012, s. 34–35). Denne del vil således være et vigtigt opmærksomhedspunkt vi vil tage med i analysen af interviewene.

### 6.1.6 Kritisk vurdering af relationel koordinering

RK har vundet stort indpas i danske offentlige organisationer, i første omgang specielt i sygehussektoren, da denne kontekst bedst kan sammenlignes med det, som Gittells tidlige forskning om effekten på interorganisatorisk samarbejde, tager udgangspunkt i. Populariteten skyldes bl.a., at Gittell har stort fokus på effektmåling af RK, der taler direkte ind i de øgede krav om evidensbaserede interventioner i sundhedsvæsenet (Lehn-Christiansen, 2016, s. 80). Således henvender RK sig til de politiske beslutningstagere, der har brug for effektivitet og kvalitet. Samtidig gør teoriens enkelthed, at praktikere på alle niveauer forstår og kan anvende teorien til at løse komplekse problemstillinger (Gittell, 2016, s. 7–8).

Kritikere af teorien mener dog, at man bør være opmærksom på, at teorien er udsprunget fra luftfartsbranchen, som ikke på samme måde rummer den uforudsigelighed og kompleksitet, som mange patientforløb med multisyge og kronikere skal balancere. Derfor kan det også diskuteres, om metoden indfanger kompleksiteten for konteksten og tværsamarbejdet. Desuden er et blik på de nationale forskelle på sundhedsvæsenet i USA og Danmark også et vigtigt opmærksomhedspunkt, hvor specielt opgavefordelingen mellem privat og offentlig er afvigende (Lehn-Christiansen, 2016b, s. 81–82).

Sine Lehn-Christiansen (2016a) har ud fra en diskursanalyse af forskellige begreber for tværsamarbejde, fundet hovedmålet for de forskellige diskurser. Heri argumenterer hun for, at RK's hovedformål er rettet mod organisationsudvikling, og at øge kvaliteten i sundhedsydelsen gennem styrket opgavekoordinering med fokus på professionelle relationer og intern kommunikation. Derfor flyttes fokus væk fra, at et tværsamarbejde også kan være med til at understøtte de professionelles læring (Lehn-Christiansen, 2016a, s. 11–12). Dette perspektiv findes også i Højholdts beskrivelse af det lærende tværsamarbejde: *“Tværprofessionelle læreprocesser handler kort fortalt om det fænomen, at professionelle i professionelle organisationer deltager i læreprocesser med henblik på at lære nyt og blive i stand til at agere mere kvalificeret i fremtiden på baggrund af denne læring.”* (Lehn-Christiansen, 2016a, s. 12)

Ved denne beskrivelse bliver læring både et mål og middel, dvs. at læring både er det, som skal få de professionelle til at arbejde bedre sammen og læringen er også et produkt af samarbejdet (Lehn-Christiansen, 2016a, s. 12).



Det lærende tværsamarbejde sammenholdt med RK, får derfor to forskellige hovedformål, hvorfor vi i vores analyse må forholde os til, hvilken form for tværsamarbejde vores respondenter italesætter, så vi kan nuancere analysens fortolkninger.

Med RK kan vi få et blik for nogle af de barrierer og fordele, der opstår i tværsamarbejdet omkring Diabetesbussen, men det kan ikke forklare alt. Med teorierne om nærhed, som præsenteres nedenfor, kan vi komme et lag dybere til at forstå og forklare, hvordan strukturelle udfordringer på grund af manglende teknologisk, geografisk og organisatorisk nærhed mellem aktørerne, påvirker den relationelle koordinering i det tværorganisatoriske samarbejde. Der argumenteres for, at RK til en vis grad kan afbøde sådanne udfordringer (Otte-Trojel et al., 2017), mens andre perspektiver i litteraturstudiet er mere kritiske og mener, at manglende nærhed hindrer udvikling og opretholdelse af koordineringssammenhænge (Knoben & Oerlemans, 2006).

Efter interviewene mener vi, at teorierne om nærhed vil være oplagte, som supplement til teorien om RK, for at opnå en bedre forståelse for de strukturer og mekanismer, der påvirker aktørerne omkring Diabetesbussen og deres muligheder for tværsamarbejde.

## 6.2 Teori om nærhed

På baggrund af fundene i interviewene og den efterfølgende meningskondensering har vi fundet det anvendeligt at inddrage en teoretisk ramme, der omhandler begrebet *nærhed* præsenteret af J. Knoben & L.A.G. Oerlemans (2006) i et litteratur review, samt inspireret af Terese Otte-Trojel et al. (2017). Baseret på denne litteraturgennemgang skelnes der mellem tre dimensioner af nærhed, der har relevans i det tværorganisatoriske samarbejde: Geografisk nærhed, organisatorisk nærhed og teknologisk nærhed (Knoben & Oerlemans, 2006).

Nærhedsbegreberne har ifølge Knoben & Oerlemans indtaget en fremtrædende position i den videnskabelige litteratur, der beskæftiger sig med tværorganisatorisk samarbejde, innovation og regional økonomisk udvikling (Knoben & Oerlemans, 2006, s. 71).

Fordi Diabetesbussen som koncept, netop kun eksisterer ved at være en mobil løsning, som arbejder på tværs af flere forskellige organisationer med forskellige arbejdsredskaber til brug ved f.eks. kommunikation, finder vi det særdeles relevant at undersøge, hvordan det præger tværsamarbejdet, når der ikke altid er mulighed for geografisk, organisatorisk og teknologisk nærhed. Vi vil i det følgende tydeliggøre definitionerne for disse tre dimensioner af nærhed.

### 6.2.1 Geografisk nærhed

Geografisk nærhed, der beskrives som territorial, geografisk, lokal eller fysisk nærhed er den mest anvendte dimension af nærhed i litteraturen. Mange undersøgelser angiver ikke eksplicit, geografisk nærhed, men bruger kun udtrykket "nærhed". Definitionen af dimensionen nærhed varierer en smule mellem

forskellige forfattere (Knoben & Oerlemans, 2006, s. 73–74). Ifølge Otte-Trojel et al. omhandler geografisk nærhed: "*i hvilket omfang to [eller flere] samarbejdende aktører kan have daglige face-to-face relationer uden uoverkommelige omkostninger*" (Otte-Trojel et al., 2017, s. 77) [vores oversættelse]. Knoben & Oerlemans argumenterer for, at betydningen af geografisk nærhed i tværorganisatorisk samarbejde er, at korte geografiske afstande letter interaktioner ansigt til ansigt (både planlagt og tilfældigt), og fremmer derfor vidensoverførsel og innovation. Ræsonnementet bag de forskellige definitioner er, at korte geografiske afstande bringer organisationer sammen, prioriterer interaktion med en høj grad af informationsrigdom, og gør udvekslingen af især stiltiende viden mellem aktører nemmere (Knoben & Oerlemans, 2006, s. 74).

Ifølge Knoben & Oerlemans har flere forfattere (f.eks. Gallaud og Torre 2004, 2005; Hyypiä og Kautonen 2005; Torre og Rallet 2005) fremsat begrebet *midlertidig geografisk nærhed*. Dette begreb indebærer, at aktørerne ikke har brug for konstant geografisk nærhed ved et samarbejde. Møder, korte besøg og midlertidig samplacering kan være tilstrækkeligt til, at aktørerne kan opbygge andre former for nærhed (f.eks. organisatorisk), som efterfølgende muliggør samarbejde over store geografiske afstande. Desuden kan det hævdes, at geografisk nærhed kun er nødvendig i visse faser af et samarbejde (Knoben & Oerlemans, 2006, s. 74). Selvom idéen om midlertidig geografisk nærhed synes plausibel, mangler der ifølge Knoben & Oerlmans fortsat empirisk test af denne idé.

### 6.2.2 Organisatorisk nærhed

Organisatorisk nærhed lider ifølge Knoben & Oerlemans under en relativ høj grad af begrebsmæssig tveetydighed, da forskellige forfattere definerer organisatorisk nærhed på forskellige måder (Knoben & Oerlemans, 2006, s. 75). Otte-Trojel et al. argumenterer for, at organisatorisk nærhed dækker over dimensioner som f.eks. kognitiv, institutionel, kulturel og social nærhed, og defineres som: "*det sæt af rutiner – eksplicit eller implicit – der gør det muligt at koordinere uden på forhånd at skulle definere, hvordan det skal gøres*" (Otte-Trojel et al., 2017, s. 76) [vores oversættelse]. Derimod beskriver Knoben & Oerlemans, hvordan andre definerer organisatorisk nærhed som: "*aktører, hvis interaktioner lettes af (eksplicitte eller implicitte) regler og rutiner for adfærd, og som deler det samme system af repræsentationer eller en række overbevisninger*" (Knoben & Oerlemans, 2006, s. 75) [vores oversættelse], der er baseret på idéen om praksisfællesskaber.

Ræsonnementet bag organisatorisk nærhed er, at tværorganisatorisk samarbejde er mere effektivt og fører til bedre resultater, når den organisatoriske kontekst for begge interagerende partnere er ens, hvor ligheden skaber gensidig forståelse. Således har organisatorisk nærhed en evne til at kombinere information og viden fra de samarbejdende parter, samt overføre stiltiende viden og andre ikke-standardiserede ressourcer mellem parterne (Knoben & Oerlemans, 2006, s. 75).

## Teknologisk nærhed

Den teknologiske nærhed er ifølge Knobens & Oerlemans baseret på fælles teknologiske erfaringer og vidensgrundlag. Teknologisk nærhed henviser ikke til selve teknologien, men til den viden, aktører besidder om disse teknologier (Knobens & Oerlemans, 2006, s. 77). Otte-Trojel et al. beskriver, at definitionen af teknologisk nærhed er overlappende vidensgrundlag for to (eller flere) samarbejdende aktører. De formulerer, at organisatoriske deltagere måske kun har ringe kendskab til det arbejde, der udføres i de andre organisationer i netværket, og hvordan dette arbejde bidrager til færdiggørelsen af fælles opgaver. Deltagerne kan også have ringe kendskab om de patienter, der samarbejdes om, og som registreres i organisationernes journalsystemer. Som følge heraf, mener Otte-Trojel et al., at organisationernes journalsystemer også er en del af vidensgrundlaget og den teknologi, hvortil nærheden gælder. Alligevel kan infrastrukturer i informationssystemer variere på tværs af organisationer i netværket. En effektiv koordinering kan derfor kræve enten udvikling af et fælles informationssystem eller opnåelse af udveksling af oplysninger mellem eksisterende systemer (Otte-Trojel et al., 2017, s. 76–77).

Ifølge Knobens & Oerlemans skal organisationer med andre ord, være tilstrækkeligt ens i deres vidensgrundlag til at kunne anerkende de muligheder, som den anden aktørs viden giver, men anderledes nok til at bidrage med ny viden til tværororganisatorisk samarbejde. Jo mere forskellige organisationerne er inden for vidensgrundlaget, jo mere er der at lære, men jo vanskeligere bliver det også at lære. Teknologisk nærhed synes at svare til begrebet kognitiv nærhed, men der er en vigtig forskel. Kognitiv nærhed er et meget bredere begreb, der henviser til, i hvilket omfang aktører kan kommunikere effektivt, mens den teknologiske nærhed henviser til, i hvilket omfang aktørerne rent faktisk kan lære af hinanden. Man kan argumentere for, at kognitiv nærhed beskæftiger sig med hvordan aktører interagerer, mens den teknologiske nærhed beskæftiger sig med spørgsmålet om *hvad* de udveksler, og den potentielle værdi af disse udvekslinger (Knobens & Oerlemans, 2006, s. 78).

Det pointeres, at det er vigtigt at tage hensyn til alle tre dimensioner af nærhed, når der indgås et tværsamarbejde. En organisation kunne f.eks. fokusere på at skabe (midlertidig) geografisk nærhed, men det forekommer usandsynligt, at en sådan indsats bliver vellykket, uden tilstrækkelig organisatorisk og teknologisk nærhed (Knobens & Oerlemans, 2006, s. 87).

### 6.2.1 Kritisk blik på teorier om nærhed

Litteraturstudiet af Knobens & Oerlemans forsøger at skabe klarhed over, hvilke dimensioner af nærhed, der er relevante i det tværororganisatoriske samarbejde, og hvordan de defineres. De beskriver et videnshul i litteraturen om nærhed, og tvetydigheden ift. begreberne kan hindre fremtidig forskning på området (Knobens & Oerlemans, 2006, s.72). Dermed er det ikke en enkelt teori med klare definitioner, men en sammenfatning af flere studier til at bekræfte udsagnene, samt et udtryk for forfatterens analyse. Vi har dog set de tre dimensioners anvendelsesmuligheder i to nyere studier, et dansk studie (Madsen & Bureau,

2021) og et hollandsk studie (Otte-Trojel et al., 2017) som bidrager til inspiration til vores operationalisering af teorierne om nærhed.

Vi har hermed redegjort for de teoretiske positioner, vi har valgt at inddrage i dette speciale. I det følgende vil vi beskrive de metodiske overvejelser vi har gjort os ifm. indhentning af empirien. Her kommer vi bl.a. med en dybere beskrivelse af interviewguiden, der i høj grad udspringer af vores valg om at benytte SOT, som ud over en teoretisk position også er en metode.

## 7. Metodiske tilgange til indhentning af empiri

Dette afsnit indeholder en beskrivelse af de forskellige metoder, hvormed vi har indhentet empirien til analysen. Med udgangspunkt i SOT har vi fundet det relevant at indhente forskellige former for empiri både gennem interview og policy-dokumenter. Dette for at kunne udarbejde en analyse, som kan give os svar på, hvordan forskellige aktører, aktiviteter, organisationer osv. interagerer og påvirker hinanden ifm. med et projekt som Diabetesbussen. Desuden for at kunne give et svar på, hvorfor det er vigtigt at fokusere på at skabe rammer for tværsamarbejde, når der skal skabes forandringer, som kan være med til at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Først vil vi gennemgå metoden for den kvalitative interviewundersøgelse, hvorefter udvælgelsen af policy-dokumenter til dokumentanalysen beskrives. Afsnittet afsluttes med en beskrivelse af de litteratursøgninger, vi har foretaget, som har dannet vores vidensgrundlag i specialet.

### 7.1 Semistrukturerede interviews

Med udgangspunktet at ville skabe viden om, hvordan forskellige aktører tilknyttet Diabetesbussen forstår, oplever og responderer på Diabetesbussen som tiltag og det tilhørende tværsamarbejde, har vi valgt at foretage en kvalitativ interviewundersøgelse gennem en række semistrukturerede interviews (Tangaard & Brinkmann, 2015, s.32).

Det semistrukturerede interview giver mulighed for, at interviewsituationen kan forløbe som en interaktion mellem, på den ene side at være målrettet det bestemte perspektiv, vi har et ønske om at undersøge, og på den anden side respondenternes beskrivelser. Således blev det muligt for os undervejs i interviewene at forfølge den fortælling, som respondenterne var mest optaget af at fortælle. Flere gange betød det alligevel, at respondenterne af sig selv kom rundt om de temaer, vi ellers havde forberedt specifikke spørgsmål til (Tangaard & Brinkmann, 2015, s.37-38).

#### 7.1.1 Valg af respondenter

Vores valg af respondenter er taget med afsæt i at undersøge, hvordan forskellige aktører omkring Diabetesbussen, interagerer og påvirker hinanden. Vi fandt det relevant, at respondenterne allerede havde indgået i en eller anden form for samarbejde omkring Diabetesbussen, eller kunne have en mulig vigtig funktion ift. bussen eller i tværsamarbejdet. Da bussen kun har kørt siden februar 2020, og desuden har holdt stille i lange perioder pga. corona-epidemien og tekniske udfordringer, er det et begrænset antal aktører, der har været involveret i et samarbejde. Dette har indskrænket vores muligheder for valg af respondenter. Dog har vi bestræbt os på at opnå maksimal variation, og vi har derfor valgt respondenter fra forskellige organisationer og med forskellige arbejdsfunktioner (Tangaard & Brinkmann, 2015, s. 32). Med disse kriterier mener vi at kunne sikre, at respondenternes udsagn korresponderer med virkeligheden, hvilket giver mulighed for, at undersøgelsen leverer en gyldig redegørelse (Kvale, 2002, s. 232).

Tabel 1 viser en oversigt over respondenterne til interviewene. Overordnet set har initiativgruppen på Diabetesbus-projektet fungeret som gatekeeper ift. specialet. Det er gennem disse personer, at vi har modtaget kontaktoplysninger på mulige respondenter, ligesom de har informeret respondenterne om, at de ville blive kontaktet af en specialegruppe fra RUC. Dette har på den ene side hjulpet os utroligt meget, da det har været uproblematisk at skabe kontakt til relevante respondenter. På den anden side har vi ikke selv haft mulighed for at udvælge respondenterne, hvilket har givet initiativgruppen mulighed for at styre vores undersøgelse i en bestemt retning. Vi vurderer dog, at det ikke har været deres hensigt. Derimod er det vores oplevelse, at de har forsøgt at imødekomme vores kriterier for valg af respondenter.

Respondent	Funktion	Kendskab til Diabetesbussen
<b>R1</b>	Sygeplejerske på Diabetesbussen og ambulatoriet	Arbejder på bussen og er desuden med i initiativgruppen.
<b>R2</b>	Ansæt på forsorghjem	Er blevet præsenteret for bussen ved en rundvisning. Er tovholder for at fortælle andre ansatte i organisationen om bussens formål og hvornår den kommer.
<b>R3</b>	Ansæt på værested	Har haft besøg af bussen én gang hvor tre borgere gjorde brug af bussens screeningstilbud.
<b>R4</b>	Projektleder på Diabetesbussen	Sidder med i initiativgruppe og styregruppe for projektet.
<b>R5</b>	Ansæt på bosted	Er blevet præsenteret for bussen ved en rundvisning. Har ingen borgere der har gjort brug af bussens screeningstilbud.
<b>R6</b>	Praktiserende læge i lokalområdet	Har ikke haft samarbejde med bussen og kendte ikke til projektet inden interviewet.

Tabel 1. Skema over respondenter til interviews

Som det kan ses i tabellen, opfylder respondent R6 ikke vores kriterium om at have indgået i en form for samarbejde omkring Diabetesbussen. Det skyldes, at interviewet med denne læge, kom i stand som et erstatningsinterview, da den praktiserende læge der opfyldte kriteriet, aflyste på dagen af personlige årsager. Af hensyn til deadline for specialet, havde vi kun kort tid til at finde en erstatning, og brugte derfor vores personlige kontakter til at finde en læge i lokalområdet. Derfor gik vi på kompromis med vores valgte kriterier. Vi fandt det dog vigtigt for specialets undersøgelse, at netop denne aktør var repræsenteret, da de øvrige respondenter nævner aktøren som en samarbejdspartner.

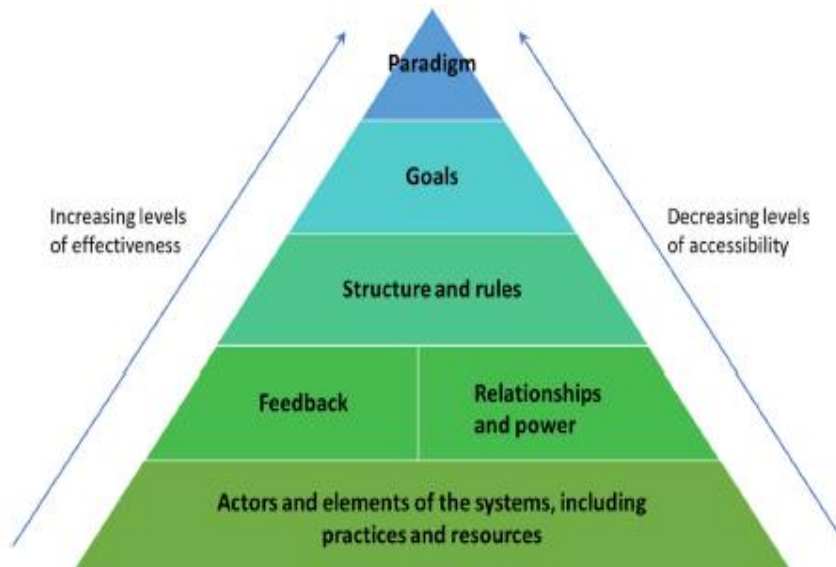
### 7.1.2 Interviewguide

Forarbejdet til vores interviewguide har taget afsæt i SOT, i et samspil med begrebet vidensdeling samt seks hovedområder, der kan undersøges ved forandringer i organisationer. Ud fra SOT vil spørgsmål i interviewguiden være rettet mod aktørernes interne forhold og forandringer på baggrund af Diabetesbussen. Yderligere vil spørgsmålene være rettet mod at fortage en netværksanalyse, hvormed spørgsmålene har været rettet mod at kunne identificere de mest betydningsfulde aktører i netværket, og hvem der er afskåret.

Yderligere kommer tværsamarbejde også til udtryk i spørgsmål rettet mod vidensdeling. Spørgsmål i interviewguiden inden for dette tema, havde til hensigt at afdække, hvilken viden aktørerne deler med hinanden, og hvilken viden de efterspørger, for at få etableret et tværsamarbejde. Hertil har respondenternes rettedhed ift. vidensdeling, senere i specialeprocessen ud fra en abduktiv tilgang, været med til at afgøre, hvilken teoretisk forståelse af tværsamarbejde, der gjorde sig gældende i interviewene. Perspektivet vedrørende vidensdeling har vi også fundet yderligere relevant, da specialets respondenter også beretter om Diabetesbussen i dens implementeringsfase. Dertil har vi en forforståelse om, at vidensdeling må have været relevant i det interne forhold mellem SDCS og aktørerne tilknyttet Diabetesbussen. Dette for at skabe opmærksomhed på, hvad Diabetesbussen kan tilbyde, og hvilket behov bussen kan udfylde ift. at skabe lige adgang til sundhedsydelser for målgruppen.

Dermed skaber Diabetesbussen forandringer ift. hvad sundhedsvæsenet normalt tilbyder målgruppen. Samtidig forandres det interne forhold mellem aktørerne tilknyttet bussen, da aktørerne skal samarbejde på tværs ift. målgruppen. Derfor er spørgsmålene i interviewguiden også rettet efter seks hovedområder, der er relevante ift. forandringer i organisationer, særligt hvis undersøgelsen retter sig mod systemiske og organisatoriske ændringer (Haynes et al., 2020, s. 3-5).

Hovedområderne er som det ses i figur 3 konceptualiseret i en hierarkisk opsætning, hvor forandringer er sværere at opnå i det øverste niveau, men hvis det lykkes her, er der større sandsynlighed for, at det bliver en mere transformativ proces. Ud fra et generelt perspektiv vil systemændringer som oftest kræve, at der bliver gjort tiltag på flere niveauer, og ofte samtidigt. Den hierarkiske opsætning kan dog være med til at afgøre, hvor det er bedst at have sit fokus, og hvilken form for strategi, som er mest effektiv (Haynes et al., 2020, s. 3-4).



Figur 3 (Haynes et al., 2020, s. 4)

De seks områder beskrives her (Haynes et al., 2020, s. 3-5):

- **Paradigme:** Hvad er den dominerede overbevisning i systemet? Hvilke formodninger fremstilles der ift., hvordan systemet fungerer og skal fungere?
- **Målsætning:** Hvilken opfattelse har aktører omkring det overordnede formål med Diabetesbussen? Er de gældende formål forenelige med, hvad der virkelig driver folk i deres arbejde?
- **Strukturer og regler:** Hvordan er systemets organisation bygget op mhp. infrastruktur og regler såsom politik og guidelines? Hvordan påvirker dette praksis og skaber muligheder eller barrierer for forandring? Hvordan påvirker tidligere erfaringer den nuværende situation og den mulige fremtid? Hvilke forandringer i strukturen eller reglerne understøtter bedst tiltaget?
- **Relationer og magtforhold:** Hvilke typer og hvad er kvaliteten af relationen indbyrdes og mellem aktørerne og institutioner/sektorer? Hvordan påvirkes dette, når beslutningstagere træffer ændringer? Hvilke muligheder er der for at skabe nye roller og relationer, udnytte eksisterende relationer og adressere magtubalancer?
- **Feedback:** Hvilke former for informationskanaler hjælper med at understøtte, at forandringen forbliver stabil i systemet? Hvad er årsagen når mønstre ændres? Hvordan kan eksisterende feedbackmuligheder benyttes, og hvordan kan der skabes nye feedbackmuligheder, for at generere engagement omkring tiltaget og opfylde vedvarende ønske om ændring i systemet?
- **Aktører og elementer:** Hvilke aktører, praksisser, ressourcer og fysiske elementer indbefatter et projekt som Diabetesbussen? Fokuseres der kun på enkelte dele af et system, som ofte vil føre til en ineffektiv intervention ift. at skabe brede systemforandrende perspektiver?



Med udgangspunkt i denne viden opbyggede vi interviewguidens spørgsmål, ud fra de seks hovedområder, og i et samspil med SOT og vidensdeling. Interviewguiden fik deraf tre overordnede tematikker, som ligger i forlængelse af specialets fokus på tværsamarbejde. Temaerne var følgende:

1. Egne oplevelser som aktør i tilknytning til Diabetesbussen
2. Samarbejde på tværs
3. Vidensdeling

Interviewguiden blev løbende tilpasset, de lidt forskellige respondenter vi interviewede, ligesom vi i processen blev mere opmærksomme på at spørge ind til eksempler på det respondenterne forklarede. Dette både med udgangspunkt i vores kritisk realistiske afsæt, som gør, at vi er mere interesserede i respondenternes handlinger frem for holdninger, men også ud fra en bevidsthed om, at et objektivi fokus vil styrke analysen validitet. Interviewguides er vedlagt i bilag 10.

Interviewguiden blev pilottestet inden første interview. Her udførte vi et interview med en person, hvis karakteristika var sammenlignelige med hovedparten af de valgte interviewpersoner, og som selv havde afprøvet at skulle etablere et tværsamarbejde omkring en anden intervention. Pilottesten blev udført for at sikre, at spørgsmålene i interviewguiden var forståelige og dermed kunne understøtte et flow i interviewet. Efter pilottesten blev enkelte spørgsmål tilrettet med henblik på, at spørgsmålets hensigt fremstod tydeligere.

### *7.1.3 Ethiske overvejelser i forbindelse med design og interviewsituation*

Forud for interviewene indhentede vi deltagernes informerede samtykke til at medvirke (Kvale, 2002, s. 117). Således blev alle respondenter informeret skriftligt om formålet med interviewene, samt at interviewene ville blive håndteret fortroligt, og man som person, så vidt muligt ville blive anonymiseret i specialet. Således vil respondenternes navne ikke fremgå i hverken specialet eller i bilag. For to af respondenterne var det dog ikke muligt at anonymisere dem fuldt ud, da de som hhv. sygeplejerske og projektleder på Diabetesbussen vil være nemme at identificere. Dette italesatte vi tydeligt ved de to interviews. Anonymiteten mener vi, kan være væsentlig, ift. at give respondenterne mulighed for at kunne tale frit, uden at skulle tænke på evt. konsekvenser af deres fortællinger. Vi er derfor opmærksomme på, at der kan mangle detaljer i disse to interview (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 113–114)

Selve interviewene fandt sted via videoopkald over Teams. Alle tre gruppemedlemmer deltog i alle interview, med skiftende roller som interviewer, suppleant og observatør, hvormed det kun var én af os, der var hovedinterviewer. Dette ud fra en forforståelse om, at det kan virke overvældende at være tre personer om at lave ét individuelt interview. Hermed kunne vi imødekomme vores overvejelse omkring at skabe tryghed for respondenterne. Af samme grund indledte vi også interviewene med at fortælle, hvem

vi er, og hvori vores interesse ligger for at undersøge forhold omkring Diabetesbussen nærmere. Ligeledes gentog vi kriterierne for frivillighed og anonymitet, som allerede var præciseret i invitationen til interviewet. Informationsbrev og samtykkeerklæring kan ses i bilag 7 og 8.

#### *7.1.4 Transskription af interviews*

Alle interviews blev optaget og derefter transskriberet i deres helhed, da vi ønskede at anvende citater fra interviewene som grundlag for analysen. Vi valgte en enkel transskriptionsstrategi, hvor vi havde fokus på at fastholde meningsindholdet i det sagte, da vi med udgangspunkt i en kritisk realistisk tilgang i analysen, vil have fokus på aktørernes reelle handlinger i stedet for deres holdninger. Vi fandt det derfor ikke vigtigt at søge så tæt på det talte sprog med præcise angivelser af toneleje, stemmeføring m.m. (Tanggaard & Brinkmann, 2015; Buch-Hansen & Nielsen, 2012, s. 290). Vi har alle tre været med til at transskribere, for dermed også at komme dybere ind i vores materiale. Dette har været med til at give os gode ideer til analysen, hvorfor denne del af arbejdsprocessen har været vigtig i vores specialearbejde.

Citaterne, som vi har anvendt i specialet, vil i nogle tilfælde være sprogligt tilrettet, så det letter læsningen. Vi har dog i denne proces været meget opmærksomme på, at meningen ikke er blevet ændret. Interviewene i deres helhed er efter vores opfattelse irrelevante for forståelsen og læsningen af specialet, men er vedlagt specialet som bilag 1-6.

## 7.2 Felttur

Den 08.04.2021 var vi på felttur til Diabetesbussen, der holdt parkeret ved Nykøbing F. Sygehus. Vi havde ikke mulighed for at overvære Diabetesbussen i aktion ved et bo- eller værested, grundet corona-restriktioner samt praktiske udfordringer. Bussens størrelse tillader ikke, at vi kunne være med i bussen samtidig med en borger og sygeplejersken. Feltturen tjente derfor det formål at få en praktisk forståelse for bussens teknologi, og en indføring i hvordan en komplikationsscreening foregår. Derudover fik vi igen en længere samtale med sygeplejersken tilknyttet Diabetesbussen. Alt dette tilsammen har givet os en dybere forståelse og indsigt i konteksten for Diabetesbussen, og hvordan tiltaget som helhed, kan være med til at forandre sundhedsvæsenet tilgang til sårbare diabetespatienter.



Billeder fra feltturen.

## 7.3 Udvalgelse af policy-dokumenter

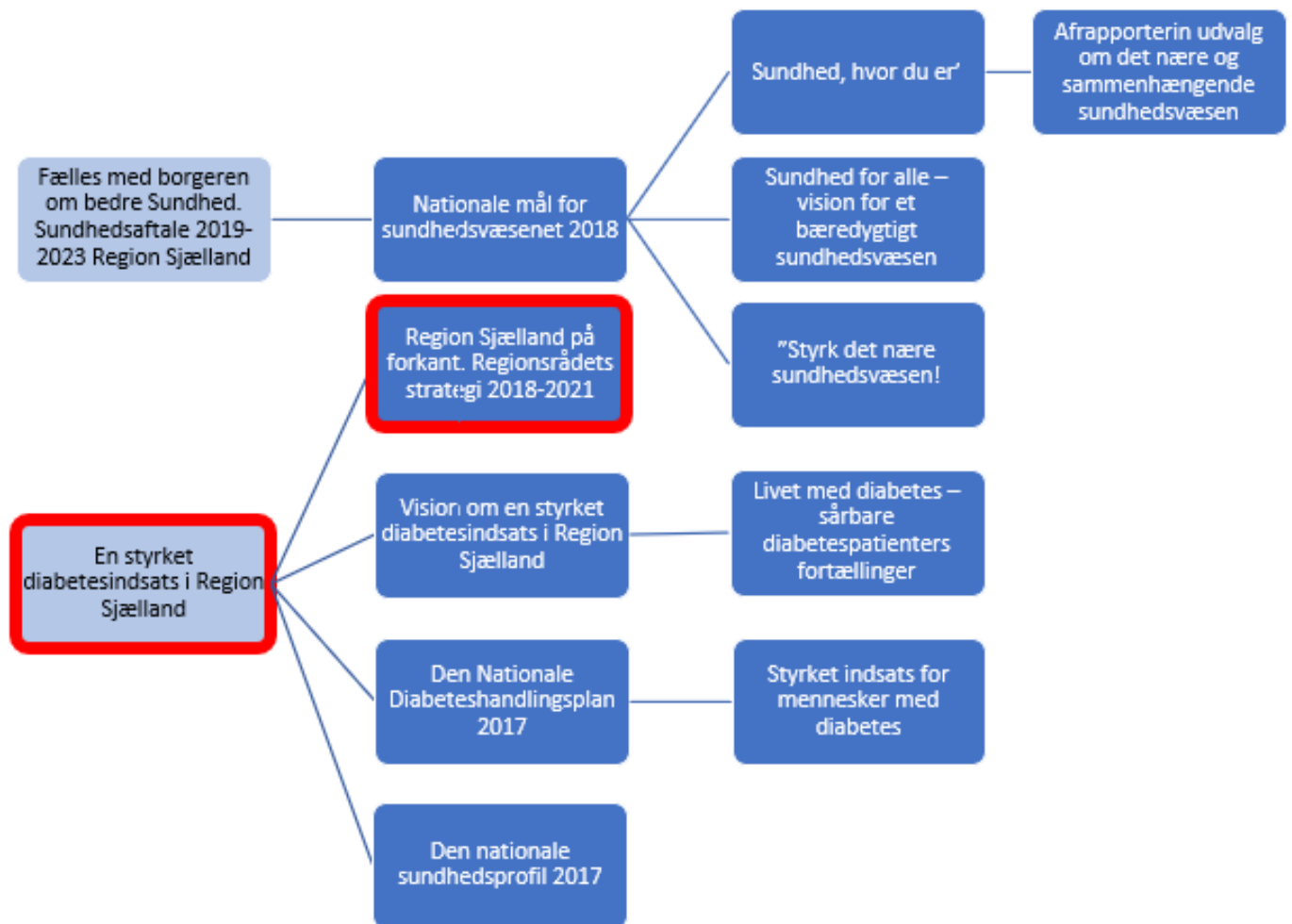
Ligesom interviewene indgår som empiri i specialet til videre analyse, udgør policy-dokumenter også en del af empirien i specialet, for at kunne lave en dokumentanalyse. En dokumentanalyse er relevant for at kunne vurdere, hvorledes politiske beslutninger, skaber strukturelle vilkår for praksis. Ift. SOT svarer det til fokusområdet *identifikation af ændringsniveau*, som beskrevet i afsnit 5.2.

Udgangspunktet for søgningen af dokumenter til dokumentanalysen er at identificere de væsentlige dokumenter, der ligger til grund for organiseringen af sundhedsydelse i den region, hvor projektet med Diabetesbussen foregår. Disse dokumenter kan betegnes som moderdokumenterne. I de tilfælde hvor der fandtes referencehenvisninger i de fremsøgte dokumenter, har vi ved brug af sneboldsmetoden, fulgt alle disse referencer ud fra en vurdering af relevans og passende tidshorisonter. De relevante dokumenter indgik herefter som empiri, og vi fulgte samme procedure med at gennemgå deres referencer, indtil et mætningspunkt synes opnået. Dette gjorde vi for at sikre, at dokumentmaterialet var knyttet sammen af referencer (Lynggaard, 2015, s. 157). I det følgende vil vi argumentere for vores valg af moderdokumenter i søgningen efter policy-dokumenter, samt den endelige udvælgelse af dokumenter til dokumentanalyse. En samlet oversigt over de dokumenter, vi har gennemlæst og deres indbyrdes sammenhæng, fremgår af figur 4.

### 7.2.1 Valg af moderdokumenter

Sundhedsloven (§ 205) stiller krav om, at alle fem regioner i Danmark i hver valgperiode, skal indgå sundhedsaftaler med kommunerne i regionen vedrørende varetagelse af opgaver på sundhedsområdet (Damgaard, 2013, s. 254). Derfor fandt vi det relevant at fremsøge denne aftale mellem Region Sjælland og kommunerne for indeværende periode. Denne aftale, "Fælles med borgeren om bedre Sundhed", Sundhedsaftale 2019-2023 (Region Sjælland & KKR Sjælland, 2019), må forventes at afspejle den nuværende situation for prioriteringer ift. sundhedsydelse, hvorfor vi mener, det er relevant at benytte det som et moderdokument.

Projektet med Diabetesbussen drives af Steno Diabetes Center Sjælland (SDCS). Centeret er etableret i et samarbejde mellem Region Sjælland og Novo Nordisk Fonden, som på baggrund af et fælles visionsoplæg har udarbejdet drejebogen "En styrket diabetesindsats i Region Sjælland" for etablering af SDCS (Region Sjælland & Novo Nordisk Fonden, 2018). Drejebogen beskriver centrets vision og målsætninger, hvorfor vi finder det relevant også at benytte denne som et moderdokument.



Figur 4. Overblik over relevante fremsøgte dokumenter. Lyseblå indikerer moderdokumenterne. Rød kasse indikerer de valgte dokumenter. Se litteraturliste i bilag 11

### 7.2.2 Valg af dokumenter til dokumentanalyse

Efter gennemlæsningen af alle dokumenterne udvalgte vi de to dokumenter *”En styrket diabetesindsats i Region Sjælland”* (Region Sjælland & Novo Nordisk Fonden, 2018) og *”Region Sjælland på forkant. Regionsrådets strategi 2018-2021”* (Region Sjælland, 2018) til en videre dokumentanalyse. Dokumenter blev valgt ud fra kriterierne om, at de udover at kunne karakteriseres som værende handlingsanvisende, også tager afsæt i netop den regionale kontekst, hvori Diabetesbussen fungerer, samt er tidlig relevant (Lynggaard, 2015, s. 158). Derudover er de samtidig mere eller mindre forbundet med samtlige af de øvrige gennemlæste dokumenter, som vist i figur 4. Dette mener vi, styrker dokumentanalysens udsagnskraft, fordi de politiske diskurser der identificeres, således ikke blot er et udtryk for de enkelte dokumenter, men derimod kan ses, som en del af en tendens i samfundet generelt.

## 7.4 Litteratursøgning

Litteratursøgningerne der er fortaget ifm. specialet, har taget afsæt i forskellige tematikker og emne- og søgeord som beskrevet i figur 5-7. Særligt for emnet om SOT, fik vi inspiration ved et webinar afholdt af Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium og Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed fredag den 5. februar 2021. Til webinarret blev vi introduceret til SOT, og hvorledes tilgangen kan bruges i praksis. Vi fik yderligere en indsigt i forskningen bag og blev præsenteret for søgeord, som vi kunne bruge i vores videre litteratursøgning.

Vi har udført både kæde- og systematisk søgning særligt ved tematikkerne SOT og tværsamarbejde. Til vores problem- og kontekstfelt har vi både benyttet kædesøgning, og manuel søgning på emneord i de forenkede søgemaskiner, som tilbydes hos de offentlige forvaltnings- og sektorforskningskilder, som f.eks. Sundhedsstyrelsen eller VIVE (Andersen et al., 2019, s. 69-75).

Vi har på denne baggrund skabt et både dybt og bredt fundament for det videre arbejde med specialet. Vi er bevidste om, at søgning efter litteratur via kædesøgning og manuel søgning, kan have været med til at præge retningen for specialet. Samtidig er det netop styrken ved denne form for søgning, at man tager udgangspunkt i et bestemt interessefelt og relevante kilder hertil (Andersen et al., 2019, s. 70-71).

I de systematiske søgninger, som er udført ifm. tematikkerne SOT og tværsamarbejde, har vi benyttet boolske operatorer mellem søgeordene, for at styre søgningen. Vi har undervejs udvalgt relevante forskningsartikler ud fra abstract til yderligere gennemlæsning. Ikke alle forskningsartikler til den videre gennemlæsning er brugt i selve specialet (Andersen et al., 2019, s. 71-75). Forskningsartiklerne har forholdsvis været rettet mod kilder til f.eks. teorier eller begrebsafklaringer samt af mere metodisk karakter (Andersen et al., 2019, s. 63-64).

Vores søgestrategi er fremvist i figur 5-7. Vi har udvalgt databaser og tidsskrifter med blik for, at de har relevans for specialet, samt at have forskningsrelaterede aspekter inden for organisering og brug af sundhedsforskning, og hvordan denne forskning som helhed gavner beslutningstagere og praktikere indenfor sundhedsområdet og samfundet.

Tematik og emneord problem- og kontekstfelt	Kilder kæde- og manuel søgning	Kriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulighed i Sundhed, herunder 11. determinant, sundhedskompetence samt dikotomi og gradient</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Sårbare diabetespatienters og deres behov</li> <li>• Politiske handlingsplaner for Diabetesområdet og tværsamarbejde</li> <li>• Steno - Diabetesbussen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offentlige forvaltningskilder</li> <li>• Sektorforskningskilder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyere publiceringer indenfor de sidste 10-15 år</li> <li>• Problemorienteret indhold</li> <li>• Få indblik i den genealogiske udvikling indenfor området</li> </ul>

Figur 5.

Tematik og søgeord system-orienterede tilgange	Kilder kæde- og systematisk søgning	Kriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• System approaches</li> <li>• System thinking</li> <li>• Whole of systems approaches</li> <li>• Systems science</li> <li>• Complexity science</li> <li>• AND "Public Health" for at reducere støj på søgning i PubMed</li> <li>• AND "Public Health" AND "Inequality" for at reducere støj på søgning i Scopus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Database: PubMed og Scopus</li> <li>• Tidsskrift: HRPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inklusion: Forskningsartiklerne skulle omhandle et generelt vidensperspektiv og anvendelse af SOT i sundhedsvæsenet</li> <li>• Eksklusion: Forskningsartikler der henvendte sig mod mad, miljø, medicin og ikke sammenlignelige lande ift. en dansk kontekst, blev sorteret fra, vurderet ud fra overskrift og abstract</li> </ul>

Figur 6.

Tematik og søgeord tværsamarbejde	Kilder kæde- og systematisk søgning	Kriterier
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cross-sectoral, intersectoral, healthcare, intersectoral care, health professional, interprofessional, multi-disciplinary, interdisciplinary, collaboration</li> <li>• Tværfaglig, tværprofessionel, tværsektoriel, samarbejde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Database: PubMed</li> <li>• Tidsskrift: Journal of Interprofessional Care, Arbejdsliv og HRPS</li> <li>• RUC's biblioteksside</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inklusion: Systematiske review, scoping review og andre sammenfattende artikler, for at få et overblik over de mange begreber og fænomener, samt for at søge efter en teoretisk tilgang</li> <li>• Eksklusion: Interventionsstudier ekskluderet, da det blev for kontekstafhængigt</li> </ul>

Figur 7.

## 8. Analysestrategi

Vores videre analyse kan inddrages i tre delanalyser, som vil blive gennemgået i den følgende analysestrategi. Første delanalyse indeholder en analyse af interviewene, og har til hensigt at undersøge hvad der påvirker et tværsamarbejde i relation til Diabetesbussen. Vi har i vores videre analyse af interviewene, ud fra en abduktiv tilgang valgt, at RK og teorier om nærhed, kan bidrage til en videre fortolkning af respondenternes udsagn. Dette mhp. at forstå og forklare de strukturer, der påvirker et tværsamarbejde i relation til Diabetesbussen.

Derudover har specialet også til hensigt at undersøge, hvorfor et perspektiv på tværsamarbejde er et væsentligt fokusområde ifm. et projekt som Diabetesbussen, hvis formål er at skabe en strukturel forandring, der mindsker ulighed i sundhedsvæsenet. For at kunne besvare dette, benytter vi en netværksanalyse, som også er en metodisk analysestrategi fra SOT.

Ligeledes vil man ud fra SOT, også inkludere aktører i netværksanalysen, der træffer beslutninger indenfor politik, økonomi eller sundhedsstrategier m.m. Denne form for beslutningstagning skaber strukturer der både direkte og subtilt kan påvirke de aktører der er tilknyttet et projekt som Diabetesbussen. Derfor vil vi forud for netværksanalysen lave en tekstnær analyse af policy-dokumenter. På baggrund af den tekstnære analyse vil vi placere de politiske beslutninger, som en del af netværksanalysen.

### 8.1 Analyse af interviews

Strategien for analysen af interviewene vil gennem en meningskondensering lede os frem til en række tematikker som bliver uddybet i det følgende afsnit. Meningskondenseringens tematikker vil senere blive udfoldet i specialets fortolkning og analyse af de kvalitative interviews i afsnit 9.1. Dermed anser vi meningskondenseringen både som et metodisk værktøj til at gennemarbejde vores interviews samtidig med, at tematikkerne og de dertilhørende kategorier indgår som en aktiv del af analysen. Derfor har vi valgt at inddrage meningskondenseringen som en del af analysestrategien.

Analysens teoretiske positioner RK og teorier om nærhed, bidrager til fortolkningen af denne del af analysen, og er fremkommet abduktivt ifm. meningskondenseringen ud fra, hvad vi tolker respondenterne har italesat ift. tværsamarbejde.

#### 8.1.1. Meningskondenseringen

Med inspiration i Kvale og Brinkmanns fremgangsmåde for meningskondensering (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 269-270), har vi foretaget vores meningskondensering ud fra følgende fremgangsmåde som består af fem trin:





### 8.1.2. Tematikker og kategorier i analysen

I analysen af interviewene har vi valgt at fokusere på temaerne og dertilhørende kategorier fra meningskondenseringen, som derved danner rammen for vores analyse. Vi har identificeret tre tematikker med hver deres kategorier. Tematikkerne og kategorierne er gensidigt forbundet, og nogle kategorier taler sig både ind i flere temaer eller andre kategorier. Citater fra alle respondenterne kan indgå i alle tematikker og kategorier, hvis vi finder det relevant. Generelt ser vi, at kommunikation bidrager til alle relationer og er en del af alle kategorier, og derfor har kommunikation ikke fået en tematik eller kategori for sig selv.

I følgende tabel ses et overblik over temaer og tilhørende kategorier samt en forklaring af, hvad kategorierne omhandler.

Tema	Kategori	Forklaring
<b>Tværsamarbejde på distancen</b>	<b>Formidling af projektet</b>	At få kommunikeret praktisk viden om Diabetesbussen. Hvad er dens formål, hvad kan den, og hvilke informationskanaler benyttes der. Her forholder vi os kritisk til denne formidling, ift. om kommunikationen har været hyppig og rettidig.
	<b>Fælles formål</b>	Fokus er på aktørernes fortælling om, hvad Diabetesbussens formål er, og om alle aktører har samme indsigts og forståelse formålet samt hvilke ydelser bussen kan bidrage med. Derudover om aktørerne finder Diabetesbussen meningsfuld for målgruppen, og som et alternativ til det etablerede tilbud.
	<b>Behov for fysisk møde</b>	Her forholder vi os til, om det fysiske møde giver bedre mulighed for at udveksle viden og erfaring, og dermed fremmer samarbejde på tværs. Hertil om det er nemmere at forstå hinandens vilkår og arbejdsopgaver, samt skabe og vedligeholde relationer, når aktørerne mødes fysisk.
	<b>Teknologi</b>	Både kommunikationsteknologi og informationskanaler, der skal være med til at understøtte nyttig viden og det fælles formål ifm. driften af bussen
	<b>Nyttig viden</b>	At dele nyttig viden om borgerens fysiske og psykiske tilstand ift. komplikationsscreeningen. Viden om Diabetesbussens formål samt vidensdeling rettet mod faglig viden for at højne de sundhedsprofessionelles kvalitet i deres tilgang til de sårbare diabetespatienter.
<b>Organisering</b>	<b>Ledelse på tværs</b>	Prioritering af opgaver mellem SDCS og ambulatoriet, heri om ansvarsfordelingen og forventninger til hinanden er italesat og dermed afstemt. Har aktørerne implisitte forventninger til hinanden på tværs af ledelser og sektorer.
	<b>Planlægning og struktur</b>	Planlægning af driften af bussen, så øvrige aktører og borgerne ved hvornår den kommer, for samtidig at forberede og motivere borgerne til at benytte Diabetesbussen. Tekniske og mekaniske udfordringer med bussen som køretøj og screeningsudstyrets forankring i bussen.
<b>Projektets bærende kræfter</b>	<b>Kendt netværk</b>	Udnyttelse af aktørernes eget netværk. Det er nemmere at komme igennem med kommunikation og budskaber til nogle man har en relation til. Men samtidig bliver det meget personafhængigt og dermed et sårbart grundlag.
	<b>Ildsjælens paradoks</b>	Det er dem som er mest villige til at løbe nye projekter i gang og som vil strække sig langt for at få det til at lykkes.

Tabel 2. Meningskondensering

## 8.2 Dokumentanalyse

Det helhedsorienterede perspektiv i SOT inkluderer strukturer, som aktørerne ikke kan forandre på egen hånd. Disse faktorer kan være alle former for beslutningstagning indenfor: Politik, økonomi, teknologisk udvikling, kulturskift, strategier og interventioner igangsat indenfor samme område. Strukturernes kan påvirke de sundhedsprofessionelles daglige arbejde både direkte og subtilt (Egan et al., 2019a, s. 7). Derfor vil vi i delanalyse 2, inddrage policy-dokumenter i tilknytning til Diabetesbussens kontekst, for på den måde at identificere de aktuelle politiske diskurser, der præger sundhedspolitikken i relation til at mindske ulighed i sundhed i Region Sjælland. Dette gør vi ud fra en bevidsthed om, at policy-dokumenterne ikke er neutrale medier, men derimod er med til at påvirke den offentlige sektors interventioner over for borgerne (Triantafillou, 2019, s. 150). Således vil denne delanalyse bidrage til et indblik i nogle af de strukturer, som er rammesættende for aktørernes tværsamarbejde, men som de ikke har mulighed for at påvirke. Dokumentanalysen laves mhp. at resultaterne herfra skal indgå som et element i netværksanalysen, som er tredje og sidste delanalyse

Dokumentanalysen tager som beskrevet i afsnit 7.2.2. udgangspunkt i centrale dokumenter i form af politiske aftaler og hensigtserklæringer. Denne slags policy-dokumenter defineres jf. Kennet Lynggaard (2015) som sekundære dokumenter hvilket henviser til, at dokumenterne er offentligt tilgængelige, uden dog altid at have til hensigt at have en bred offentlighed som målgruppe (Lynggaard, 2015).

Til analysen af policy-dokumenterne har vi valgt at søge inspiration i dele af lingvisten Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse. Således vil vi tage udgangspunkt i den lingvistiske tekstanalysedel, som er den inderste dimension af Faircloughs tredimensionelle analysemodel. Dette giver os mulighed for at studere sprogbrugen tekstnært, hvormed vi kan synliggøre diskursive karaktertræk i dokumenterne. Dette med henblik på at tydeliggøre, hvordan tekster behandler begivenheder og sociale relationer og derved konstruerer bestemte versioner af virkeligheden (Fairclough, 2008, s. 28; Jørgensen & Phillips, 1999, s. 95). Selvom analysen af tekst kan opfattes som beskrivende, mener vi ligesom Fairclough selv, at en tekstanalyse også indeholder fortolkende elementer, fordi vi i analysen vælger noget ud, hvilket i sig selv er en fortolkning. Tekstanalysen skal bidrage med en undersøgelse af, hvilken diskurs der er fremtrædende ift. tværsamarbejde ifm. at løse udfordringerne med ulighed i sundhed. Vi anvender begreberne *ordvalg*, *modalitet* og *kohæsion* i tekstanalysen. Begreberne uddybes i det følgende hver for sig, men vil i analysen blive anvendt i én samlet analyse for hver af de to valgte dokumenter.

### 8.2.1 Ordvalg

Ordvalget kan undersøges på forskellige måder. Tekster kan bl.a. undersøges for følgende; ord der anvendes gentagne gange, synonyme, hvad der anses som nøgleord og om der ses en gennemgående kombination af ord i dokumentet. (Fairclough, 2008, s. 33) I analysen af ordvalg er fokus ifølge Fairclough på, hvordan enkelte ord tillægges betydning, for eksempel ift. alternative ordvalg, metaforer samt på den

politiske og ideologiske betydning (Fairclough, 2008, s. 34). I dette speciale har en analyse af ordvalg haft til hensigt at undersøge, om der anvendes særlige ord i policy-dokumenterne, ift. at kunne imødekomme problematikken om at minimere ulighed i sundhed i relation til sårbare borgere, gennem tværsamarbejde.

### 8.2.2 Modalitet

I en grammatisk analyse kan begrebet modalitet indgå. Modalitet handler om tekstens og dermed forfatterens grad af tilslutning til et udsagn, også kaldet grad af affinitet. Måden, hvorpå modalitet udtrykkes, er ved hjælp af mådesudsagnsord og biord samt kategoriske modaliteter (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 95–97). Modalitet kan bl.a. udtrykkes som sandhed, intonation eller ved "hedges", som er ord, der er med til at moderere en sætnings påstand. Valg af modalitet i sætninger får konsekvenser for, hvordan en diskurs konstruerer sociale relationer og videns- og betydningssystemer (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 95–96). Derfor valgte vi at analysere modalitet i policy-dokumenterne, for dermed at kunne belyse, hvordan afsender forholder sig til den/de diskurser, der fremhæves.

### 8.2.3 Kohæesion

Kohæesion handler om sammenkædning af ledsætninger til hele sætninger, og hvordan de efterfølgende kædes sammen til hele tekstpassager. Dette kan bl.a. ses, hvor sætninger sættes sammen til argumentationskæder, som er forbundet med normative opfattelser. Dette kan ske ved elaboration, som er en type af kohæesion der skabes, når der efter en led- eller helsætning følger en sætning, der har en uddybende funktion. Denne uddybning kan bl.a. udtrykkes som omformulering, udspecificering, eller eksemplificering. Kohæesion kan også ske ved extension, som er en type af kohæesion, hvor en led- eller helsætning bliver udvidet i sin mening, ved at ny viden tilføjes (Fairclough, 1993, s. 175). I analysen har kohæesion dermed bidraget til indsigt i måden sætningerne bygges op, deres argumentationskæder, samt hvordan disse har sammenhæng med diskurser.

## 8.3 Netværksanalyse

I den tredje delanalyse vil vi med bidrag fra de to første delanalyser præsentere, hvordan forskellige aktører, organisationer m.m. forbindes til hinanden. Netværksanalysen har til formål at identificere, hvem der er involveret, hvem de vigtige aktører er, og om nogle dele af netværket er afskåret (Egan et al., 2019b, s. 15). Dette mhp. både at forstå, hvordan et tværsamarbejde omkring et tiltag som Diabetesbussen fungerer, og hvordan tværsamarbejdet påvirker muligheden for at opnå projektets formål. Men også for at præcisere, at forskellige aktørers bidrag til den fælles opgaveløsning kan påvirke andres opgaveløsning (Egan et al., 2019a, s. 7). Selve analysen udføres som en netværks-kortlægning, der figurativt viser, hvordan netværket omkring Diabetesbussen hænger sammen. Kortlægningen skal være med til at give et overblik over det bredere perspektiv og konteksten, som Diabetesbussen indgår i, men vil samtidig blive understøttet af mere fyldestgørende og indsigtfuld information om aktørerne og deres relationer.

## 9. Analyse af specialets empiri

Analysen af interview og policy-dokumenter sker med henblik på at forstå, hvordan underliggende og ikke observerbare strukturer har indflydelse på aktørernes mulighed for tværsamarbejde i tilknytning til Diabetesbussen. Ligeledes vil analysen af empirien skulle bidrage til at forklare, hvorfor det er vigtigt at have fokus på tværsamarbejde ifm. et initiativ som Diabetesbussen. Denne del af analysen vil blive udfoldet via en netværksanalyse, som med afsæt i SOT vil give indsigt i, hvordan aktører og organisationer er forbundet. Netværksanalysen vil tage udgangspunkt i både interviews og policy-dokumenternes udsagn.

### 9.1 Analyse af interview

I dette afsnit præsenteres analysen af de kvalitative interview med de seks respondenter. Analysen er, som beskrevet i analysestrategien 8.1. inddelt i tre afsnit ud fra temaer. Hvert afsnit vil blive afsluttet med en opsamling på tematikken. I analysen vil vi med hjælp fra teorien om RK (Gittell, 2009, 2011, 2012) og teorier om nærhed (Knoben & Oerlemans, 2006; Otte-Trojel et al., 2017), forsøge at svare på vores problemformulering om, hvad der påvirker tværsamarbejdet mellem aktørerne tilknyttet Diabetesbussen, ud fra respondenternes oplevelser og erfaringer med bussen.

#### 9.1.1 Tværsamarbejde på distancen

Første del af denne analyse vil tage udgangspunkt i temaet *Tværsamarbejde på distancen* og herunder de kategorier, der knytter sig til dette tema; 1) Formidling af projektet, 2) Fælles formål, 3) Nyttig viden, 4) Behov for fysisk møde og 5) Teknologi. Temaet giver et blik på, hvordan respondenterne i tilknytning til Diabetesbussen oplever mulighederne for at skulle samarbejde på tværs, og herunder hvilke tidligere erfaringer de har med tværsamarbejde, da tværsamarbejdet i relation til bussen endnu er nyt. Desuden giver denne del af analysen et indblik i, hvilken betydning underliggende strukturer får, f.eks. muligheden for at kommunikere med hinanden, hvad enten det er via teknologi eller ved fysiske møder. Dette kommer til udtryk i, hvordan og hvor godt projektet er blevet formidlet, og om aktørerne har fået indblik og forståelse for formålet med bussen. Herunder om den rette viden bliver formidlet mellem aktørerne.

##### *Formidling af projektet*

For at indfri Diabetesbussen formål, er det en grundlæggende præmis at få etableret et tværsamarbejde omkring Diabetesbussen. Derfor skal viden om bussens eksistens bredes ud til alle relevante samarbejdsrelationer. SDCS har indledningsvist været ansvarlig for at formidle projektet gennem en trykt folder, SDCS's hjemmeside og nyheder på sociale medier (R4, l. 363). Denne form for formidling af projektet giver projektlederen udtryk for, ikke er direkte rettet mod bestemte målgrupper, men at: "... der regner vi med, at vi kan nå mange af de mere overordnede indenfor kommunerne." (R4, l. 374). Denne form for kommunikation, kan med udgangspunkt i Gittells teori om præcis kommunikation tolkes som en risikofyldt kommunikationsstrategi (Gittell, 2011, s. 19). Hvis målgruppen ikke er defineret, kan det være svært

at gøre formidlingen af budskabet vedkommende og relevant for målgruppen. Således kan der på den ene side være modtagere, som ikke har tilstrækkelig viden om Diabetesbussens kontekst, som derfor ikke finder tilbuddet brugbart. På den anden side kan modtagere med meget viden, opleve den unøjagtige formidling som utroværdig, hvilket kan påvirke ønsket om at gøre brug af projektet.

Projektlederen giver også selv udtryk for, at: *"Man kunne nok godt have lagt en god kommunikationsplan, og så sørge for, at man havde ramt de rigtige parter der ude"* (R4, l. 377). Ligesom hun også nævner, at sygeplejersken på Diabetesbussen arbejder med at skabe en mere direkte kontakt ind i kommunerne:

*"Så kontakten til kommunerne er ikke bare kontakten ind i en kommune, men det er jo mange forskellige områder i kommunen. Og vi prøver nu her igen, hvor den [bussen] begynder at køre, hvor vi har fået lavet en fin lille mail, som sygeplejersken på bussen sender ud til kontaktpersonerne. Hun har en liste over kontaktpersoner i kommunerne, som hun har snakket med, og som hun ringer til, når hun skal ud nogle steder."* (R4, l. 369)

Sygeplejerskens opgave med at skabe kontakt med vigtige aktører i den primære sektor, virker for os, som et stort arbejde. I samarbejde med projektlederen har sygeplejersken fundet frem til en løsning, hvor kontaktoplysninger på samarbejdspartnere samles i fysiske mapper på sygeplejerskens kontor (R1, l. 532). Vi vurderer, at dette arbejde betaler sig, da formidling og information om projektet, dermed kan målrettes de enkelte aktører mere nøjagtigt og ske med tilpas hyppighed samtidig med, at kommunikationen må formodes at nå aktørerne rettidigt. Vi tolker ud fra Gittell, at kommunikationen dermed ikke blot har potentiale til at være effektiv, men der desuden er grundlag for, at der bliver skabt tillidsfulde og respektfulde relationer, som kommer projektet til gode.

Særligt tolker vi, at det er effektivt, når der kommunikeres direkte til en fast kontaktperson på et bo- eller værested. Denne kan være eksempelvis en mellemlider eller en nøgleperson, som har mulighed for at videreformidle informationer og viden om Diabetesbussen til netop de medarbejdere, som har gavn af denne viden ift. deres arbejde med sårbare borgere med diabetes. Således kan der ske en præcis, tilpas hyppig, rettidig og problemløsende kommunikation (Gittell 2012, s. 22). Dette tolker vi ud fra, hvad den ansatte på forsorgshjemmet fortæller. Hun kan grundet hendes netværk til støtte-kontaktpersoner hjælpe med at udbrede viden om Diabetesbussens tilbud. På den måde kan bussen finde frem til de borgere, som kan have gavn af tilbuddet. Derudover sørger hun for, at resten af medarbejderne på forsorgshjemmet og på bostedet også kender til tilbuddet: *"Og så har det jo så også været oppe på teammødet ift., at nu træder dette tilbud i værk [...] så man ligesom vidensdeler den vej og giver informationer."* (R2, l. 431). Særligt en rettidig kommunikation om, hvornår bussen kommer, tolker vi har en vigtig betydning, på grund af de særlige behov den sårbare målgruppe kan have. Således beskriver den ansatte på værestedet: *"Det er altid vigtigt at kunne forberede dem først. Og især den borgergruppe vi har."* (R3, l.337)

Den ansatte på forsorgshjemmet, beskrives af den ansatte på bostedet, som ligger i tilknytning til hinanden, som: "... hende, der står for den primære kontakt med Diabetesbussen. [...] det er hende de har kontakt til. Og så sender hun en mail rundt til os og skriver, at den kommer den og den dag." (R3, l. 320). Vi kan derfor identificere, at den ansatte på forsorgshjemmet har fået en arbejdsrolle som nøgleperson ift. at viderebringe viden om Diabetesbussen til andre ansatte. Ud fra Gittells teori, skal man dog være opmærksom på, at det ikke bliver en personbåret relation (Gittell 2009, s. 19). Det vil være en sårbar konstellation, da bussens succes, dermed kan blive påvirket, hvis denne medarbejder bliver sygemeldt eller skifter job. Dette paradoks tolker vi særligt eksisterer, fordi bussen fortsat befinder sig i en opstartsfase. Det viser dog nødvendigheden af, at kontinuerligt videreformidle informationer om Diabetesbussen, så en bred gruppe af aktører i mange forskellige organisationer bliver bevidste om tilbuddet, og ansvaret ikke kun afhænger af enkelte personer. Denne arbejdsopgave med at skabe og vedligeholde relationer som ikke blot er personbåret, men i højere grad er rollebestemt, fremstår ud fra interviewet med både sygeplejerske og projektleder på bussen, som værende meget tidskrævende. Det kan derfor diskuteres, om det er bussens kliniske personale, som bedst varetager dette arbejde. Denne problematik udfoldes senere i analysen af tematikken *Projektets bærende kræfter*, hvor vi forholder os til, hvad kendskab betyder for relationsdannelsen.

Vi tolker ud fra de interview, vi har foretaget med aktører, som kender til projektet, at disse overordnet set, har det samme syn på Diabetesbussens formål. Således tolker vi, at denne del af formidlingen er opnået. Vigtigheden af dette vil vi uddybe nærmere i det følgende.

### *Fælles formål*

De interviewede aktører beskriver Diabetesbussen formål med bl.a. følgende udsagn:

*"... formålet er at komme ud og fange dem, som egentlig har svært ved at passe ind i rammer ift. at skulle møde op et sted, passe nogle tider, [...]. Altså det her med, man kan samle tingene et sted, og at man kan komme ud til borgeren. Det tænker jeg faktisk er rigtig, rigtig vigtig."* (R2, l.125)

*"at komme ud og møde den beboergruppe, de sårbare og socialt udsatte og møde dem, hvor de er sådan, at det bliver nemmere at motivere dem. Og jeg tænker, at der er mange, der går med en meget dårligt reguleret diabetes eller slet ikke bliver undersøgt, fordi de simpelthen ikke magter hele det bureaukrati med, at skal bestille tid, og skal køres ind og skal op og til forskellige undersøgelser. Jeg tror ikke, at det ser så farligt ud, at der kommer sådan en bus og parkere i runddelen, altså og det er deres vante omgivelser, den står i."* (R5, l. 96)

Desuden beskriver den ansatte på værestedet, at det ud over at være lettere for borgeren, fordi bussen kommer til dem, at det også kan være en hjælp for borgeren, at der er ansatte fra værestedet, som de kender, der befinder sig lige i nærheden. Dette giver tryghed (R5, l. 88).

Disse udsagn er i overensstemmelse med det sygeplejersken beskriver, som hendes opdrag: *"... at komme ud til nogle af dem, som ikke har overskud til måske et forløb hos en privatpraktiserende øjenlæge"* (R1, l.479). Således kan vi ud fra Gittells teori om fælles mål (Gittell 2011, s. 19) tolke, at der er grundlag for at skabe et godt og effektivt tværsamarbejde, hvor der hos alle parter er bevidsthed om, hvad der skaber værdi. Der styres ikke efter egne mål og succeskriterier. Aktørerne har derimod blik for, at deres egen funktion kan fungere som løftestang for et fælles formål om at give sårbare borgere med diabetes mulighed for, at blive behandlet for evt. senkomplikationer.

Vores indtryk af interviewene er, at alle aktørerne udtrykker begejstring for projektets formål, hvilket vi tolker, er med til at øge deres motivation og engagement for at få projektet til at lykkes. Således vurderer vi, at aktørernes samarbejde og kommunikation på tværs, er et vigtigt element for, ikke blot at kunne opspore målgruppen til projektet, men også for at få målgruppen til at gøre brug af bussens tilbud. Det er med til at understrege vigtigheden af at have fokus på tværsamarbejde i form af tilstrækkelig hyppig, rettidig og nøjagtig kommunikation. Diabetesbussen ville uden et tværsamarbejde måske ikke opleve samme succes, da det dermed vil være sværere at nå den sårbare målgruppe, som ofte har brug for en personlig rettet motivation for at møde op til en screening for senkomplikationer.

Vi har i vores speciale valgt ikke at have fokus på målgruppen, men projektlederen på diabetesbussen informerer om, at de har afdækket de sårbare diabetespatienters tanker om Diabetesbussen ved f.eks. at interviewe dem. Projektlederens har fået følgende indsigt på baggrund af disse interviews:

*"... de syntes, det var en skidegod ide. Det viser sig, at der er alle mulige andre ting ude og gå for den gruppe af mennesker, end vi overhovedet forstår, på den pind vi sidder. Og det er jo en hverdag og et liv, som har så mange facetter. Så når man siger, "At så udeblev du fra ambulatoriet?", jamen så har man måske ligget og troet, at man har været ved at blive slået ihjel hele natten nedenunder sig seng, fordi man har haft et angstanfald. Eller forestillet sig, at der var nogen efter én. Man har ikke råd til transporten. Altså der er alle mulige ting ude og gå, som gjorde os meget klogere, på selve behovet." (R4, l. 449)*

Vi tolker ud fra dette, at et fælles mål, der samtidig taler ind i de udfordringer, som de sårbare diabetespatienter selv beretter om, er meningsskabende for aktørerne og fremmer arbejdet med en fælles opgaveløsning. Dette bekræftes desuden ud fra den praktiserende læges tilslutning til formålet, efter han i løbet af interviewet får en dybere forståelse af, på hvilken baggrund projektet er skabt. Han italesætter, at Diabetesbussen kan opfylde et behov for visse patientgrupper, som han selv kan have svært ved at nå



i sin praksis (R6, l. 290 & 300). Vi tolker, at dette ligeledes øger hans motivation til at deltage i samarbejdet (R6, l.235).

### *Behov for fysisk møde*

Denne kategori er relevant for alle respondenter, både de aktører der har kontakt med Diabetesbussen og skal bidrage til at henvise og motivere målgruppen til bussen. Ligeledes er det gældende for projektlederen og sygeplejersken på bussen, samt deres indbyrdes samarbejde. Vi kan identificere, at der er enighed om, at fysisk møde mellem samarbejdspartnere øger mulighederne for kommunikation, vidensdeling og indsigt i hinandens arbejdsopgaver og vilkår (R2, l.144 & 166; R4, l. 286). Dette indblik i andres opgaver, og hvordan andre bidrager til den fælles opgaveløsning, kan ud fra Gittells teori, tolkes som et element der bidrager til gensidig respekt (Gittell, 2011, s. 20). Det kan være et vigtigt element for at få et tværsamarbejde til at lykkes.

Desuden kan vi ud fra interviewene se, at Diabetesbussens tilstedeværelse og synlighed lokalt gør det nemmere at støtte og motivere borgerne, samt bidrage til udbredelse af kendskabet til bussen, bl.a. via roadshow og fødselsdag for projektet (R2, l. 210; R1, l. 920; R4, l. 211). Som den ansatte på botilbuddet udtrykker:

*”Jeg har mulighed for at gå ud og sparre med personalet, som er på Diabetesbussen. Man kan sige, at hvis ikke nogen af mine beboere lige den dag, har lyst til at gå derud, og jeg har et eller andet, så tænker jeg da, at jeg kunne lige gå ud og sige; Hey jeg står lige med det. Er det noget I lige kan hjælpe mig med?” (R5, l. 118)*

Det er således vores tolkning, at respondenterne har nemmere ved at skabe og vedligeholde relationer på tværs af sektorer, når de har mulighed for at mødes fysisk. Med afsæt i teorierne om geografisk nærhed bliver det tydeligt, at de store geografiske afstande besværliggør interaktioner ansigt til ansigt (både planlagt og tilfældigt) og hæmmer derfor vidensdeling, hvor specielt stiltiende viden bliver vanskelig at overføre mellem aktørerne og organisationerne (Knoben & Oerlemans, 2006, s. 74). Dette ser vi både i tværsamarbejdet mellem de ansatte på bo- og væresteder og sygeplejersken på bussen, samt i sygeplejerskens behov for tættere sparring med projektlederen (R1, l. 103).

Samtidig ser vi også en efterspørgsel til det som Knoben og Oerlemans beskriver som midlertidig geografisk nærhed. Det indebærer, at aktørerne ikke har brug for konstant geografisk nærhed, når de samarbejder. Møder og korte besøg kan være tilstrækkeligt til, at aktørerne kan opbygge relationer og f.eks. organisatorisk nærhed, som efterfølgende muliggør samarbejde over store geografiske afstande (Knoben & Oerlemans, 2006, s. 74). Respondenterne fremhæver dog, at der er behov for kontinuerlige møder og også gerne planlagte, så projektet forbliver synligt for både ansatte og målgruppen:

*"De [borgerne] kan se, at bussen er her, den har reklame på. Så man kan se, hvad det er, så den her synlighed omkring det og kontinuiteten i det, er jo det der vil være rigtig, rigtig vigtigt... ellers så bliver det sådan et tilbud, man ved er der. Men man glemmer måske at få gjort brug af det." (R2, l. 211)*

Således udtrykker den ansatte på forsorgshjemmet, at bussen ikke kun skal komme, når hun ringer efter den, da det kan være forstærkende at blive mindet om bussens eksistens.

Et eksempel på at tværsamarbejde optimeres, gennem korte geografiske afstande, tolker vi, bliver særligt tydeligt på bostedet. Her beskriver den ansatte, hvordan hun oplever et godt samarbejde ift. at hjælpe borgerne, efter at der er oprettet en tandklinik på matriklen (R5, l. 168). Det samme gør sig gældende ift. at have samarbejde med en læge, som vi udleder både handler om at skabe en nemmere arbejdsgang, men også i hensynet til de sårbare borgere. Hun fortæller:

*"... vi er nok lidt forkælede her fordi, vi har vores egen læge tilknyttet matriklen altså, så han kommer jo ud og er her [...] Fremfor at man hele tiden skal op i konsultationen og sidde i et venteværelse sammen med en masse andre mennesker, som tit og ofte har fordomme omkring vores beboergruppe." (R5, l. 208)*

Disse to eksempler understøtter efter vores tolkning, at der som minimum er behov for midlertidig geografisk nærhed, for at understøtte et tværsamarbejde. Desuden tolker vi, at citaterne beskriver behovet for et projekt som Diabetesbussen, der møder de sårbare i deres nærmiljø.

## *Teknologi*

Kategorien rummer de erfaringer, som to af respondenterne har oplevet samt deres syn på fremtidige barrierer og muligheder for at anvende kommunikationsteknologi og informationskanaler til at opretholde driften af bussen.

For den ansatte på forsorgshjemmet (R2) handler det mest om hendes frustrationer over, at social- og sundhedsområderne ikke kan kommunikere via samme journalsystem som de andre aktører. Det vanskeliggør hendes tværsamarbejde med hospitalet og borgernes privat praktiserende læge, og nødvendiggør telefonisk kommunikation, der er tidskrævende:

*"... ift. lægen, der kan det godt, nogle gange være lidt op ad bakke. Fordi at i vores system, har vi ikke mulighed for at have adgang til noget, der hedder MedCom, men vi kan godt læse, men vi kan ikke få lov til at skrive. [...] Det er vores udfordring, mange gange så sidder vi og bruger rigtig meget tid på at sidde i en telefonkø, og så når vi klokken 9, og så bliver man sgu hægtet af og kan snakke med sekretæren. Du må ringe igen i morgen, så det kan godt være en stor udfordring." (R2, l. 263)*

I citatet er det vores tolkning, at den ansatte på forsorgshjemmet referer til generelle teknologiske udfordringer i sundhedsvæsenet. Hun oplever, at de forskellige systemer MedCom og Sundhedsplatformen (R2, l. 313), der er gældende alt efter organisation og sektor, udfordrer kommunikationen og vidensdeling. Hendes kommunikation med Diabetesbussens ansatte har indtil nu været via telefon og mail: *"Altså ift. Diabetesbussen og mig har vi mailkorrespondance når det er, og de svarer rimelig hurtigt tilbage. Så det fungerer rigtig, rigtig fint."* (R2, l. 258). *"Jeg kan også godt ringe til dem, men mange gange har vi haft dialoger over mail."* (R2, l. 341).

Vi tolker således, at R2 oplever et behov for at benytte fælles teknologi med samarbejdspartnere til kommunikation og vidensdeling, for at kunne udføre sit arbejde og dermed bidrage til den fælles opgaveløsning. Herunder er det vigtigt med dialog og høj svarhastighed, som ud fra Gittell kan tolkes, som et behov for hyppig og rettidig kommunikation for at opnå fælles mål, viden og gensidig respekt. Ud fra teorien om teknologisk nærhed ved vi, at fælles journalsystemer og deraf en fælles udveksling og viden om borgerne, ifølge Knobens & Oerlemans er en del af begrebet kognitiv nærhed. Desuden kan vi udlede, at et tværsamarbejde mellem aktører i forskellige organisationer kræver et tilstrækkeligt fælles vidensgrundlag for, at aktørerne kan anerkende andres bidrag og samtidig give og modtage ny viden. Således er det tydeligt, at det kræver fælles teknologiske løsninger og kognitiv nærhed at kommunikere effektivt.

Den ansatte på forsorgshjemmet oplever bygge primært på tidligere erfaringer og endnu ikke på erfaringer med driften af Diabetesbussen. Derimod har sygeplejersken på bussen allerede gjort sig nogle erfaringer med de teknologier, der er nødvendige for driften af Diabetesbussen. Hun fremhæver flere problemer som tager afsæt i de begrænsninger, de teknologiske løsninger skaber, og som kan få betydning for, hvordan det bliver muligt at drive Diabetesbussen i fremtiden, og dermed at hjælpe målgruppen. For det første har hun erfaret, at når hun opretter en ny borger til Diabetesbussen i det elektroniske journalsystem, så overtager hun behandlingsansvaret (R1, l. 202). Reelt overtager hun dog ikke behandlingsansvaret, da det fortsat er borgerens egen læge, som skal handle på screeningsresultaterne. Derfor er det meget vigtigt, at hun efter endt screening afslutter borgerens forløb. Det er nemlig kun på denne måde, at den praktiserende læge ved, at denne skal tage sig af det videre behandlingsforløb, da egen læge ellers vil forvente, at diabetesambulatoriet har ansvaret. I flere tilfælde ville det dog være relevant at opretholde forløbet, fordi borgeren forventes at komme igen til en ny screening efter nogle måneder (R1, 576). Denne problematik, som er skabt på baggrund af en ikke optimal løsning på it-infrastrukturen mellem forskellige sektorer, tolker vi kan være en barriere ift. at opretholde et tværsamarbejde og indfri Diabetesbussens formål.

For det andet beskriver sygeplejersken, at arbejdsgangen efter en screening kan være langstrakt. Diabetesbussen har ikke udstyr til at analysere blodprøver og andre testsvar, så borgerne kan ikke få det samlede resultat samme dag, som ville være tilfældet hvis screeningen havde været på hospitalet: *"Og så tager jeg alle de her prøver og gør ved. Og så venter lige til at alt er klar, og jeg får svar på disse statusprøver der*

*ligesom er sendt, og til øjenlægen har graderet fotoet. Så laver jeg et skriv.*" (R1, l. 203). Ud fra vores egne erfaringer i sundhedsvæsenet vurderer vi, at denne arbejdsgang er sårbar, fordi den kræver et personbåret vidensniveau og overblik. Når sygeplejersken først kan lave en behandlingsplan, når hun efter nogle dage har modtaget alle testsvar, er det således bundet på hende som person, at hun skal huske at lave behandlingsplan og afslutte borgeren i forløbet. Dette tolker vi også kan være en barriere ift. om Diabetesbussen bliver en succes.

For det tredje tolker vi, at der hos sygeplejersken opstår tvivl om, hvorvidt der kommunikerer effektivt, altså om der er tilstrækkelig med teknologisk- og kognitiv nærhed, i den del af hendes arbejde der handler om videresendelse af behandlingsplanen til den praktiserende læge. Hun fortæller:

*"Jeg ved faktisk ikke, hvad jeg skal forvente af det. Jeg screener jo deres patienter, og jeg sender besked til dem om, at jeg har screenet dem med diverse forskellige værdier og parametre. Og egentlig så har jeg ikke krav på at få noget igen. De er jo tovholder på de her patienter. Men du ved også godt, hvordan det er, at du laver et eller andet, og så sender du det af sted. Og man ville egentlig gerne, du ved... "ok vi har fået det-agtigt", et eller andet. Men jeg hører jo aldrig noget."* (R1, l. 989)

Vi tolker ikke, at det nødvendigvis, er fordi hun har brug for en dialog med praktiserende læge (R1, l. 1068), men hun ønsker at sikre, at det er den rette viden der deles, og at borgeren får gavn af denne viden. Ud fra teorien om teknologisk nærhed, bliver det således tydeligt, at sygeplejersken vurderer det vigtigt for tværsamarbejdet, at der ikke blot er mulighed for at videregive oplysninger, men at der også skabes en vished for, at oplysningerne er værdifulde for den samlede opgaveløsning.

Den praktiserende læge fortæller, at det er muligt for ham at sende svar til både kommunen og regionen, når han modtager beskeder om f.eks. testsvar og behandlingsplaner. Han beskriver, at han plejer at agere på alle beskeder, der kommer i hans indbakke, men han er dog ikke vant til at kommunikere med de regionale sygeplejersker (R6, l. 200). Ud fra lægens beskrivelse af, at han normalt handler på de beskeder han modtager, tolker vi, at den praktiserende læge benytter sig af denne kommunikation som en informationskanal, der ikke nødvendigvis kræver, at han sender svar tilbage. Vi tolker det som et udtryk for, at han mest har behov for at modtage relevante oplysninger om patienter, altså et behov for kognitiv nærhed. Dette står dog i modsætning til sygeplejersken på bussen, der som nævnt ovenfor har mere behov for teknologisk nærhed. Så får hun vished om, at hendes arbejde er med til at opfylde formålet med at hjælpe sårbare borgere med diabetes, så de ikke får senkomplikationer af deres sygdom.

Samlet set beskriver analysen af kategorien *Teknologi*, at der er forskellige udfordringer med kommunikationsteknologi og informationskanaler. Både manglende teknologisk- og kognitiv nærhed kan have betydning for, hvor godt tværsamarbejdet omkring Diabetesbussen fungerer. Således bliver teknologi et vigtigt element i forståelsen af, hvad der påvirker tværsamarbejdet ift. at muliggøre en lige adgang til

sundhedsvæsenet for sårbare diabetespatienter. Manglende teknologisk- og kognitiv nærhed medfører derudover ofte en manglende vidensdeling, som udfoldes i næste afsnit af analysen.

### *Nyttig viden*

Denne kategori indeholder som tidligere udfoldet i analysestrategien forskellige perspektiver på, hvilken viden der fremstår som nyttig viden, ifm. at få et tværsamarbejde i relation til Diabetesbussen, til at fungere hensigtsmæssigt.

#### **Viden om den sårbare diabetespatient**

Den ansatte på forsorgshjemmet, beskriver i interviewet, hvilken information ift. borgeren hun finder relevant at videregive til personalet på diabetesbussen, og hvorfor det er vigtigt:

*"... adfærden spiller en meget stor rolle. Så det her med, at man også får sagt til dem (bussen), at her er vores erfaringer om, at de ting kan trigge borgeren. For der kan man jo så sige, at inde i sådan en Diabetesbus, der er jo ikke lige en flugtvej ... Hvis man ser en borger, som skal på Diabetesbussen, og som har en risikovurdering, så vil man jo helt klart lige gå ind og vurdere, om de overhovedet skal ind og besøge Diabetesbussen lige der ... Så adfærden er rigtig, rigtig vigtigt at have en dialog omkring, så ikke at de skal føle sig utrygge ved at komme her."*  
(R2, l. 516)

Ud fra dette citat analyserer vi med afsæt i Gittells teoretiske perspektiv på fælles viden og kommunikation (Gittell, 2011, s. 20), at den ansatte på forsorgshjemmet udviser en forståelse for, at hendes viden om borgerens psykiske status er vigtigt at give videre både rettidigt og præcist. Derved skabes en fælles viden om borgeren mellem den ansatte på forsorgshjemmet og personalet på diabetesbussen. Denne fælles viden er yderst relevant for personalet på diabetesbussen, både ud fra et sikkerhedsmæssigt perspektiv, men også for at kunne møde målgruppen hensynsfuldt, så det bliver muligt at udføre komplikationsscreeningen.

I interviewet bliver det ikke specificeret, hvornår denne kommunikation finder sted. Heri om denne kommunikation af viden er planlagt eller opstår tilfældigt i forlængelse af, at Diabetesbussen kommer frem til bo-og værestedet. Vi vælger at tolke det som, at der ikke er udfærdiget en klar procedure eller skabt en rutine omkring kommunikationen, da Diabetesbussen ikke har kørt i en længere tidsperiode. Ud fra vores viden om RK, vil det dog være relevant, at denne form for kommunikation, opsøges bevidst af aktørerne. Herved sikres det, at kommunikation sker rettidigt og præcist. Ud fra Gittells teori, vil det være med til, at der skabes en fælles viden, der kan bruges meningsfuldt ift. at udføre de fælles opgaver, der opstår ifm. Diabetesbussen.

En ansat på et værested understøtter samme betragtning om, at der skal skabes en fælles viden om patientens psykiske og fysiske ressourcer, ift. at komplikationsscreeningen i Diabetesbussen kan gennemføres:

*”Hvis det nu er, at Diabetesbussen holdt her, så ville vi jo kende borgerne. Så vi ved jo, hvad der skal til for at få dem ind, og hvis der er et eller andet ift. deres psyke, jamen så vil vi jo være der. Så det ville slet ikke være noget problem overhovedet.” (R3, l. 235)*

Ud fra Gittels begreb fælles viden tolker vi, at den ansatte på værestedet er bevidst om, at når hendes arbejdsfunktion og viden forenes med personalet på Diabetesbussen, så kan de løse den fælles opgave, med at få gennemført et screeningstilbud af den sårbare diabetespatient.

Som beskrevet tidligere i analysen, skal komplikationsscreeningen danne grundlag for, at sygeplejersken udarbejder en videre behandlingsplan. Som udgangspunkt er det egen læge, som har behandlingsansvaret, og derfor skal egen læge f.eks. følge op på at lave medicinændringer. Projektlederen beskriver dog, at det har været svært at få skabt en kontakt til repræsentanter for de praktiserende læger, da Diabetesbussen som et tiltag blev udviklet (R4, l. 259). Derfor er det også uvist, hvad de praktiserende læger mener om at få tilsendt en behandlingsplan fra en regional diabetessygeplejerske. I vores interview med lægen giver han dog udtryk for følgende:

*”Jamen altså hvis det skulle lykkes Diabetesbussen og få fat i en patient, som jeg ikke ser af en eller anden årsag, også informere mig om de resultater, så vil jeg da kun glæde mig over, at jeg får dem i hænde, og jeg kan tage vare på patienten, helt bestemt.” (R6, l. 155)*

Ud fra Gittell kan vi analysere, at den praktiserende læge som udgangspunkt ikke har en fælles viden om, andre aktørers bidrag til den samlede opgaveløsning, idet han ikke har forudgående kendskab til Diabetesbussen. Alligevel giver han udtryk for, at viden om patientens fysiske komplikationer, vil blive brugt af ham for at tage hånd om patienterne. Dermed kan vi også tolke, at lægen finder det fælles mål for Diabetesbussen som meningsfuldt. Derved motiveres han for at bidrage til opgaveløsningen (Gittell 2011, s. 21).

### **Viden om Diabetesbussens funktion**

Det foregående afsnit, har givet et indblik i, at ansatte på bo- og væresteder er bevidste om, hvad de kan bidrage med af viden om borgerne til personalet på diabetesbussen. Der er dog også enkelte steder, hvor vi kan identificere, at de ansatte på bo- og væresteder mangler en indsigt i, hvad arbejdsopgaven ift. screeningen er. Dette gælder bl.a. hvilke undersøgelser der kan udføres, og hvem der har behandlingsansvaret for borgeren. Citatet fra den ansatte på bostedet skildrer dette:

*”Der må være noget i bussen, som de ikke kan. De får også screenet deres øjne, når de har diabetes, og det tænker jeg ikke de er i stand til at gøre i bussen. Så jeg tror ikke helt, at vi*

*kommer fri for at skulle køre til Nykøbing med dem ... at de oplysninger og de ting, der sker i Diabetesbussen, de bliver videregivet til ambulatoriet, sådan at de også kan følge med derovre. Altså så de også hele tiden er med inde over forløbet." (R5, l. 156 og 197)*

Her kan vi identificere en manglende indsigt i helheden omkring den tværgående arbejdsproces, der er ift. Diabetesbussen. Ifølge Gittell skal aktører kende og forstå andres jobfunktioner, så alle aktører er klar over, hvordan de hver især bidrager til helheden (Gittell, 2011, s. 20–21). Når vi kan identificere, at en ansat har en manglende indsigt i arbejdsfunktionen på Diabetesbussen, kan der opstå mindre sammenhæng i opgaveløsningen. Vi tolker, at det er væsentligt, at den ansatte på bostedet får en viden om, at den behandlingsansvarlige som udgangspunkt er den praktiserende læge og ikke ambulatoriet på sygehuset. Derved bliver hun klar over, hvem borgeren skal kontakte ift. den videre behandlingsplan ud fra komplikationsscreeningen. En opgave for den ansatte på bostedet er netop at kunne guide borgeren optimalt videre i sundhedsvæsenet. Herudover er det også relevant, at hun ved, at Diabetesbussen f.eks. også kan udføre øjenfotos, så hun kan videreformidle alle tilbud i Diabetesbussen til borgerne på bostedet, og på den måde motivere borgerne til at prøve screeningen i Diabetesbussen.

For at den ansatte på bostedet får denne viden, skal det kommunikeres fra SDCS og personalet på Diabetesbussen. Da Diabetesbussen har holdt stille pga. mekaniske udfordringer og corona-epidemien, finder vi det dog forståeligt, hvis den ansatte har svært ved at genkalde sig bussens funktioner ift. komplikationsscreeningen. Derfor kunne det være relevant, at der fra SDCS og personalet på Diabetesbussen blev sørget for en kontinuerlig og hyppig kommunikation omkring bussens formål og funktioner. I til-læg<sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>1</sup>/<sub>2</sub><sup>1</sup>/<sub>2</sub> at der ude på alle bo- og værestederne skabes en rolle i form af en nøgleperson, som personalet fra diabetesbussen kan videreformidle viden til. Herfra kunne nøglepersonen videreformidle information og viden om Diabetesbussen ud til personalet på det enkelte bo- og væresteder. Dette også med øje for, at der sker udskiftning i en personalegruppe, hvormed nytilkomne også får del i relevant viden om bussen.

### **Aktørernes viden medinddraget i udviklingen af Diabetesbussen**

Projektlederen har i udviklingsfasen af Diabetesbussen faciliteret workshops, for at medinddrage viden fra personalet på bo- og væresteder. Denne viden har været relevant, ifm. udviklingen af Diabetesbussen, så bussens formål stemmer overens med de behov, som personalet og den sårbare målgruppe efterspørger. Projektlederen fortæller følgende:

*"Vi har holdt nogle workshops, hvor vi spurgte folk, hvad skal vi putte i den her bus? Og så havde vi selvfølgelig selv en dagsorden, som de meget gerne måtte tale ind i, for det gjorde det meget nemmere for os. Men vi blev også klogere undervejs, ved det de sagde ... Så de har haft mulighed for at påvirke, men det er klart, at det har ikke været elastik i metermål. Det har været inden for en ramme, som ligesom kunne være gældende i en bus, men også det vi må i*

*regionen. Vi må ikke alt muligt. Der er nogle ting, som skal håndteres i primærsektor, og det skal man også have respekt for. Så der er nogle ting, hvor man kan sige, at det er rigtig godt projekt, det ligger bare ikke hos os. De har haft mulighed for at påvirke, men de har ikke helt kunne designe projektet, som de gerne ville have det. (R4, l. 445 og 471)*

Ud fra Gittells begreb om fælles viden og gensidig respekt tolker vi, at disse workshops har skabt en fælles viden om, hvad Diabetesbussens formål og funktion indebærer. Samtidig er det vores tolkning, at der har været en gensidig respekt omkring ønsker og behov mellem SDCS og aktørerne tilknyttet bussen. Det vil sige, at aktørerne har fået lov til at ytre deres ideer, som SDCS har taget i betragtning. Samtidig har SDCS kunne formidle tilbage, at givne strukturelle vilkår i sundhedsvæsenet er med til at afgøre, hvilke muligheder Diabetesbussen kan tilbyde. Dermed opstår der en gensidig forståelse og respekt for hinandens bidrag til den fælles opgaveløsning. Det skaber et fundament, der giver aktørerne mulighed for at opbygge en større fælles viden, til gavn for at indfri bussens formål.

En af vores interviewpersoner, der er ansat ved forsorghjemmet, har netop været med i en workshop, hvortil hun beskriver:

*"Jeg har været med ift. nogle arbejdsgrupper, hvor jeg har været inviteret med som gæst ift. at komme med mit besyv ift., hvad jeg tænker, kunne være ret væsentligt, de havde en viden omkring. Og så har de været på besøg her, hvor vi ligesom har set bussen og blev involveret i, hvad har det egentlig af muligheder i denne her bus og har haft mulighed for at invitere nogle borgere ind." (R2, l. 72)*

Citatet støtter op omkring projektlederens udtalelse om, at aktører i relation til Diabetesbussen er blevet medinddraget ift. udviklingen af bussen. Det er vores generelle indtryk af hele interviewet med den ansatte på forsorghjemmet, at hun er engageret omkring Diabetesbussen som et projekt. Ud fra Gittells begreb gensidig respekt, kan vi tolke, at den ansatte på forsorghjemmet netop har oplevet denne gensidige respekt ifm. workshoppen. Det kan være med til, at hun værdsætter Diabetesbussens bidrag. Samtidig er hun opmærksom på, at hendes handlinger og viden er med til at påvirke udviklingen og implementeringen af Diabetesbussen.

### **Vidensdeling øger faglig udvikling og kvalitet**

Den ansatte på forsorghjemmet, bidrager også med et andet perspektiv på vidensdeling. Denne form for vidensdeling retter sig ikke specifikt mod det, som Gittell præsenterer i sit begreb fælles viden, men retter sig mere mod faglig udvikling:

*"Jeg tænker også, det rent fagligt læringsmæssige. Er der noget nyt, vi skulle være opmærksomme på eller, nu er der nogen, der har forsket i det her. Så man hele tiden også rent fagligt*



*har fokus på den del også. For man kan jo godt nogle gange gå i sin egen osteklokke, og så er der måske noget, man ikke lige er helt opdateret i.” (R2, l. 372)*

Faglig udvikling har vi omtalt i afsnit 6.1.6, som en del af diskursen om det lærende tværsamarbejde. Sine Lehn-Christiansen argumenterer for, at diskursen i det lærende tværsamarbejde understøtter, at den fagprofessionelle også skal deltage i et tværsamarbejde for at lære nyt. Som den ansatte på forsorgshjemmet siger, så kan hun blive fagligt opdateret, hvilket taler ind i Højholdts beskrivelse af tværprofessionelle læreprocesser (jf. afsnit 6.1.6). Det skal være med til, at den sundhedsprofessionelle kan agere mere kvalificeret i fremtiden på baggrund af denne læring opnået ved et tværsamarbejde.

Den ansatte på forsorgshjemmet omtaler denne faglige udvikling flere steder på l. 261 og l. 405. Den ansatte på forsorgshjemmet omtaler også, at der er pædagogisk personale tilknyttet som kontakt- og støt-teperson for de sårbare diabetespatienter, som har gavn af at vide, at borgere der får psykofarmaka, kan udvikle diabetes som en bivirkning af medicinen (R2, l. 405). En ansat på værestedet italesætter samme perspektiv på vidensdeling:

*”Og vi har på min arbejdsplads her, både pædagoger og sundhedsfagligt personale. Og de sparer rigtig meget med hinanden, og det er jo klart, at dem, der er sundhedsfaglige, de vil jo se nogle tegn meget hurtigere end de andre. Så derfor er det jo vigtigt, at vi snakker sammen omkring det. Men det ville give rigtig god mening, at vi ligesom får, måske noget vidensdeling ift. diabetes.” (R3, l. 260)*

Ud fra citaterne kan vi tolke, at det for personalet også er vigtigt, at tværsamarbejdet er med til at understøtte en faglig udvikling.

Sygeplejersken på bussen har også fået øje på en konkret efterspørgsel fra personalet på bo- og værestederne:

*”Det de efterspørger rigtig meget, det faktisk diætist. De efterspørger en diætist, som kan komme og undervise dem, fortælle dem, hvad det er de skal gøre, hvordan de bedst skal tilrettelægge mad og snacks. [...] Men det tror jeg, virkelig er det, som jeg har mødt, der har været størst efterspørgsel på. Fordi der har personalet manglet nogle redskaber og har gerne ville klædes ordentligt på. (R1, l. 746)*

Vi udleder af citatet, at et tværsamarbejde kan skabe en mulighed for vidensdeling, der understøtter faglig udvikling hos aktørerne. Det er samtidig her, at Gittells teori og begreber mangler et blik for, at vidensdeling kan skabe faglig udvikling. Vi har valgt medtage dette perspektiv, da det optræder flere steder hos forskellige interviewpersonerne.

Samlet set vurderer vi, at kategorien *Nyttig viden* giver indblik i, at en fælles viden omkring diabetesbussen giver aktørerne en større indsigt og forståelse for de tværgående arbejdsprocesser, samt understøtter faglig udvikling hos aktørerne.

### *Opsamling på tematikken Tværsamarbejde på distancen*

Ud fra interviewene med de aktører, som har et kendskab til projektet, tolker vi, at disse overordnet set, har det samme syn på Diabetesbussens formål, og derfor kan det tolkes, at denne del af formidlingen er lykket. Ligeledes tolker vi, at et fælles mål der samtidig taler ind i målgruppens behov, er meningskabende for aktørerne og fremmer arbejdet med en fælles opgaveløsning.

Ud fra vores tolkning, er der som minimum behov for midlertidig geografisk nærhed mellem aktørerne for at understøtte et tværsamarbejde. Samtidig understøtter citaterne, at der er behov for et projekt som Diabetesbussen, der møder målgruppen i deres nærmiljø. Et vigtigt element for at muliggøre et samarbejde på tværs og mellem mange aktører, er muligheden for teknologisk og kognitiv nærhed. Ligeledes ser vi, at det er vigtigt at etablere fælles viden om den sårbare diabetespatient, Diabetesbussens funktion samt viden om hinandens tværgående arbejdsopgaver for at muliggøre et tværsamarbejde på distancen, der samtidig giver mulighed for faglig udvikling hos aktørerne.

## 9.1.2 Organisering

Tematikken handler overordnet om, hvorfor det kan være svært at samarbejde på tværs, i et projekt med mange forskellige aktører, der er organiseret forskelligt, med forskellige ledelser og kerneopgaver. Derfor handler det også om de strukturer, der er med til at fastsætte aktørernes rammer, og hvordan aktørerne oplever, at planlægning gennem kommunikation, vidensdeling, midlertidig geografisk nærhed og teknologi, kan være med til at afhjælpe nogle af udfordringerne.

### *Ledelse på tværs*

Kategorien afspejler primært de udfordringer, som sygeplejersken på bussen og projektlederen fra SDCS oplever i forsøget på at prioritere opgaver og ansvar for bussen, samt det faktum, at sygeplejersken på bussen samtidig har opgaver i ambulatoriet tre dage om ugen. Personaleansvaret for sygeplejersken er hos ledelsen i ambulatoriet, og derfor kan det være svært for projektlederen at hjælpe ift. arbejdspress og prioritering (R4, l. 159). Udfordringerne for sygeplejersken ligger i at skulle balancere prioriteringen af opgaver i ambulatoriet (R1, l. 709), specielt under corona-epidemien: *"Ja og det har været Corona, der har væltet hele læsset, ikke. Fordi alle mine kollegaer blev sendt i sengeafsnit, da corona kom."* (R1, l. 185).

Samtidig har der været mange praktiske og administrative opgaver ifm. at få Diabetesbussen i drift og få det tekniske til at fungere:

*”Og så har bussen så ligget på is i de to en halv måned, hvor alt lå på is. Men jeg kunne godt have brugt noget hjælp. Jeg har skulle være praktisk gris på bussen, indtil jeg smed håndklædet, og sagde det kan jeg simpelthen ikke. Der må være nogle andre, som er bedre egnet til det her. Jeg er sygeplejerske [...] der har projektlederen hjulpet mig rigtig meget med, hvordan jeg skal strukturere det med kontakten til de her bosteder, væresteder. Og hvordan jeg sådan ligesom har kunne gribe det an ift. at ringe til dem og skaffe kontakinfo og mail.” (R1, l. 529)*

Disse udtalelser ser vi som et tegn på, at sygeplejersken har oplevet sig presset af at være to forskellige steder med meget forskellige opgaver, som ikke alle ligger inden for det sygeplejefaglige område. Dog tolker vi, at hun oplever at få hjælp fra projektlederen fra SDCS, når hun efterspørger det. Med begrebet organisatorisk nærhed kan vi tolke sygeplejerskens oplevelser som et tegn på, at der er stor divergens i den organisatoriske kontekst mellem ambulatoriet og bussen. Vi kan med denne analyse se, at den manglende organisatoriske nærhed, som sygeplejersken oplever, skaber frustrationer og kan føre til mindre effektivitet i opgaveløsningen. Teorien om organisatorisk nærhed beskriver, at jo mere lighed i organisationerne, jo bedre gensidig forståelse (Knoben & Oerlemans, 2006, s. 75).

Vi ser dog også, i overensstemmelse med Gittells begreb om gensidig respekt (Gittell, 2011, s. 20), at sygeplejersken og projektlederen har stor forståelse og respekt for hinandens vilkår og muligheder, men ledelsen på tværs af organisationer er en udfordring: *”Der tror jeg heller ikke, at det har været så nemt at være de her Steno-projektfolk, vel altså. Det tror jeg virkelig ikke.” (R1, l. 554).* Vi tolker, at sygeplejersken udtrykker forståelse for projektledelsens udfordringer. Samtidig kan projektlederen også se det fra sygeplejerskens side, men hun oplever, at det er svært at handle på det:

*”Og hun [sygeplejersken] står jo altså rigtig meget med det selv, og har en smule hjælp at hente indimellem [...] Ja også ift., hvem der er ansat hvor. Dem som jeg refererer til både overlæge på diabetesambulatoriet og anden projektleder fra Steno, har jo ikke noget personaleansvar overfor sygeplejersken på bussen. Der er jo ikke nogen af dem, som har personaleledelse. Så på den måde, så kan de ikke altid gå ind og give den hjælp, hun har brug for i en hverdag, der jo er omskiftelig. (R4, l. 151)*

Vi tolker ud fra citatet, hvorfor manglende organisatorisk nærhed, gør det svært at lede på tværs af forskellige organisationer, og kan være en barriere ift. at understøtte et tværsamarbejde. I projekter som Diabetesbussen, ser vi derfor, at det kan være væsentligt at have fokus på, hvordan den organisatoriske kontekst kan få betydning for mulighederne for optimalt tværsamarbejde. Desuden kan det, som vi tidligere har beskrevet i afsnittet om *Behov for fysisk møde* være afgørende, at der er mulighed for midlertidig geografisk nærhed for at kunne understøtte, at den organisatoriske nærhed og ledelse kan foregå på distancen.

Projektlederen har både organisatoriske og ledelsesmæssige udfordringer ved, at gennemføre et projekt der går på tværs af sektorer og dermed kan være udfordret ift. den organisatoriske nærhed. Samtidig skal hun balancere, hvor meget ansvar hun selv skal tage og afgive.

*"... at få en tråd ud i kommunerne, som er vores første fase, hvor vi starter. Og det er ikke uden problemer, fordi det er meget diffust. Og vi snakker ind i alle mulige sektorer, og vi snakker ind i forskellige kommuner. Og min fornemmeste opgave som projektleder er at sikre, at de lykkes dernede med projektet. Og det er sindssygt svært, fordi der er rigtig, rigtig mange dagsordner der ude og gå. Det er en balancegang at sørge for, at de får det de skal bruge, men ikke gå ind og overtage det for dem. Fordi det kunne være nemt at køre derned og fikse det hele selv. Jeg tror måske ikke, at jeg ville have mere held med det end dem. Men forstå mig ret. Men det bliver projektet ikke bæredygtigt af. Det skal være et projekt, de selv kan drifte på sigt, og skal lykkes med." (R4, l. 75)*

Vi tolker, at ved projektlederens opgaveløsning kan der opstå manglende gensidige forståelse pga. de mange forskellige organiseringer, ledelser og dagsordner. Dermed kan evnen til at kombinere information og viden fra de samarbejdende parter vanskeliggøres, hvilket kan påvirke tværsamarbejdet.

### *Planlægning og struktur*

I denne kategori har vi valgt to underemner. Det ene handler om at få planlægning og driften af bussen til at fungere med de mange forskellige aktører tilknyttet bussen. Det andet emne fokuserer på de udfordringer, som primært sygeplejersken på bussen har haft med alt det tekniske udstyr og koordinering af hjælp til dette.

#### **Planlægning og drift af bussen**

Både den ansatte på forsorgshjemmet og på værestedet giver klart udtryk for, et behov for planlægning og kontinuitet i besøgene af bussen, både for personalets – og for borgernes skyld (R2, l.222).

*"Jamen, det kan bedst fungere, hvis det er, at vi ved en dato på, hvornår de kommer og tidsrummet. Fordi så har vi meget bedre mulighed for at forberede vores borgere på, hvornår det er, og hvad de skal undersøges for. Helt sikkert." (R3, l. 117)*

Behovet for planlægning og strukturering af bussens tilstedeværelse ude i kommunerne er, som vi tolker det et tegn på manglende organisatorisk nærhed som f.eks. forskellig ledelse og organisering samt forskellige arbejdsvilkår. Det gør det vigtigere at planlægge tingene i god tid. Således bliver det daglige arbejde både påvirket af manglende geografisk- og organisatorisk nærhed, som reducerer aktørernes mulighed for kommunikation og vidensdeling. Desuden skal kommunikationen være hyppig og rettidig, da kommunikationen påvirker den praktiske koordinering. Dette understøtter, hvad vi tidligere har fundet i temaet *Behov for fysisk møde*. Her fremhæves det, at midlertidig geografisk nærhed øger muligheden for

at kommunikere og skabe relationer. Derfor mener vi at faste, planlagte og kontinuerlige besøg af bussen, øger de ansatte på forsorg- og værestedets mulighed for at bidrage til tværsamarbejdet og det fælles mål.

I relation til respondenternes udtryk for et behov for planlægning og struktur af busbesøg, tolker vi, at det aktuelle behov desuden afspejler, at på tidspunktet for interviewene, har R2 og R3 ikke set eller hørt fra Diabetesbussen i ca. seks måneder. I de seks måneder har bussen stået stille pga. enten corona-epidemien eller tekniske problemer. Vi vurderer, at dette behov kunne imødekommes i form af en nyhedsmail med statusopdateringer.

### **Planlægning og strukturering af tekniske udfordringer**

For at Diabetesbussen overhovedet kunne komme ud at køre og lave screeninger, har der været mange tekniske og mekaniske udfordringer, der skulle løses først. Sygeplejersken har oplevet, at ansvaret for at få det løst, har ligget hos hende. Bl.a. fordi det drejer sig om udstyr, som hun kender til og skal anvende i bussen. Samtidig er projektlederen af den overbevisning, at personalet på bussen selv skal kunne løse mest muligt for at gøre projektet bæredygtigt. Sygeplejersken fortæller:

*“Jeg synes, at alle har været super interesserede i at få det her til at fungere bedst muligt. Men jeg har måske ikke haft de forudsætninger, der skulle til for at løse alle de problemer, der har været. Og der er ikke rigtig nogen der altid har kunne forudse de her problemer, der er opstået, vel. (R1, l. 554)*

Sygeplejersken har selv givet udtryk for, at en af udfordringerne er, at hun ikke er i geografisk nærhed af projektlederen. Derfor har nogle udfordringer fået lov at vokse sig lidt for store, før hun har *“... kastet håndklædet i ringen”* (R1, l. 147)

Som vi tolker det, kan man også anfægte, om det er den mest effektive løsning at sætte sundhedsprofessionelle til at løse tekniske og administrative opgaver. Både fordi forskellige omstændigheder har gjort, at sygeplejersken har været meget alene med at få Diabetesbussen i drift. Derudover hører de tekniske problemer til selve opbygningen af bussen. Derfor vurderer vi, at det ikke har nogen betydning for projektets fremadrettet bæredygtighed, at det ikke er sygeplejerskens som står for de arbejdsopgaver, selvom det aspekt har været projektlederens bekymring (R4, l. 82). Vi vurderer, at det er mere hensigtsmæssigt, at sygeplejersken fokuserer på kontakt til de aktører, som bussen skal besøge. Fordi sygeplejersken med sin faglighed kan skabe relationer til relevante aktører, samt kommunikere præcist og problemløsende om Diabetesbussen formål og handlemuligheder ift. den sårbare målgruppe. Sygeplejersken giver også udtryk, at der er behov for en sekretær til at hjælpe med at skabe overblik og styre kalenderbooking i sundhedsplatformens (R1, l. 543). Ansvaret for alle disse opgaver og roller hos sygeplejersken gør, at projektet bliver personbåret, og derved bliver det en sårbar konstellation. Denne tematik uddybes i *Projektets bærende kræfter*.

### *Opsamling på tematikken organisering*

Tematikken afspejler, bl.a. hvor vigtigt det er at have mulighed for at kommunikere og vidensdele, og gerne ansigt til ansigt, når man ikke oplever organisatorisk nærhed. Interviewene giver indtryk af, at det både kan være svært for medarbejderne, men måske mest for ledelsen, at få samarbejdet og planlægningen omkring dette projekt til at fungere. Hvis samarbejdende organisationer er meget forskellige, som det er tilfældet for de aktører, der er tilknyttet Diabetesbussen, er det vigtigt at have midlertidig geografisk nærhed, for at kunne forstå hinandens vilkår. Ellers risikerer man, at aktørerne oplever manglende forståelse og respekt for hinandens opgaver, som forringer muligheden for at bidrage til det fælles mål. I projekter der går på tværs af sektorer, og hvor det både er sundheds- og socialområderne der skal samarbejde, er det svært at opnå organisatorisk nærhed. Derfor bliver det endnu mere vigtigt, at der er fokus på andre muligheder for at skabe tværsamarbejde, gennem (midlertidig) geografisk- og teknologisk nærhed, så man bedre kan opnå fælles mål og viden, gensidig respekt og optimale forhold til at kommunikere.

#### 9.1.3 Projektets bærende kræfter

Gennem interviewene har vi kunnet identificere tematikken *Projektets bærende kræfter* særligt i interviewene med sygeplejersken på Diabetesbussen og projektlederen fra SDCS. Vi finder det relevant at analysere denne tematik yderligere, da respondenternes udsagn taler ind i Gittells perspektiver rettet mod, det hensigtsmæssige i at opbygge normer og regler på arbejdspladsen, der indikerer, hvordan forskellige arbejdsroller kan bidrage til et tværsamarbejde om en fælles opgave (Gittell, 2012, s. 34–35). Modsat kan Gittells konstruktive perspektiv omkring tværsamarbejde erstattes med, at der på en arbejdsplads opstår et tværsamarbejde om en fælles opgave ved, at tværsamarbejdet kun bygger på relationer mellem specifikke individer. Dermed bliver tværsamarbejdet personbåret, og relationen mellem aktørerne eksisterer derfor på et sårbart grundlag.

Tematikken har to underkategorier; *Kendt netværk* og *Paradokset ved ildsjæle*, der overlapper hinanden.

#### *Kendt netværk*

I interviewet med sygeplejersken på Diabetesbussen får vi det klare indtryk, at hun har mange års praksiserfaring med diabetespatienter både fra primær- og sekundær sektor og tidligere diabetesnetværk (R1, l. 12, l. 21, l. 895 og l. 972). Derudover er hun veluddannet indenfor området og løser arbejdsopgaver, som ikke alle sygeplejersker kan varetage (R1, l. 61). Derfor fremstår hun som en vellidt og kompetent medarbejder. Projektlederen fremhæver og anerkender også sygeplejerskens kompetencer, og det store arbejde hun gør for Diabetesbussen. En del af anerkendelsen tolker vi kommer til udtryk i de arbejdsopgaver sygeplejersken pålægges, netop fordi det er hende som person, der bedst kan klare disse opgaver. Det ses bl.a. i, at sygeplejerskens allerede eksisterende netværk i både primær- og sekundær sektor, ses som afgørende for opgaveløsningen med at videreformidle viden om Diabetesbussen og etablere et tværsamarbejde omkring Diabetesbussen. Projektlederen siger følgende:

*"Der har vi jo også en sygeplejerske med, som har et stort bredt kendskab til primær sektor, og som har en masse kontakter, hvor jeg også tænker, at det ville være fuldstændigt hul i hovedet, og gå ind og overrule den der kendthed hun har, og den erfaring hun har med det, fordi den har jeg ikke selv. Så er der noget andet jeg kan gøre, som hun ikke skal bruge sin tid på."*  
(R4, l. 217)

Vi anerkender, at det kan virke som en helt legitim antagelse, at det er oplagt at benytte sygeplejerskens netværk, som et grundlag til at etablere et tværsamarbejde mellem primær- og sekundær sektor. Vi tolker dog, ud fra Gittells perspektiver omkring normer for, hvordan generelle arbejdsroller kan bidrage til et tværsamarbejde, at denne netværksdannelse bliver for personbåret og dermed er sårbar, hvis der f.eks. sker personaleudskiftning både på Diabetesbussen eller personale ude i primærsektoren.

Vi tolker dog, at der også er en strukturel årsag til, at etableringen af tværsamarbejdet omkring Diabetesbussen bliver personbåret. Det er et vilkår, at sygeplejersken tilknyttet Diabetesbussen for nuværende er den eneste nøgleperson. Årsagen hertil er både grundet tildelte midler, og udfordringer i personalerekruttering (R1, l. 61 og l. 749). Det umuliggør, at en skemaplanlægning i ambulatoriet kan tilgodese en yderligere fast medarbejder til Diabetesbussen. Projektlederen italesætter problematikken i følgende citat:

*"... uden at vi hverken kan eller skal gå ind og overtage den rolle. Fordi problemet er, så oversætter vi igen screeningstilbuddet til noget andet, og så får hun (sygeplejersken) problemer, når hun så kommer ud og skal varetage funktionen, hvis der er blevet lovet, at hun kan noget andet. Og så kan man sige, at nu tror jeg, at jeg i virkeligheden har italesat den allerstørste barriere, at der er en sygeplejerske, der er frontrunner på det her. Og hun står jo altså rigtig meget med det selv, og har en smule hjælp at hente indimellem. (R4, l. 146)*

Vi tolker, at projektlederen er klar over, at det ikke er hensigtsmæssigt, at sygeplejersken er den eneste faste medarbejder tilknyttet Diabetesbussen. Dog anser projektlederen fra SDCS, at det ikke er deres arbejdsopgave at træde til og hjælpe med f.eks. udbredelse af viden om Diabetesbussen til aktører i primærsektor, da SDCS er for langt fra praksis. Det efterlader sygeplejersken alene om bussen i det daglige både mhp. at implementere tiltaget og skabe tværsamarbejde samt at få igangsat en regelmæssig drift. På baggrund af Gittells teoretiske perspektiver omkring personbåret relationer, tolker vi, at det kan være u hensigtsmæssigt, at det pålægges én medarbejder at skabe et tværsamarbejde og fortsat vedligeholde dette tværsamarbejde. Det bliver sårbart, hvis denne person forsvinder, da andre vil have svært ved at overtage arbejdsopgaven. Derudover harmonerer arbejdsmængden, ift. at etablere et tværsamarbejde ikke med, at den samme medarbejder har andre arbejdsopgaver, både ifm. bussen men og helt andre arbejdsopgaver i ambulatoriet på sygehuset.

Paradokset mellem at finde det nyttigt at benytte sig af sygeplejerskens kompetencer og netværk ifm. implementeringen af Diabetesbussen sat overfor, at det samtidig skaber en sårbar relation og grundlag for Diabetesbussen, italesætter projektlederen således:

*”Men det afhænger rigtig meget af sygeplejersken på Diabetesbussen. Og hvis hun ikke lykkes, så lykkes vi slet ikke. Det er meget sårbart. Vi prøver at nurse om hende, men det er jo ikke altid nemt, når man ikke er i den samme afdeling. (R4, l.151)*

Vi tolker, at citatet er med til at skildre det paradoks, der kan opstå omkring en medarbejder, der har rette kompetencer og netværk, der principielt kan være med til at lette implementering af Diabetesbussen. Samtidig er projektlederen opmærksom på, at arbejdsopgaven bliver personbåret og dermed en sårbar løsning. Citatet trækker samtidig referencer tilbage til tematikken Organisering ift. geografisk- og organisatorisk nærhed, hvor manglende nærhed inden for disse to begreber kan føre til, at det bliver sværere for SDCS at hjælpe med den fælles opgaveløsning. Strukturelt kan det være med til at påvirke de arbejdsvilkår, som sygeplejersken er underlagt i ambulatoriet.

Vi ser dog også andre steder i interviewet, at et kendt netværk kan være med til at få en kommunikation igennem i den øverste ledelse i f.eks. kommunerne. Der har SDCS f.eks. gjort brug af, at deres programchef er en kendt aktør i sundhedsvæsenet. Derfor har han lettere kunne etablere en relation på et ledelsesniveau (R4, l. 233 og l. 361). Vi tolker dog ikke, at der har været nogle problemer med at skabe en relation denne vej igennem. Muligvis fordi programchefens rolle har været gældende i en kort tidsperiode, hvorimod sygeplejerskens rolle ifm. at etablere et tværsamarbejde er en kontinuerlig arbejdsopgave. Dermed bliver det en mere krævende arbejdsopgave at pålægge kun én medarbejder.

### *Paradokset ved ildsjæle*

Vi har frem til nu, fremhævet at sygeplejersken tilknyttet Diabetesbussen har de rette kompetencer og netværk, der kan bruges ifm. at implementere Diabetesbussen. Ud fra Gittell (Gittell, 2012, s. 34–35) analyserer vi dog også, at den personbårede relationen kan blive for sårbar. Dermed står sygeplejersken alene med et stort ansvar for at skabe tværsamarbejde. Ifølge Gittell burde projektet være forankret som en tværfaglig samarbejdskultur i afdelingen, der samtidig var understøttet af flere medarbejdere.

Men sygeplejersken udviser til trods for disse udfordringer stadig et engagement omkring bussen, hvilket ud fra vores tolkning er fordi, hun er en ildsjæl indenfor diabetesområdet. Det fremkommer f.eks. i følgende citat:

*”Rigtig mange gange har jeg faktisk spurgt mig selv: Hvad fanden er det, der får dig til at sidde her og lave alt det arbejde og gøre alt det her. Og så får du ovenikøbet mindre i løn, end du gjorde dengang du kørte som hjemmesygeplejerske [...] Men det er jo nok det, der sådan lidt*



*pioner-agtige i det. Eller [...] Ja at det er spændende [...] Men ja, alt sådan noget udviklingsarbejde er jo smadder sjovt og spændende. Det er det jo. Og du bliver jo ikke nogen dårligere sygeplejerske af at have prøvet de her ting, vel! (R1, l. 772 og l. 766)*

Vi tolker, at sygeplejersken udviser en ambivalens omkring, at hun er tilknyttet Diabetesbussen som nøgleperson. Hun synes til tider, at det er hårdt og besværligt, men samtidig kan hun ikke lade være med at engagere sig i et projekt, som hun anser som et udviklingsarbejde indenfor hendes faglige interesseområde.

Afslutningsvis giver hun udtryk for sin egen holdning omkring den generelle drift af sundhedsvæsenet, hvortil hun siger:

*"Det er egentlig utroligt, at vores sundhedsvæsen fungerer. Altså med en privat sektor, og en kommunale sektor, en regional sektor [...] Vi har forskellige it-systemer, og ja. Vi bliver målt på forskellige parametre og aflønnet på forskellige parametre. Det fungerer kun fordi, der er nogen der gider at få det til at fungere, tænker jeg." (R1, l. 1069)*

Vi tolker, at sygeplejersken her italesætter, at det er ildsjælene i sundhedsvæsenet, der er med til at få systemet til at fungere, på trods af de udfordringer som sundhedsvæsenet byder, hvor hun fremhæver at forskellige sektorer skal samarbejde.

### *Opsamling på tematikken Projektets bærende kræfter*

I denne tematik har vores hensigt været at fremhæve det paradoks, der kan opstå omkring en ildsjæl som sygeplejersken på Diabetesbussen. En ildsjæl som hende har de rette kompetencer og netværk til at implementere og drifte bussen. Men når hun for nuværende er eneste faste nøgleperson tilknyttet bussen, bliver arbejdsopgaven for personbåret og dermed sårbar, og for mange arbejdsopgaver tillægges hende. Der kan med fordel støttes op om projektet ved at forankre tværsamarbejdet som en større del af samarbejds-kulturen og ledelsen (Gittell, 2012, s. 35) Desuden får vi i tematikken også indblik i sygeplejerskens ambivalens omkring at være tilknyttet et projekt som Diabetesbussen. Denne ambivalens rummer både gode og frustrerende erfaringer hos sygeplejersken. Vi har fundet det relevant at begge former for erfaringer, skal have plads i vores speciale for at fremhæve, at implementeringen af et projekt som Diabetesbussen påvirker personalet i praksis både positivt og negativt. Vi vil dog understrege, at sygeplejersken fuldt ud støtter op omkring Diabetesbussen som projekt. Der har blot været udfordringer undervejs, som hun gerne ville have været foruden at skulle stå med selv i praksis.

### *Afrunding på 1. delanalyse*

Vores analyse af interviewene efterlader os med en indsigt i, hvor komplekst det er at skabe et tværsamarbejde mellem så mange aktører fra forskellige sektorer. Vi identificerer også, at der i projektet med Diabetesbussen fortsat er processer med etablering af tværsamarbejde, da relevante aktører som egen

læge, endnu ikke er en del af et gensidigt samarbejdet. Hertil kan det fremhæves, at et fokus på at etablere nye samarbejdsrelationer og vedligeholde det nuværende tværsamarbejde med aktører tilknyttet bus- sen, med fordel kan være et kontinuerligt fokuspunkt. Desuden kan projektet med fordel understøttes af flere medarbejdere. Analysen af interviewene giver derudover et indtryk af, at der er visse rammer og strukturer som aktørerne ikke selv har indflydelse på, der kan være en barriere for et optimalt tværsam- arbejde. Derfor har vi også fundet det relevant at lave en dokumentanalyse af policy-dokumenter, for at få et indblik i, hvordan den politiske opbakning er til tværsamarbejde. Derudover vil vores indsigt i aktø- rernes indbyrdes forhold fra interviewene også bidrage til den videre netværksanalyse.

## 9.2 Tekstnær dokumentanalyse

I denne del af analysen vil vi foretage en tekstnær analyse, af de to udvalgte policy-dokumenter. Med afsæt i den kritiske realismes ønske om at skabe dyb viden om virkeligheden, vil vi med analysen undersøge de dybereliggende logikker, holdninger og målsætninger, der ligger til grund for produktionen af dokumenterne. Policy-dokumenter kan have betydning for, hvordan aktørerne i relation til Diabetesbussen agerer. Dette med afsæt i, at vi betragter policy-dokumenterne som medier, der er med til at påvirke aktørerne. Gennem analyse af sprog og tekst, opnår vi en forståelse af tekstens sproglige virkemidler og argumentation. Analysen skal synliggøre, hvilke diskurser der kan være styrende for den sundhedsstrategiske planlægning, som danner fundament for initiativet bag Diabetesbussen. I det følgende vil vi for hvert policy-dokument først præsentere selve dokumentet, samt hvilke afsnit vi har valgt at analysere. Herefter gennemgås den tekstnære analyse, som vil omfatte en samlet analyse ud fra ordvalg, modalitet og kohæsi.

### 9.2.1 Analyse af "Region Sjælland på forkant. Regionsrådets strategi 2018-2021"

Strategien er udarbejdet og vedtaget umiddelbart efter regionsrådsvalget i november 2018 og udgør arbejdsgrundlaget for Regionsrådet i perioden 2018-2020. Strategien er på i alt 36 sider og beskriver rammen om den fortsatte udvikling af regionen. Rammen tager ud over regionens organisationsprincipper, også udgangspunkt i værdibaseret styring, hvor formålet: *"... er at gøre borgeren til omdrejningspunkt og alene levere ydelser, der matcher borgerens behov, og dermed skaber værdi for den enkelte borger."* (Region Sjælland, 2018, s. 10), ud fra de 8 nationale mål på sundhedsområdet.

Strategien beskriver, hvordan man ser, at udviklingen kan finde sted, de økonomiske rammer samt fire overordnede visioner, der alle tager udgangspunkt i formålet om: *"... at bringe regionen på forkant af udviklingen, udfordringerne og mulighederne"* (Region Sjælland, 2018, s. 4). Det er én af disse overordnede visioner, vi har udvalgt til en tekstnær analyse. Visionen som er den første i rækken, har overskriften: *"Et sammenhængende sundhedsvæsen med borgerens behov i centrum"* og beskriver, hvordan man generelt i Region Sjælland ønsker at tilrettelægge sundhedsvæsenet for regionens borgere, med et særligt fokus på at skabe lighed i sundhed. Dette tolker vi som handleanvisende for et initiativ som Diabetesbussen. Afsnittet beskriver først de holdninger, der ligger til grund for den måde, man ønsker at strukturere sundhedsydelserne på og efterfølgende de strategiske mål.

At sundhedsvæsenets tilrettelæggelse skal tage udgangspunkt i borgernes behov, jf. afsnittets overskrift, tydeliggøres i den første del af afsnittet ved, at borgeren præsenteres, som en vigtig aktør i udviklingen af et sammenhængende sundhedsvæsen. Borgeren bliver beskrevet med ord som *partner* og *medspiller*,

og det udspecificeres, at samspillet med borgeren betyder, at sundhedsvæsenet dermed "... er et sundhedsvæsen med høj kvalitet..." (Region Sjælland, 2018, s. 16). Denne elaboration fremstår desuden som en objektiv og kategorisk modalitet, hvilket betyder, at udsagnet fremstår som en universel sandhed. Ved at skrive sætningen i nutidsform bliver udsagnet kategorisk og skaber dermed et sandhedsbillede af, at et samspil med borgeren skaber høj kvalitet. Derudover er udsagnet objektivt, fordi det ikke fremgår af sætningerne, hvem der mener det, der skrives. Dette på trods af, at der uden henvisning til yderligere kilder, må være tale om en subjektiv vurdering.

Udgangspunktet i den enkelte borger, gentages også i den del af afsnittet som beskriver, hvordan der skal arbejdes med at sikre lighed i sundhed. Afsnittet indledes med sætningen: "*Region Sjælland vil skabe mere lighed i sundhed ved at hæve befolkningens generelle sundhedstilstand*" (Region Sjælland, 2018, s. 18). Sætningens påstand modereres ikke yderligere ved brug af hedges, og fremstår derfor med sin objektive kategoriske modalitet, som en sandhed der ikke skal diskuteres yderligere. Denne argumentationsform fortsætter afsnittet ud og afsluttes med sætningen: "*Et tæt samarbejde på tværs af sektorerne er en forudsætning.*" (Region Sjælland, 2018, s. 18), der på helt samme vis fremstår som en universel sandhed.

Med afsæt i Jørgensen og Phillips (1999, s. 96) kan vi udlede, at brugen af kategoriske modaliteter både er med til at afspejle og fremme afsenderens autoritet. Når vi flere steder i dokumentet identificerer udsagn, der fremstår som objektive og kategoriske modaliteter, højner det afsenders autoritet. Det bevirker dog også, at påstande bliver ophøjet til universelle sandheder. Da sætningerne derudover ikke bliver modereret, med mådeudsangsord som *kan*, konstrueres der en normativ opfattelse af, at et samarbejde på tværs med udgangspunkt i den enkelte borger, som værende den eneste og bedste løsning, med kun positive udfald for borgerne.

### 9.2.2 Analyse af "En styrket diabetesindsats i Region Sjælland"

Dokumentet er, som det kan ses ud fra underoverskriften: "*Drejebog for etablering af Steno Diabetes Center Sjælland*", et aftaledokument der beskriver SDCS's opgaver og organisering. Opgaverne tager afsæt i en aftale mellem Regionsrådet i Region Sjælland og Novo Nordisk Fondens bestyrelse, ud fra en vision om at styrke diabetesindsatsen i regionen (Region Sjælland & Novo Nordisk Fonden, 2018, s. 5). Drejebogen er et teksttungt dokument på 104 sider, som først overordnet og senere mere detaljeret, beskriver SDCS's vision, målsætninger og konkrete initiativer indenfor centerets seks kerneaktiviteter. Desuden beskrives organiseringen (ledelsesmodel, finansiering og drift) af centeret. Efter gennemlæsning af hele dokumentet har vi vurderet, at kapitel 1 og 3 er relevante at inddrage i dokumentanalysen. Det er hovedsageligt her, at vi har fundet passager om samarbejde på tværs af forskellige sektorer og aktører. Således tolker vi, at de udvalgte passager er rammesættende for det tværsamarbejde, der foregår i relation til Diabetesbussen.

Overordnet set tager dokumentet, nøjagtigt som regionsrådets strategi, afsæt i en klar overbevisning om, at ulighed i sundhed kan mindskes ved målrettede tiltag, der kræver et samarbejde på tværs af forskellige sektorer. Dette tolker vi ud fra følgende citat:

*”Centret skal bygge ovenpå den viden om ulighed i sundhed, der allerede eksisterer i regionen i dag, og skal sikre nye målrettede tiltag til udsatte personer, som i dag ikke dækkes tilstrækkeligt af den eksisterende diabetesindsats. Dette **skal** ske ved hjælp af et særligt tværfagligt fokus i indsatsen på sygehuse, i kommuner og i almen praksis.”* [vores formatering] (Region Sjælland & Novo Nordisk Fonden, 2018, s. 14)

Den understregede del af citatet fungerer, som en elaboration der udspecificerer, hvordan afsender mener, at nye tiltag kan målrettes den ønskede gruppe af borgere. Vi identificerer en høj grad af affinitet i sætningen, da brugen af ordet *skal* i stedet for eksempelvis *kan* tydeliggøre, at afsender klart tilslutter sig overbevisningen om, at tværsamarbejde er måden, hvorpå målet nås. At sætningen ikke modereres yderligere, får den desuden til at fremstå som en objektiv sandhed, i lighed med vores tolkning af strategien fra Regionsrådet i ovenstående afsnit.

Vi tolker, ud fra valg af tillægsord, som generelt i dokumentet knytter sig til sætninger, der beskriver tværsamarbejde, at afsender af dokumentet ønsker sig et mere velfungerende samarbejde, end det der eksisterer på tidspunktet for udarbejdelsen af dokumentet. Således tolker vi, at følgende sætninger og ordvalg eksemplificerer dette: *”For at sikre en sammenhængende indsats skal SDGS: [...] etablere et **stærkt** samarbejde mellem SDGS og sygehusenes øvrige afdelinger”* og *”... ved hjælp af et **særligt** tværfagligt fokus.”* og *”... gennem et **tættere** samarbejde mellem sygehuse, almen praksis og kommuner...”* samt *”etablere **solide** partnerskaber...”* [vores formatering] (Region Sjælland & Novo Nordisk Fonden, 2018, s. 13,14,37, 39). De fremhævede tillægsord er alle positivt ladet ord. Dette tolker vi, er med til at understrege den overordnede normsættende holdning, der findes i dokumentet. Altså en overbevisning om, at tværsamarbejde er måden, hvorpå der bedst opnås et differentieret sammenhængende forløb for borgerne.

Dokumentet er modsat regionsrådets strategi lidt mere handleanvisende ift., hvad afsender mener, at der skal til for at opnå et godt tværsamarbejde. Det beskrives i dokumentets afsnit 3.4, hvor det bl.a. fremgår, at SDGS **skal**:

*”... afprøve modeller, der skaber rammerne for relationel koordinering [...] videreudvikle og optimere brugen af konkrete værktøjer, der kan anvendes i det tværsektorielle samarbejde, f.eks. værktøjer til epikriser, helhedsafklarende samtaler og koordinerede indsatsplaner [...] tage initiativ til at etablere relevante tværsektorielle netværk, uddannelsstilbud, vidensdeling, mødefora og konferencemuligheder [...] igangsætte tiltag, der lettere kan identificere og følge op på situationer, hvor der ikke er en sammenhængende indsats, og hvor patienten har risiko for at ”falde mellem to stole”.”* (Region Sjælland & Novo Nordisk Fonden, 2018, s. 40)

Selvom handlingerne er beskrevet på et meget overordnet niveau, tolker vi dog, at udsagnene som alle indledes med ordet *skal*, er med til at tydeliggøre, at et styrket samarbejde på tværs af sektorer, ses som et vigtigt værktøj for at skærpe diabetesindsatsen. Samtidig tolker vi også, at alle disse tiltag ikke kun er tiltænkt for at skulle understøtte, men også forbedre tværsamarbejdet. Således vurderer vi, at afsender af dokumentet ikke mener, at det nuværende tværsamarbejdet fungerer optimalt. Vi ser desuden, at det understøttes af følgende citat, som er et eksempel på, hvordan afsender mener, man kan tilrettelægge tværsektorielle tilbud til gavn for patienterne:

*“En tilgang i dette arbejde kunne være at se på, hvordan et tilbud burde tilrettelægges og organiseres, hvis der skulle startes helt forfra – uden sektorgrænser og behandlingstraditioner – alene med patientens bedste for øje. Dette skal gøres med respekt for de eksisterende aftaler, f.eks. sundhedsaftale, forløbsprogram og overenskomstaftalen for almen praksis.”* [vores formatering] (Region Sjælland & Novo Nordisk Fonden, 2018, s. 40)

Ved brug af ordvalget “startes **helt forfra**”, tolker vi en tydeliggørelse af, at noget kan gøres bedre. Extensionen med sætningen der følger lige efter, virker dog som om, at den taler direkte imod ideen. Et arbejde uden sektorgrænser og behandlingstraditioner, der samtidig skal respektere eksisterende aftaler, virker i vores optik, som et projekt der får svære vilkår. At der er behov for at italesætte overholdelse af eksisterende aftaler, tolker vi som en præcisering af, at Region Sjælland ikke ser mulighed for at udvide rammerne. En forklaring herpå fremgår ikke af dokumentet.

### *Opsamling på de tekstnære analyser*

Afsnittet i dokumentet “*Region Sjælland på forkant. Regionsrådets strategi 2018-2021*”, tolker vi ud fra en tekstnær analyse, er skabt på baggrund af en klar overbevisning om, at der kan skabes lighed i sundhed, når sundhedsvæsenet struktureres med udgangspunkt i den enkelte borgers behov. Mens et samarbejde på tværs af forskellige sektorer er midlet til at opnå den ønskede differentiering. Denne overbevisning vurderer vi desuden, tager afsæt i en generel sundhedspolitisk diskurs, da rammen for strategien tager afsæt i de 8 nationale mål på sundhedsområdet.

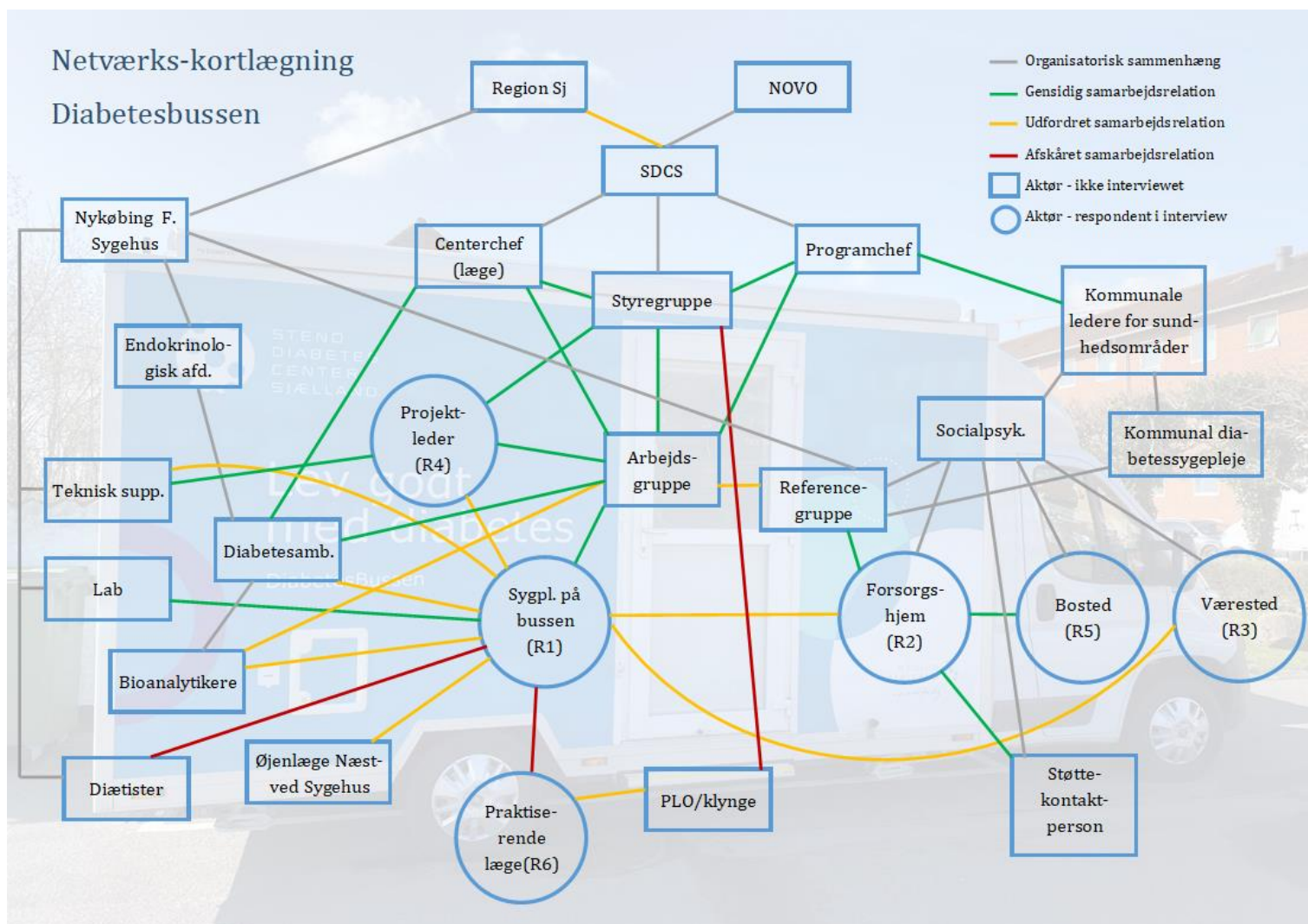
Afsnittet i dokumentet “*En styrket diabetesindsats i Region Sjælland*” tolker vi ligeledes tager udgangspunkt i samme sundhedspolitiske diskurs. Selvom vi vurderer, at dette dokument er knapt så objektivt kategorisk i sit udtryk, vil vi dog argumentere for, at de handlingsanvisende elementer tydeligt italesætter, at tværsamarbejdet skal være *bedre*, for at kunne styrke indsatsen med at skabe patientcentrede forløb. Vi vurderer derfor, at tværsamarbejdet som udgangspunkt ikke fungerer optimalt. Dog gives der ikke frie rammer for at udvikle samarbejdet, da eksisterende aftaler skal overholdes.

## 9.3 Netværksanalyse

For at skabe en dybere forståelse og kunne forklare, hvorfor et perspektiv på tværsamarbejde kan påvirke initiativets bæredygtighed, vil vi i denne sidste delanalyse først præsentere en figurativ netværkskortlægning (figur 8). Kortlægningen er skabt ud fra den viden, vi har opnået gennem vores analysearbejde i de to foregående delanalyser. Den figurative kortlægning er skabt mhp. at give et overblik over den komplekse kontekst, som et tværsamarbejde med mange aktører fra forskellige sektorer udgør.

Kortlægningens aktører uddybes desuden i tabeller som er vedlagt i bilag 12. Derudover vil den figurative netværkskortlægning, blive fulgt op med en analyse af, om samarbejdsrelationerne er gensidige, udfordret eller afskåret.

### 9.3.1 Netværkskort



### 9.3.2 Analyse af samarbejdsrelationerne i netværkskortlægningen

På den figurative netværkskortlægning ses forskellige farvede streger mellem aktørerne. Stregerne repræsenterer vores analyse af, hvordan samarbejdsrelationen er for nuværende. De grå streger illustrerer, hvor det har været tydeligt for os, at der må eksistere en organisatorisk sammenhæng. På baggrund af den indsamlede empiri, har vi ikke haft mulighed for at analysere, hvordan samarbejdsrelationen fungerer.

De grønne streger symboliserer de samarbejdsrelationer, som vi tolker har et velfungerende internt forhold. Dette kan være udtryk for at samarbejdet forløber uproblematisk, og samarbejdsrelationen er gensidig. I nogle tilfælde tolker vi endda, at relationerne påvirker projektet i at udvide netværket yderligere, ift. hvad der var tiltænkt. Det vurderer vi er tilfældet med den ansatte på forsorgshjemmet. Hendes inddragelse i opstarts-workshops, vurderer vi, giver hende en følelse af ejerskab for projektet. Dette ejerskab gør, at hun engagerer sig i at få formidlet viden om projektet ud til hendes samarbejdsrelationer. Det har medvirket til at opspore borgere via støtte-kontakt-personer. Denne aktør ser vi ikke umiddelbart beskrevet, som en mulig samarbejdsrelation i initiativbeskrivelsen for Diabetesbussen. Således kan vi argumentere for, at en god samarbejdsrelation kan skabe en form for positiv feedback effekt (Haynes et al., 2020, s. 3).

#### *Udfordret samarbejdsrelation*

De gule streger er i netværkskortlægningen et udtryk for, at det interne forhold aktørerne imellem er præget af en udfordret samarbejdsrelation. I de følgende afsnit har vi valgt at afdække, hvordan samarbejdsrelationen er udfordret, pga. forskellige strukturelle vilkår, og hvordan dette kommer til udtryk.

#### **Relation mellem Region Sjælland og SDCS**

Et sammendrag af dokumentanalysen af de to policy-dokumenter har dannet grundlaget, for at kunne placere de politiske aktører i vores netværksanalyse, og har været med til at definere samarbejdsrelationen mellem Region Sjælland og SDCS. Dokumentanalysen er samtidig med til at identificere de rammer og strukturer for et tværsamarbejde, der formelt er italesat i policy-dokumenterne.

Vi har ud fra dokumentanalysen tolket, det interne forhold mellem Region Sjælland og SDSC som en udfordret samarbejdsrelation. Dette udleder vi fordi, det kun italesættes, at tværsamarbejdet skal bedres, uden at adressere den komplekse kontekst, hvori tværsamarbejdet skal etableres. Problematikken viser sig f.eks. ved, at policy-dokumenterne blot italesætter, at projektlederen skal have et tæt samarbejde med alle relevante aktører fra alle sektorer (Region Sjælland & Novo Nordisk Fonden, 2018, s. 38). Dette tolker vi som en relativ diffus arbejdsopgave og indkredsning af aktørerne. Vi kan ud fra interviewene identificere, at projektlederen for Diabetesbussen har valgt at have fokus på at etablere et tværsamarbejde gen-



nem referencegruppen, særligt ifm. udviklingen af bussen som initiativ. Grundet den manglende geografiske nærhed mellem SDCS tjenestested i Holbæk og Nykøbing F. Sygehus, er det ikke oplagt, at projektlederen skal varetage arbejdsrollen med at etablere og vedligeholde det kontinuerlige tværsamarbejde, som opstår ifm. driften af Diabetesbussen. Policy-dokumenterne tager ikke højde for dette strukturelle vilkår. Dermed bliver det op til de aktører der drifter bussen at afgøre, hvem der skal tage ansvar for dette. Herved har vi identificeret, hvordan politiske målsætninger subtilt kan påvirke hele netværket.

Vi vil dog fremhæve, med udgangspunkt i dokumentanalysens afsnit 8.2.2, at policy-dokumentet ” En styrket diabetesindsats i Region Sjælland”, kommer med forskellige forslag. Forslagene handler om, hvilke tilgange der kan være relevante at igangsætte ift. at etablere et tværsamarbejde samt opmærksomhedspunkter ifm. denne proces. Vi vurderer, at det er med til at give policy-dokumentet et handleansende element. Yderligere taler begge policy-dokumenter sig ind i, at sundhedsvæsenet skal struktureres med udgangspunkt i den enkelte borgers behov, og tværsamarbejde er vejen til at opnå denne differentiering. Herved kan vi argumentere for, at der er en direkte overensstemmelse mellem policy-dokumenternes overordnede værdier og Diabetesbussens formål. Dette vurderer vi kan have en positiv indvirkning på alle aktører, da det kan give en oplevelse af, at der er bred opbakning til et fælles mål (Haynes et al., 2020, s. 4)

### **Relation mellem sygeplejerske på Diabetesbussen, projektlederen og diabetesambulatoriet**

Med afsæt i det ovenstående afsnit, hvor det interne forhold mellem Region Sjælland og SDCS er analyseret, identificerer vi, at det også påvirker andre aktører i netværket, særligt det interne forhold mellem sygeplejersken på Diabetesbussen og projektlederen, samt sygeplejerskens interne forhold til diabetesambulatoriet. Der er flere årsager til, at vi har valgt at betegne deres interne forhold, som værende en udfordret samarbejdsrelation. Her vil analysen af kategorien *Ledelse på tværs* og tematikken *Projektets bærende kræfter*, danner grundlag for vores tolkning i netværkskortlægningen. Vi vil dog understrege, at problematikkerne, efter vores vurdering, har ophav i strukturelle vilkår, og ikke i aktørernes personlige og faglige samarbejdsrelation.

Af strukturelle vilkår, kan vi trække referencer tilbage til foregående afsnit, hvor policy-dokumenterne ikke har taget højde for at italesætte, hvem der i praksis har ansvaret for at etablere og vedligeholde et tværsamarbejde. Vi tolker, at det er relevant, at der tages eksplicit stilling til dette, grundet SDCS decentrale placering, som skaber manglende geografisk nærhed. Derved har projektlederne ikke samme mulighed for at være en del af tværsamarbejdet i praksis. Det bliver derfor sygeplejersken på Diabetesbussen, som kommer til at stå alene med arbejdsrollen og dette ansvar. Vi har derfor også valgt at klassificere samarbejdsrelationen til vores respondenter på bo- og væresteder, som værende udfordrende. Fordi vi vurderer, det er sårbart, at det kun er én sygeplejerske på bussen, som ender ud med at have ansvar for samarbejdsrelationerne. Dette ville formentligt også være gældende for potentielle aktører på andre bo- og væresteder.

Projektlederen har ikke personaleansvar for medarbejderne på Diabetesbussen, og kan derfor ikke tildele flere nøglepersoner til Diabetesbussen. Det er til gengæld afdelingsledelsen i diabetesambulatoriet, som har et personaleansvar. Det har dog ikke været muligt for denne ledelse at afsætte flere nøglepersoner til Diabetesbussen pga. udskiftning i personalestaben og konsekvenserne af corona-epidemien. Igen vurderer vi, at nogle ikke-kontrollerbare og strukturelle vilkår, er årsag til, at det interne forhold tolkes som udfordret. Sygeplejersken fremhæver selv, at afdelingssygeplejersken har gjort et stort arbejde for, at få andre medarbejdere med på bussen. Det har dog ikke været muligt at gøre andre ansatte til nøgleperson.

### **Relation mellem sygeplejersken på Diabetesbussen og bo- og væresteder (forsorgshjem)**

Som vi har analyseret ud fra vores interview, oplever bo- og værestederne, at Diabetesbussens formål er relevant, og reelt er det interne forhold ift. det faglige samarbejde velfungerende. Aktørerne på bo- og værestederne efterspørger dog kontinuerlig viden om, hvorvidt bussen er i drift, især ift. at den har holdt stille pga. mekaniske og teknologiske udfordringer samt corona-epidemien. Ligeledes ser aktørerne det som en fordel, at der laves en fortløbende og fast aftale om, hvornår bussen kommer på besøg. Således kan aktørerne på bo- og værestederne bedre planlægge det ind i deres dagligdag, og de kan forberede og motivere de borgere, der kunne være i målgruppen for Diabetesbussen. Denne kommunikation har indtil nu ikke været prioriteret, hvortil vi tolker, at årsagen igen kan bunde i, den ikke-italesætte ansvars- og arbejdsrollefordeling. Derfor kommer det implicit til at blive sygeplejerskens opgave alene. Vi vurderer dog, at kommunikationen mellem aktørerne er vigtig ift. at vedligeholde et tværsamarbejde og opretholde motivationen i hele netværket.

### **Relation mellem sygeplejerske på Diabetesbussen og øjenambulatoriet samt Teknisk support**

Vi har valgt at kategorisere det interne forhold til øjenambulatoriet som en udfordret samarbejdsrelation. Igen er det nogle strukturelle vilkår, som gør sig gældende. Denne gang viser det sig gennem nogle teknologiske udfordringer ift., at udstyret i Diabetesbussen mangler mulighed for opkobling til en database med patientens øjenfotos, så øjenlægen på distancen kan vurdere billederne. Ud fra sygeplejerskens udsagn, havde hun ikke held med at få løst problematikken i samarbejde med teknisk support. Det tog hende flere måneder, indtil projektlederen overtog kontakten til teknisk support. Til trods for at udfordringen nu er klareret, har vi stadig valgt at kategorisere det, som en udfordret samarbejdsrelation for at fremhæve, at det er vigtigt at tage hensyn til teknologiske muligheder og barriere ifm. implementeringen af et projekt som Diabetesbussen. Ud fra analysen er det vores vurdering, at det med fordel kan identificeres, inden driften af projektet sættes i gang.

### *Afskåret samarbejdsrelationer*

De røde streger i vores netværks-kortlægning symboliserer, som SOT beskriver, at dele af netværket er afskåret, og derfor ikke har en gensidig samarbejdsrelation. De tre røde streger på netværkskortet er et

udtryk for, at styregruppen og sygeplejersken på Diabetesbussen har forsøgt at etablere et samarbejde ud i netværket. Et tværsamarbejde med egen læge og diætist er en del af initiativbeskrivelsen (Steno Diabetes Center Sjælland, 2019), og burde efter vores vurdering være en del af det velfungerende netværk i relation til Diabetesbussen. Vi vurderer, at der er en afskåret samarbejdsrelation mellem styregruppen, PLO (Praktiserendes Lægers Organisation) og klyngen, som er et lokalt fagligt fællesskab for praktiserende læger på Lolland-Falster som bl.a. har fokus på kvalitetsudvikling. Styregruppen har i den indledende fase af projektet med Diabetesbussen forsøgt at skabe dialog og samarbejde med klyngen uden at opnå dette (R4 l. 260). Projektlederen giver i sit interview udtryk for, at hun efterhånden har glemt egen læge, som en del af samarbejdsrelationerne i netværket. På trods af at egen læge er tovholder for behandlingsforløbene for målgruppen i projektet. Vi tolker det, som en væsentlig barriere for Diabetesbussens fremtidige drift, at der ikke er etableret et samarbejde til denne del af netværket. Af samme årsag har vi vurderet, at samarbejdsrelationen mellem praktiserende læge og PLO/klynge har en udfordrende samarbejdsrelation. PLO og klyngen har ikke været en del af referencegruppen til diabetesbussen, og dermed har denne aktør heller ikke videreformidlet information om projektet ud til de praktiserende læger.

Vores vurdering og bekymring om, at det manglende tværsamarbejde kan blive en barriere for projektet, deler vi med sygeplejersken på Diabetesbussen. Både under interviewet og på feltturen, giver hun udtryk for, at hun er i tvivl om, hvad lægerne ønsker, at der skal indgå i de behandlingsplaner, som hun laver på baggrund af screeningerne. Vi vurderer ud fra sygeplejerskens udtalelser, at samarbejdsrelationen mellem sygeplejersken og de praktiserende læger ikke vil kræve meget dialog i praksis, hvis begge aktører bliver bevidste om, hvad de hver især kan bidrage med og har brug for, ift. at løse den fælles opgave. Dette er uddybet i første delanalyse, under kategorien *Teknologi og Behov for teknologisk nærhed*. Altså får det afskåret netværk mellem projektledelsen på SDCS og PLO's indflydelse på, at sygeplejersken bliver i tvivl om sit bidrag til den fælles opgaveløsning med de privatpraktiserende læger. Dermed også om det hun laver, giver mening både for hende, for egen lægen og ikke mindst for målgruppen.

Den sidste røde streg mellem sygeplejersken på bussen og diætist viser, at der i projektet oprindeligt er indtænkt, at en diætist vil være relevant at inddrage, som en del af screeningen og til hjælp for personalet, der skal støtte borgerne i hverdagen (R1, l. 746). Grundet personalerokering og corona-epidemien, har det ikke været muligt at inkludere et samarbejde med diætisterne. Dette samme er gældende for bioanalytikerne. Dog har Bioanalytikerne været en del af arbejdsgruppen, og har derfor tidligere været med til at udvikle initiativet, hvorfor relationen kun beskrives som en udfordret samarbejdsrelation.

## 10. Diskussion

I dette afsnit vil vi forholde os kritisk til brugen af vores metodiske fremgangsmåder og teoretiske begreber. Ydermere vil vi diskutere analysens fund, og slutteligt reflektere over undersøgelsens anvendelighed.

### 10.1 Den system-orienterede tilgang som kvalitativ evalueringsform

Udover at SOT i sig selv bygger på flere videnskabelige retninger, er vi opmærksomme på, at evalueringsfeltet som helhed er sammenbragt af bidrag fra mange forskellige discipliner, videnskabsteoretiske retninger og værdiopfattelser (Dahler-Larsen, 2020, s. 217). Ud fra vores speciales genstandsfelt og problemformulering, har vi vurderet, at SOT er en anvendelig evalueringsform. Det er dog vigtigt at præcisere og diskutere, hvilke forcer og begrænsninger SOT har, og hvad andre evalueringsformer kunne bidrage med til specialet.

Vi vurderer, at de forcer som SOT tilbyder f.eks. er, at tilgangen lægger an til, at evalueringer også bør foregå undervejs i en implementeringsperiode, ikke blot ved et givet start- og sluttidspunkt. Årsagen her til er, at evalueringer udført undervejs, kan være med til at vise, hvilke påvirkninger der kan opstå gennem processen. Hermed gør en evaluering indenfor SOT det lettere at identificere, hvor det er mest optimalt at justere på en given indsats (Egan et al., 2019b, s. 14). Desuden har Diabetesbussen et langstrakt tidsperspektiv, inden der kan måles en reel effekt på formålet. I mellemtiden er det dog relevant at udføre en evaluering, som vi har gjort med dette speciale. Diabetesbussen som et tiltag påvirker nemlig mange aktører og deres tværsamarbejde. Derfor er projektets succes afhængig af, at aktørerne i en længere periode føler sig fortsat motiveret for at understøtte tværsamarbejdet i relation til bussen. Vores speciale bidrager derfor med en kvalitativ evaluering af Diabetesbussen, som skal bidrage til, at tværsamarbejdet i relation til bussen fortsat udvikles, og gensidige samarbejdsrelationer bevares og etableres, hvorved bussens formål på længere sigt kan indfries.

Af begrænsninger ift. SOT, har vi identificeret et behov for at tilføje en teoretisk vinkel på et tværsamarbejdet, for at få en dybdegående analyse af vores empiri. SOT tilbyder således kun et metodedesign. Dermed kan SOT f.eks. kun identificere, at en aktør er afskåret. For at *forklare* årsagen til, at aktøren er afskåret, har vi derfor yderligere skulle analysere empirien gennem teorierne om RK og nærhed.

SOT fremhæver sit helhedsorienterede blik, der tager højde for den kontekst et tiltag skal implementeres i. SOT sætter dog ikke nogen krav til, hvordan viden om konteksten skal indhentes, men foreslår interview (Egan et al., 2019b, s. 15). Vi kan her forholde os kritiske til, om vi gennem SOT får det reelle billede af konteksten ud fra interviews. Opmærksomheden mod dette kritikpunkt til SOT, kommer på baggrund af evalueringsmetoden *responsiv evaluering*. Pointen ved responsiv evaluering er, at kvalitet i en evaluering fremkommer ved at være lokal og situationsbetinget. Responsiv evaluering anbefaler hertil, at man

opholder sig i felten i en længere periode, og udfører observationer og samtaler med lokale aktører, hvorfra man gradvis udvikler en forståelse for konteksten (Dahler-Larsen, 2020, s. 223–225). Vi var under interviewene opmærksomme på udfordringen, og bad derfor interviewpersonerne om at komme med specifikke eksempler. Derved fik vi ikke blot interviewpersonens holdninger til Diabetesbussen, men også indsigt i deres handlinger. Ligeledes var vi på en-dags felttur. Vi er dog ikke i tvivl om, at længere tid i felten, ville give os en bedre forståelse for konteksten, som responsiv evaluering argumenterer for.

Vi kan også sammenholde SOT med pragmatisk participatorisk evaluering. Ved begge evalueringsformer skal relevante aktører inddrages ifm. evalueringen, for at øge evalueringens relevans og brugbarhed. I pragmatisk participatorisk evaluering er man opmærksom på den magtforskel, der kan være mellem aktørerne (Dahler-Larsen, 2020, s. 230–232). SOT begrænser magtperspektivet til blot at have et blik for aktørernes interne forhold. Vi kan derfor kritisk reflektere over, om vores metodedesign og interviewguide har adresseret dette magtperspektiv. Særligt da magtperspektivet er veldokumenteret i litteraturen om tværsamarbejde, og vi alligevel ikke har fundet magtperspektivet fremtrædende i analysen af empirien.

Ved pragmatisk participatorisk evaluering ønsker man også at opnå en organisatorisk læring. Denne læring kan dog komme til at begrænse sig til at fokusere på mindre ændringer i den daglige drift og management. Det snævre fokus kan opstå, hvis evalueringen kun har blik for evalueringens anvendelighed i praksis. Dermed får evaluator ikke konfronteret værdimæssige og politiske grundspørgsmål ifm. evalueringen.

Vi kan, ud fra disse to sammenligningspunkter med pragmatisk participatorisk evaluering, forholde os kritiske til, om vores metodedesign og interviewguide har forholdt sig til både punktet om magt samt værdimæssige og politiske grundspørgsmål. I afsnittet for specialets interviewguide, fremgår det dog at begge perspektiver inddrages gennem to af de seks områder, der gør sig gældende ved forandringer i et komplekst system (paradigme samt relationer og magtforhold) (Haynes et al., 2020, s. 3-5).

Ved disse kritiske refleksioner ift. SOT, skaber vi gennemsigtighed ift. specialets metodedesign, da afsnittet tydeliggør forcer og begrænsninger ved brugen af SOT i specialet.

## 10.2 Den sårbare diabetespatient som aktør

Vi har i specialet valgt ikke at inddrage målgruppen til Diabetesbussen som en aktør. Vi har gjort os mange overvejelser ift. til dette valg, da SOT vil anspore til, at flest mulige aktører skal inddrages. Samtidig har vores problemformulering ikke været rettet mod et perspektiv, som målgruppen umiddelbart ville kunne bidrage med yderligere viden til. Om end spørgsmål rettet mod målgruppens oplevelse af, om de oplever deres forløb mere sammenhængende kunne være relevant. Dog har Diabetesbussens drift været så be-

grænset, at målgruppen kun har været igennem én komplikationsscreening. Ligeledes spiller corona-epidemien også en rolle. Vi har ikke haft mulighed for at komme ud på bostederne pga. restriktioner, og vi har vurderet, at virtuelle interview ikke var egnet til denne borgergruppe. Vi har i stedet inddraget en allerede eksisterende rapport *Livet med diabetes – sårbare diabetespatienters fortællinger* (Nielsen et al., 2018), der har klarlagt målgruppens udtalelser om ønsker og behov ift. deres diabetes og behandlingsforløb.

Ift. til målgruppens ønsker og behov til deres behandlingsforløb, kan vi identificere, at Diabetesbussens formål understøtter dette. Samtidig finder alle aktørerne, at Diabetesbussens formål er relevant og gavnligt for målgruppen. Dermed udfordres vores egen forforståelse om, at kommunen vil rehabilitere til selvstændighed og empowerment. Hvorved målgruppen selv skal kunne klare at begå sig i sundhedsvæsenet, imens regionen blot vil behandle. Denne forforståelse træder dog ikke på nogen måde frem i vores analyse og fortolkning af interviewene. Dermed stemmer de regionale- og kommunale aktørers forventninger til målgruppen overens, og kommer ikke til at konflikte med hinandens interesser for målgruppen.

### 10.3 De teoretiske perspektivers indflydelse

Vi har i dette speciale valgt at afdække tværsamarbejde i relation til et sundhedsfremmende og sundhedsstrategisk perspektiv. For derved at blive klogere på, hvad der påvirker et tværsamarbejde, og hvorfor det er vigtigt at fokusere på dette, så det fremadrettet kan blive muligt, for de mange aktører, at hjælpe de sårbare med adgang til sundhedsvæsenet. Med vores forforståelse fra både studie og arbejdsliv, og al den viden vi har opbygget gennem litteratursøgningen og læsning, har vi i den abduktive bearbejdning af interviewene ikke identificeret, at magtstrukturer påvirker tværsamarbejdet. Således vurderer vi, at respondenterne ikke har lagt vægt på dette perspektiv, i deres italesættelser af oplevelser og erfaringer med tværsamarbejde ift. Diabetesbussen. Dog er vi opmærksomme på betydningen af de subtile magtstrukturer, der ofte vil være indlejret i den måde, vores arbejde er struktureret, og hierarkierne mellem de fagprofessionelle (Lehn-Christiansen, 2016b, s. 130). Vi må derfor også forholde os kritiske til, at hvis vi havde valgt en deduktiv tilgang med fokus på magt i tværsamarbejdet, kunne perspektivet være fremkommet i vores analyse. Med vores abduktive tilgang fandt vi det dog mere relevant at benytte Gittells teori om RK, som ikke lægger vægt på magtperspektivet, men argumenterer for, at gensidig respekt er vigtigt for at skabe ligeværdige arbejdsrelationer (Gittell, 2011, s. 20, 2016, s. 26).

Af andre nuancer, som vores teoretiske grundlag ikke italesætter, fremhæver vi i analysen eksempler på behov for læring ifm. tværsamarbejdet. RK's teoretiske blik fokuserer ikke på det lærende tværsamarbejde og den faglige udvikling, som de fagprofessionelle kan opnå gennem et tværsamarbejde (Lehn-Christiansen, 2016a, s. 11-12).

Derudover er vi opmærksomme på, at tværsamarbejde kan indgå i et arbejdsmiljøperspektiv, hvortil RK og teorier om nærhed stadig havde været relevant at inddrage. Dog ville fokus være medarbejdertilfredshed ift, hvordan man kommunikerer og koordinerer for at løse kerneopgaven. Til blikket på arbejdsliv og arbejdsmiljø hører også hele diskussionen om kampen mellem fag og professioner, som kan være aktuel, men ikke er tydelig i vores empiri. Det eneste citat vi har identificeret er, at sygeplejersken på bussen antyder, at det skal være en læge, der står for den opsøgende kontakt til de praktiserende læger gennem Klyngen eller PLO, fordi de ikke lytter til en sygeplejerske (R1, l. 1045).

## 10.4 Valg af respondenter

Vi kan identificere, ud fra netværksanalysen og det figurative netværks-kortlægning, hvilke aktører der har mange streger og dermed har mange samarbejdsrelationer. Således giver netværkskortlægningen et blik for, hvem vi også kunne interviewe. Hertil kan vi kritisk forholde os til, om vi har fået alle aktører og nuancer med. Eksempelvis kunne en kommunal diabetessygeplejerske, der indgår i referencegruppen, men ellers endnu ikke er en aktiv aktør, have givet et blik på, hvor og hvordan man kan opsøge den del af målgruppen, som ikke er tilknyttet et sted med personale. Dette kunne have givet os yderligere indblik i erfaringer med tværsamarbejde og hvilke strukturer, der kan fremme eller hæmme projektet.

En anden aktør, som endnu ikke har en samarbejdsrelation, er den læge som er formand for Klyngen på Lolland-Falster, og dermed har ansvar for at videregive information. SDCS har ikke opnået kontakt hertil. Vi vurderer, at et interview med PLO og klyngeformanden, kunne have givet vores speciale interessante vinkler ift., hvordan de mener, at der skal indgås en optimal samarbejdsrelation. Den manglende kontakt og samarbejde med praktiserende læger er med til at bekræfte vores egen forforståelse om, at dette tværsamarbejde er en mere generel udfordring, bl.a. i den måde vores sundhedsvæsen er struktureret. Det skal dog nævnes, at vi havde et aftalt interview med klyngeformanden, som dog måtte aflyse på dagen. Den sidste aktør, som muligvis kunne have bidraget med flere perspektiver, er Centerchefen på SDCS som også er specialeansvarlige læge på Nykøbing F. Sygehus. Denne dobbeltrolle og hans indsigt i strukturer og mekanismer, der påvirker de øvrige aktørers mulighed for tværsamarbejde, kunne også have givet flere detaljer, og herunder muligvis også betydningen af magtstrukturer.

Generelt kan vi bagud skuende identificere flere relevante aktører, hvor et interview kunne have bidraget med endnu flere nuancer. Samtidig er det vores oplevelse, at det netop er arbejdet med netværksanalysen, der har bidraget til denne indsigt, og det har derfor ikke været muligt at forudse.

Til gengæld giver det SDCS mulighed for at bruge vores speciale som en midtvejs-evaluering, for herefter at kunne revurdere deres nuværende kontakter og netværk. Således har de et redskab til systematisk at skabe og vedligeholde relationer og tværsamarbejdet. Samtidig kan det bidrage til at komme bredere ud med budskabet og tilbuddet om Diabetesbussen, og dermed øge muligheden for at opnå formålet.

Det kan yderligere diskuteres, om vi har fået det fulde udbytte af de to interview, der var sværere at anonymisere (R1 og R4). Det er dog vores fornemmelse, at respondenterne har bidraget med alle relevante oplysninger, og vi har haft flere uformelle samtaler med begge, der giver samme indtryk, som vi fik under selve interviewet. Derudover kan det tilføjes, at udfordringer ifm. corona-epidemien og teknik i Diabetesbussen, har reduceret udvalget af mulige personer at interviewe, og de udvalgte respondenter har haft et relativt kort bekendtskab med Diabetesbussen og øvrige aktører.

## 10.5 Relevans og anvendelse af fund

Den viden specialet her bidrager med, er skabt på baggrund af lige netop den kontekst som Diabetesbussen befinder sig i. Derfor er resultaterne først og fremmest gældende for dette specifikke initiativ. Dog vil det være muligt at drage paralleller mellem dette initiativ og andre, hvor et tværsamarbejde er nødvendigt for at få et nyt initiativ til at lykkes. På den måde mener vi, at undersøgelsesresultaterne fra dette speciale med fordel kan benyttes i relation til andre initiativer, hvor forståelse af og forklaring af mekanismerne omkring et tværsamarbejde er væsentlige.

Den figurative netværkskortlægning mener vi tydeliggør, hvor komplekst et samarbejde der inddrager aktører fra både kommune, region og almen praksis kan være. En kompleksitet af denne grad kan efter vores vurdering være svær at have overblik over, hvis der ikke afsættes ressourcer til at danne sig et struktureret overblik fra en start af. Ligeledes vurderer vi, at kortlægningen kontinuerligt skal holdes ajour, da interne samarbejdsrelationer mellem de forskellige aktører undervejs vil ændre sig. Disse ændringer har ikke kun betydning for netop de involverede aktører, men kan også påvirke bredere ud i netværket. Der kan således både skabes positive og negative feedback effekter, som beskrevet med eksemplerne i afsnit 9.3.3.

Ved at have tværsamarbejde som et fokusområde, bliver det således også muligt at være bevidst om, på hvilke niveauer der skal skabes nødvendige ændringer, for at få et initiativ til at lykkes. Således vurderer vi, at netværkskortlægningen med afsæt i SOT, kan ses som et konkret eksempel på, hvordan dette arbejde kan gøres.

Det kan overvejes om det er nødvendigt at afsætte ressourcer til at fokusere på tværsamarbejde ud over en decideret implementeringsperiode. Da undersøgelsen i dette speciale tager afsæt i Diabetesbussen, som vi vurderer fortsat, befinder sig i en opstartsfasen, kan vi således kun uddrage, at et fokus på tværsamarbejde er vigtigt at have i denne del af en proces. Det ville derfor være relevant også at finde eller lave undersøgelser, der tager afsæt i initiativer, som allerede er godt forankret. Man kunne forestille sig, at et særligt fokus på tværsamarbejde er vigtigt i opstarten og i forankringen af nye initiativer. Hvis et initiativ derimod er godt implementeret, og hvor forankringen ikke er personbåret, men derimod organisationsbåret, kunne man således godt forestille sig, at tværsamarbejdet kunne forløbe uden behov for



kontinuerlige reguleringer. Dette perspektiv kan være væsentligt set ud fra et driftsorienteret fokus. Særligt i sundhedsvæsenet, der har knappe ressourcer både ift. personale og økonomi, er det vores oplevelse, at dette perspektiv kan være meget styrende for, om initiativer bliver implementeret efter endt projektperiode.



*Dekoration i Diabetesbussen*

## 11. Konklusion

Med baggrund i den kvalitative undersøgelse og evaluering, vil vi ud fra specialets analyse besvare problemformuleringen:

*Hvad påvirker tværsamarbejdet mellem aktørerne tilknyttet Diabetesbussen og hvorfor er et perspektiv på tværsamarbejde et væsentligt fokusområde i forbindelse med et projekt som Diabetesbussen?*

Analysen af vores interviews med aktører tilknyttet Diabetesbussen har givet os mulighed for at få en dybere forståelse og forklaring på, hvilke strukturer der kan påvirke et tværsamarbejde i relation til busen. Således er det vores vurdering, at aktørerne har kendskab til formålet med initiativet og finder formålet meningsfulde. Dette fremmer arbejdet mod en fælles opgaveløsning. Mangel på midlertidig geografisk nærhed reducerer aktørernes mulighed for kommunikation, koordinering og vidensdeling. Derfor burde muligheden for teknologisk og kognitiv nærhed være et vigtigt element, når tværsamarbejdet foregår på distancen. Vi vurderer dog, at både teknologisk og kognitiv nærhed er begrænset af forskellige it-løsninger og organiseringer. Ud fra analysen kan vi udlede, at aktørerne har blik for, at vidensdeling omkring målgruppens fysiske og psykiske tilstand kan skabe en fælles viden, der fremmer den tværfaglige opgaveløsning i relation til Diabetesbussen. Ligeledes vurderer vi, at aktørerne har en forståelse for hinandens bidrag til opgaveløsningen, hvilket skaber gensidig respekt, som fremmer muligheden for tværsamarbejde. Opnåelsen af gensidig respekt vurderer vi er særlig vigtig, da aktørerne kommer fra mange forskellige sektorer og organisationer. Aktørerne udtrykker desuden, at hyppig og rettidig kommunikation er et væsentlig parameter, som bør understøttes af midlertidig geografisk nærhed. Det er med til at skabe større forståelse for andre aktørers vilkår og behov. Endelig kan vi udlede af analysen, at en personbåret opgaveløsning er en faktor, der påvirker tværsamarbejdet i både positiv og negativ retning. Således skaber det engagement, men er samtidig sårbart ift. fravær af netop denne person. Med indblik i Gittells teori, er det vores vurdering, at projektet med fordel kan forankres som en tværfaglig samarbejdskultur på arbejdspladsen, understøttet af flere medarbejdere og ledelsen.

Netværksanalysen, med bidrag fra analysen af interview og policy-dokumenter tydeliggør, at tværsamarbejde mellem forskellige sektorer og med mange aktører er komplekst. Desuden påvirker relationerne mellem aktører ikke kun samarbejdet mellem de enkelte, men kan også påvirke bredt ud i netværket. Særligt den afskåret relation til PLO og egen læge påvirker flere samarbejdsrelationer og rammerne for tværsamarbejdet. Derfor er det vores vurdering, at der skal skabes strukturelle rammer for og prioritering af en tværfaglig samarbejdskultur. Af disse årsager konkluderer vi, at det er væsentligt, at organisationer og ledelsen bag Diabetesbussen har et fokuseret perspektiv på tværsamarbejde, fordi det fremmer forudsætningerne for aktørernes tværsamarbejde. Derfor vurderer vi, at en fokuseret indsats ift. tværsamarbejde kontinuerligt skal indgå i den sundhedsstrategiske planlægning på alle niveauer ifm. et projekt som Diabetesbussen samt lignende projekter.

## 12. Perspektivering

Vi er gennem arbejdet med dette speciale blevet endnu mere bevidste om, at et projekt som Diabetesbussen i høj grad afhænger af det offentlige-private samarbejde, der er etableret mellem Region Sjælland og Novo Nordisk Fonden. Dette ikke kun set ud fra et økonomisk synspunkt, men også for at samle forsknings- og videnskompetencer i større centrale enheder.

I den forbindelse har det undret os, at det i drejebogen for SDCS helt konkret beskrives, at man ønsker at afprøve nye måder at tilrettelægge tilbud på, hvor der kan tænkes "ud af boksen". Dog skal tilrettelæggelsen stadig ske indenfor de eksisterende rammer og aftaler. Disse to præmisser synes at tale lidt i forskellige retninger. Det kunne derfor være interessant, i relation til et projekt som Diabetesbussen at undersøge, hvordan fastlåste rammer og aftaler påvirker processen med at skabe nye tiltag, som sigter mod at skabe sammenhængende forløb på baggrund af et tværsamarbejde.

Her kunne f.eks. erfaringerne med frikommuneforsøg, som i forskellige formater har kørt de sidste 9 år, være relevante at inddrage. I disse forsøg har man netop haft mulighed for at fjerne regler og nedbryde vante arbejdsgange (Hjelmar, 2021). Ligeledes kan erfaringerne med projektet "SP-Link" være relevante at inddrage. SP-link er en funktion i Sundhedsplatformen (SP), der giver sundhedsprofessionelle i f.eks. kommuner læseadgang til dele af patientjournalerne i SP (Würgler & Jensen, 2021). Det er altså et projekt, der nedbryder de normale regler for udveksling af oplysninger om patienterne. Netop denne del efterspørger flere af respondenterne i dette speciale bedre løsninger på. Således kunne disse perspektiver give endnu mere viden om, hvad der påvirker tværsamarbejdet i projekter, der har til formål at mindske ulighed i sundhed.

## Litteraturliste

- Aaby, A., Maindal Terkildsen, H., Vinther-Jensen, K., Sørensen, K., & Bertram, M. (2019). *Sundhedskompetence i et strukturelt perspektiv - En vej til lighed i sundhed?* Dansk Selskab For Folkesundhed & Dansk Health Literacy Netværk
- Andersen, M. H., Jørgensen, L., & Davidsen, S. (2019). Litteratur- og informationssøgning i samfundsvidenskaberne. I C. J. Kristensen & M. A. Hussain (Red.), *Metoder i Samfundsvidenskaberne* (2. udg., s. 61–77). Samfunds litteratur.
- Bagger, B., Lindahl, M., & Sørensen, L. V. (2013). *Interprofessionelt samarbejde i sundhedsvæsenet* (1. udg.). Gads forlag.
- Bennett, S., Frenk, J., & Mills, A. (2018). *The evolution of the field of Health Policy and Systems Research and outstanding challenges*. *Health Research Policy and Systems*, 16(43), 1–6.
- Blaakilde, A., Eiriksson, S., Hansen, B., Olesen, L., & Wingstrand, A. (2018). *Sundhedsprofil 2017 for Region Sjælland og kommuner – »Hvordan har du det?«*.
- Boaz, A., Locock, L., & Ward, V. (2015). *Whose evidence is it anyway?* *Evid Policy*, 11(145).
- Brandt, B., Lutfiyya, M. N., King, J. A., & Chioreso, C. (2014). *A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim*. *Journal of Interprofessional Care*, 28(5), 393–399.
- Damgaard, J. B. (2013). Sammenhængende og koordinerede patientforløb. I B. R. Hjortbak (Red.), *Sundhedsvæsenet på tværs: opgaver, organisation og regulering*. (2. udgave., s. 243–266). Munksgaard.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M. D. (2005). *The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks*. *Journal of Interprofessional Care*, 19(SUPPL. 1), 116–131.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). *A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations*. *BMC Health Services Research*, 8, 1–14.
- Dahler-Larsen, P. (2020). Evaluering. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder - En grundbog* (3. udg., s. 217–237).
- Danske Regioner, & Kommunernes Landsforening. (2020). *Pejlemærker for et nært og sammenhængende sundhedsvæsen* (Nummer september). [regioner.dk/media/13960/pejlemaerker-for-et-naert-og-sammenhaengende-sundhedsvaesen.pdf](http://regioner.dk/media/13960/pejlemaerker-for-et-naert-og-sammenhaengende-sundhedsvaesen.pdf)
- Den nationale sundhedsprofil. (2017). *Danskernes sundhed. Tal fra den nationale sundhedsprofil*. Den Nationale Sundhedsprofil er finansieret af Region H, Region Sjælland, Region Syd, Region Midt, Region Nord, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Data er indsamlet af de fem regioner og SDU. [www.danskernessundhed.dk](http://www.danskernessundhed.dk)
- Diabetesforeningen. (2019). *Livet med diabetes 2019, Diabetesforeningens Barometerundersøgelse 2019*. [www.diabetes.dk/diabetes2019](http://www.diabetes.dk/diabetes2019)
- Diabetesforeningen. (2021). *Viden om diabetes*. <https://diabetes.dk/forskning/viden-om-diabetes/diabetes-i-danmark>
- Diderichsen, F., Andersen, I., & Manuel, C. (2011). *Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser*.
- Egan, M., McGill, E., Penney, T., Anderson de Cuevas, R., Er, V., Orton, L., Lock, K., Popay, J., Savona, N.,

- Cummins, S., Rutter, H., Whitehead, M., De Vocht, F., White, M., Smith, R., Andreeva, M., Meier, P., Marks, D., & Pettichrew, M. (2019a). *Guidance on Systems Approaches to Local Public Health Evaluation. Part 1: Introducing systems thinking*.
- Egan, M., McGill, E., Penney, T., Anderson de Cuevas, R., Er, V., Orton, L., Lock, K., Popay, J., Savona, N., Cummins, S., Rutter, H., Whitehead, M., De Vocht, F., White, M., Smith, R., Andreeva, M., Meier, P., Marks, D., & Pettichrew, M. (2019b). *Guidance on Systems Approaches to Local Public Health Evaluation. Part 2: What to consider when planning a systems evaluation*.
- Fairclough, N. (1993). *Discourse and social change*. Polity Press.
- Fairclough, N. (2008). *Kritisk diskursanalyse, en tekstsamling* (1. udgave,). Hans Reitzels Forlag.
- Gadeberg, K. A., Andersen, I., Hansen-Brønnum, H., Christensen, U., & Diderichsen, F. (2020). *Indsatser mod ulighed i sundhed*.
- Gittell, J. H. (2009). *High Performance Healthcare: Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*. McGraw-Hill.
- Gittell, J. H. (2011). *Relational Coordination: Guidelines for Theory, Measurement and Analysis*. Relational Coordination Research Collaborative, 2, 92.
- Gittell, J. H. (2012). *Effektivitet i sundhedsvæsenet - samarbejde, fleksibilitet og kvalitet* (1. udg.). Munksgaard.
- Gittell, J. H. (2016). *Relationers betydning for høj effektivitet* (1. udg.). Dansk Psykologisk Forlag.
- Hasle, P. (2014). *Lean og professionel autonomi på hospitaler*. Tidsskrift for Arbejdsliv, 16(1), 67–82.
- Haynes, A., Garvey, K., Davidson, S., & Milat, A. (2020). *What Can Policy-Makers Get Out of Systems Thinking? Policy Partners Experiences of a System-Focused Research Collaboration in Preventive Health*. International Journal of Health Policy and Management, 9(2), 65–76.
- Haynes, A., Rychetnik, L., Finegood, D., Irving, M., Freebairn, L., & Hawe, P. (2020). *Applying systems thinking to knowledge mobilisation in public health*. Health Research Policy and Systems, 18(134), 1–19.
- Hjelmar, U. (2021). *Ni år med frikommuner har skabt bedre løsninger for borgerne*. VIVE. <https://www.vive.dk/da/udgivelser/ni-aar-med-frikommuner-har-skabt-bedre-loesninger-for-borgerne-15820/>
- Høgsgaard, D. (2018). *Det muliges kunst. Om betingelserne for det tværsektorielle samarbejde i et New Public Managementorienteret sundhedsvæsen*. Tidsskrift for Arbejdsliv, 18(3), 64–80.
- Højholt, A. (2016). *Tværprofessionelt samarbejde - i teori og praksis* (2. udg.). Hans Reitzel Forlag.
- Holm-Petersen, C., Buch, M. S., & Jørgensen, O. (2014). *Ledelse over grænser. Erfaringer med tværsektoriel ledelse i sundhedsvæsenet*. internal-pdf://0.53.31.166/publikation-ledelse-over-graenser.pdf
- Hood, C. (1995). *The "new public management" in the 1980s: Variations on a theme*. Accounting, Organizations and Society, 20(2–3), 93–109.
- Indenrigsministeriet. (1974). *Om Grundlaget for En Overordnet Prioritering Af Indsatsen Inden for Sygebehandling Og Sygdoms- Forebyggelse*. [https://www.elov.dk/media/betaenkninger/Betaenkning\\_om\\_grundlaget\\_for\\_en\\_overordnet\\_prioritering\\_af\\_indsatsen\\_inden\\_for\\_sygebehandling\\_og\\_sygdomsforebyggelse.pdf](https://www.elov.dk/media/betaenkninger/Betaenkning_om_grundlaget_for_en_overordnet_prioritering_af_indsatsen_inden_for_sygebehandling_og_sygdomsforebyggelse.pdf)
- Indenrigsministeriet. (1985). *SAMORDNING I SUNDHEDSVÆSENET betænkning fra det af indenrigsministeren nedsatte samordningsudvalg for sundhedsvæsenet* (Nummer 1044).

[https://www.elov.dk/media/betaenkninger/Betaenkning\\_fra\\_det\\_af\\_Indenrigsministeren\\_ned-satte\\_Samordningsudvalg\\_for\\_sundhedsvaesenet.pdf](https://www.elov.dk/media/betaenkninger/Betaenkning_fra_det_af_Indenrigsministeren_ned-satte_Samordningsudvalg_for_sundhedsvaesenet.pdf)

- Jensen, F. T., & Würigler, M.W. (2021). Datadeling på tværs. KOPA.
- Just, E. (2013). Tværfaglighed. I Bjarne Rose Hjortbak (Red.), *Sundhedsvæsenet på tværs: opgaver, organisation og regulering*. (2. udg., s. 294). Munksgaard.
- Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode* (1. udgave). Samfundslitteratur: Roskilde Universitetsforlag.
- Kamp, A., Hohnen, P., Hvid, H., & Scheller, V. K. (2013). *NEW PUBLIC MANAGEMENT – Konsekvenser for arbejdsmiljø og produktivitet*. Skriftserie for CAF Center For Arbejdslivsforskning, 3, 367–388.
- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T., & Macq, J. (2018). *Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research*. International Journal of Nursing Studies, 79(October 2017), 70–83.
- KL. (2015). *Sammen om sundhed - udfordringer og anbefalinger*. <https://www.kl.dk/media/10486/kl-udspil-sammen-om-sundhed-2015.pdf>
- Knoben, J., & Oerlemans, L. A. G. (2006). *Proximity and inter-organizational collaboration: A literature review*. International Journal of Management Reviews, 8(2), 71–89.
- Kvale, S. (2002). *InterView : en introduktion til det kvalitative forskningsinterview* (7. oplag). Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). Ethiske spørgsmål i forbindelse med interview. I *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udg., s. 105–127). Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, N. S. (2013). Profession og samarbejde. I B. Bagger, M. Lindahl, & L. V. Sørensen (Red.), *Interprofessionelt samarbejde i sundhedsvæsenet* (1. udg., s. 21–46). Gads forlag.
- Lauvås, K., & Lauvås, P. (2006). *Tværfagligt samarbejde - perspektiv og strategi* (2. udg.). Forlaget Klim.
- Lehn-Christiansen, S. (2016a). *Kampen om tværsamarbejdet*. Tidsskrift for Arbejdsliv, 18(4), 8–23.
- Lehn-Christiansen, S. (2016b). *Tværprofessionelt samarbejde - i sundhedsfaglig praksis* (1. udg.). Munksgaard.
- Lynggaard, K. (2015). Dokumentanalyse. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder* (2. udg., s. 153–167). Hans Reitzel Forlag.
- Madsen, S. B., & Burau, V. (2021). *Relational coordination in inter-organizational settings. How does lack of proximity affect coordination between hospital-based and community-based healthcare providers?* Journal of Interprofessional Care, 35(1), 136–139.
- Max, H., & Topholm, E. H. (2020). *Sårbarhed og diabetes - en litteraturgennemgang*. <https://www.vive.dk/media/pure/14921/4119732>
- Merrild, C. H., Andersen, R. S., Risør, M. B., & Vedsted, P. (2017). *Resisting "Reason": A Comparative Anthropological Study of Social Differences and Resistance toward Health Promotion and Illness Prevention in Denmark*. Medical anthropology quarterly, 31(2), 218–236.
- Miðskarð, J. (2008). *Multi-Disciplinary Work in Denmark*. Nordisk sosialt arbeid, 28(3–4), 247–258.
- Nielsen, A. P., Kølbæk, C. Ø., & Kehlet, K. H. (2018). *Livet med diabetes*. Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA), 63 pages. [https://diabetes.dk/media/14700360/Anbefalinger-og-opsamling-fra-workshop-med-patienter-og-pårørende-9.-maj-2017\\_FINAL-.pdf](https://diabetes.dk/media/14700360/Anbefalinger-og-opsamling-fra-workshop-med-patienter-og-pårørende-9.-maj-2017_FINAL-.pdf)

- Otte-Trojel, T., Rundall, T. G., de Bont, A., & van de Klundert, J. (2017). *Can relational coordination help inter-organizational networks overcome challenges to coordination in patient portals?* *International Journal of Healthcare Management*, 10(2), 75–83.
- Pedersen, K. M., Christiansen, T., & Bech, M. (2005). *The Danish health care system: Evolution - Not revolution - In a decentralized system.* *Health Economics*, 14(SUPPL. 1), 41–57.
- Pedersen, P. V. (2018). *Socialt udsattes møde med sundhedsvæsenet.* Statens Institut for Folkesundhed.
- Peters, D. (2014). *The application of systems thinking in health: why use systems thinking?* *Health Research Policy and Systems*, 12(51), 1–6.
- Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E., & Zwarenstein, M. (2011). *A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions.* *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 167–174.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). *Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes.* *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6).
- Regeringen. (2013). *Bedre kvalitet og samarbejde-Opfølgning på evaluering af kommunalreformen.* <https://im.dk/media/14909/bedre-kvalitet-og-samarbejde-opfoelgning-paa-evalueringen-af-kommunalreformen.pdf>
- Region Hovedstaden. (2019). *Ekspertrådet – Sundhedsplatformen.* [https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/PublishingImages/Sider/Ekspertrådet-Klar-ledelse-og-styring-af-Sundhedsplatformen-/Læs hele ekspertrådet rapport med konklusioner og anbefalinger.pdf](https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/PublishingImages/Sider/Ekspertrådet-Klar-ledelse-og-styring-af-Sundhedsplatformen-/Læs%20hele%20ekspertrådet%20s%20rapport%20med%20konklusioner%20og%20anbefalinger.pdf)
- Region Sjælland. (2018). *Region Sjælland på forkant. Regionsrådets strategi 2018-2021.* [https://www.regionsjaelland.dk/omregionen/regionen-kort-fortalt/vision/Documents/RSJ\\_paa\\_forkant\\_Web.pdf](https://www.regionsjaelland.dk/omregionen/regionen-kort-fortalt/vision/Documents/RSJ_paa_forkant_Web.pdf)
- Region Sjælland. (2020). *Forløbsprogram T2DM flowdiagram.* <https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Sundhedsaftalen/Forebyggelse/Forloebprogrammer/Sider/Diabetes.aspx>
- Region Sjælland, & KKR Sjælland. (2019). *Fælles med borgeren om bedre sundhed. Sundhedsaftale 2019-23.* [https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Sundhedsaftalen/Sundhedsaftalen/Documents/Sundhedsaftalen\\_20192023v1\\_0107209.pdf](https://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/patient-i-region-sjaelland/Sundhedsaftalen/Sundhedsaftalen/Documents/Sundhedsaftalen_20192023v1_0107209.pdf)
- Region Sjælland, & Novo Nordisk Fonden. (2018). *En styrket diabetesindsats i Region Sjælland. Drejebog for etablering af Steno Diabetes Center Sjælland.* <https://steno.dk/wp-content/uploads/sdcs-drejebog-2018.pdf>
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). *Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration.* *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342.
- Sortsø, C., Lauridsen, J., Emneus, M., Green, A., & Jensen, P. B. (2018). *Social inequality in diabetes patients' morbidity patterns from diagnosis to death – A Danish register-based investigation.* *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 92–101.
- Steno. (2020). *Etablering af fem danske Steno Diabetes Centre.* <https://steno.dk/temaer/etablering-af-fem-danske-steno-diabetes-centre/>
- Steno Diabetes Center Sjælland. (2019). *Initiativbeskrivelse Diabetesbussen.*
- Steno Diabetes Center Sjælland. (2021). *Diabetesbussen.* <https://steno.dk/aktiviteter/diabetesbussen/>

- Sundheds- og Ældreministeriet. (2017a). *Den nationale diabetes handlingsplan*. <https://www.sst.dk/-/media/Puljer/Styrket-tvaersektorielt-samarbejde-om-diabetespatienter/National-diabeteshandlingsplan.ashx?la=da&hash=50D0D3DE833ADCABAED56BA585F6E68A8D34D33D>
- Sundheds- og Ældreministeriet. (2017b). *Afrapportering. UDVALG OM DET NÆRE OG SAMMENHÆNGENDE SUNDHEDSVÆSEN*. <https://www.regeringen.dk/media/3589/afrap-naere-sammenhaengen-sundsvaesen-juni-2017.pdf>
- Sundhedskartellet. (2014). *Kompleks fremtid og refleksive sundhedsprofessionelle. Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne. Afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt*. [https://www.sundhedskartellet.dk/dsr/upload/7/46/917/Afrapportering\\_Sundhedskartellets\\_uddannelsesprojekt\\_-\\_endelig.pdf](https://www.sundhedskartellet.dk/dsr/upload/7/46/917/Afrapportering_Sundhedskartellets_uddannelsesprojekt_-_endelig.pdf)
- Sundhedsstyrelsen. (2006). *Vejledning om sundheds- koordinationsudvalg og sundhedsaftaler*. <https://www.sst.dk/~media/42A21388EBC743B3BA86E71D5CEF6A46.ashx>
- Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015): Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Red.): *Kvalitative metoder - En grundbog*. 2. udgave, 2. oplag. København: Hans Reitzels forlag, s. 29-53
- Triantafillou, P. (2019). Analyse af dokumenter og dokumentation. I C. J. Kristensen & M. A. Hussain (Red.), *Metoder i samfundsvidenskaberne* (1. udg., s. 147–159). Samfundslitteratur.
- Vallgård, S. (2016). Det danske sundhedsvæsen. I S. Vallgård & A. Krasnik (Red.), *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik* (3., s. 248). Munksgaard.
- Vallgård, S. (2011). Social ulighed i sundhed som politisk problem. I *Lighed i Sundhed: Artikelsamling om ulighed i sundhed og fænomenets betydning i det danske samfund* (1. udgave, s. 14–18). Sund By Netværket 2011.
- Videncenter for diabetes. (2021). *Viden om diabetes*. <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-2-diabetes/foelgesygdomme>
- WHO. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. I World Health Organization.: Bd. WHO/HRH/HP (Nummer SUPPL. 1). [https://www.who.int/hrh/resources/framework\\_action/en/](https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/)
- World Health Assembly, 62. (2009). *Reducing health inequities through action on the social determinants of health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/2257>