

Bidrag (forskningsbaseret) til

Det Danske Ledelsesakademis 2011 konference: Behov for ny ledelse?

CBS, d. 5.-6. december 2011

Interorganisatoriske ledelsesudfordringer: Afsæt i erfaringer fra TELEKAT

Janne Seemann, PhD, lektor, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet, Kroghstræde 7, DK-9220 Aalborg. E-mail: seemann@socsci.aau.dk. Tel.: +45 9940 8116 (kontaktperson)

Jeppe Gustafsson, PhD, lektor, Institut for Økonomi og Ledelse, Aalborg Universitet, Fibigerstræde 4, DK-9220 Aalborg. E-mail: jg@business.aau.dk.

Birthe Dinesen, PhD, lektor, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet, Fredrik Bajers Vej 7 D1, DK-9220 Aalborg. E-mail: bid@hst.aau.dk.

Resumé

Som bidrag til konferencens tema: 'Behov for ny ledelse' mener vi, at et af nøgleordene i grænsebrydende perspektiver og transformerende ledelsesstrategier er "*ledelse på tværs*". Ledelse og innovation på tværs af vidensområder og professioner og på tværs af organisatoriske enheder og niveauer. Det gælder både på tværs af forskellige offentlige sektorer, på tværs af offentlige, private og frivillige organisationer, på tværs af organisationer inden for de enkelte sektorer og på tværs af lokale, regionale, nationale og internationale niveauer. Et andet grænsebrydende begreb er *interorganisatoriske netværk*. Et tredje grænsebrydende begreb er *horisontale processer* på tværs af organisatoriske grænser. Netop ledelse på tværs, interorganisatoriske netværk og horisontale processer er fremtrædende elementer i forskningsprojektet TELEKAT, som er et case studium af Telehomecare for kroniske patienter på tværs af sundhedsvæsenets mange professioner, organisationer, sektorer og politiske niveauer. Projektet udgør afsættet for denne artikels analyse og diskussion af interorganisatoriske ledelsesudfordringer.

Behov interorganisatorisk ledelse

Danske ledere står over for enorme udfordringer i disse år. Både vores industrielle modeller og vores velfærdsstats modeller er nået til et udviklingsstadium, hvor der i stigende grad viser sig behov for fundamentale forandringer. Denne artikel anlægger et organisationsteoretisk perspektiv på *offentlige lederes* udfordringer i det danske sundhedsvæsen.

Karakteren af de udfordringer, vi fokuserer på i denne artikel, hænger sammen med, at vore organisationer bygger på hybrider af maskinbureaukratiet og fagbureaukratiet med iboende lærings- og silo-problemer (Minzberg 2009). Vi har perfektioneret disse mere end hundrede år gamle organisations- og ledelsesformer og udbygget dem med en lang række

managementkoncepter for at følge med udviklingen. Vi har divisionaliseret, fusioneret, restruktureret samt lag på lag skabt multidimensionale strukturer og myriader af tværgående koordineringsmekanismer og projektorganiseringer. Vi har udbygget og forfinet kvalitetsstyring og ledelsesteknologier med et væld af IT-systemer og en hel række NPM koncepter. Vi har tilføjet "bløde" ledelsesformer baseret på et omfattende arsenal af HRM redskaber, bl.a. i form af kompetenceudvikling på alle niveauer, teambuilding, værdiledelse og lignende. Hertil kommer omfattende reformer af de politiske ledelsesprocesser og strukturer, som ligger uden for denne artikels fokus.

Efter manges mening har vi skabt en af verdens mest avancerede og udviklede velfærdsstater. Men netop derfor er vi måske også blandt de, der først oplever modellens grænser, hvor dysfunktionerne for alvor viser sig i kølvandet på kompleksitet, uoverskuelighed, silo-barrierer, ringe udnyttelse af videnmedarbejdere, dårlige arbejds- og læringsmiljøer, lav samlet performance og manglende organisatorisk læring.

Både i teori og praksis ser vi en voksende opmærksomhed på behovet for transformation. Flere og flere ledere formulerer og retter sig mod disse problemstillinger (Ugebrevet Mandag Morgen 2010, 2011) og flere og flere forskere arbejder med at udvikle nye ledelses- og organisationsformer. Blandt danske forskere/forskningsmiljøer er pionererne især Jørgensen (1977), Christensen & Kreiner (1991), Klausen (2001), Mønsted (2003), Christensen (2004), D. Pedersen (red.) (2004), Torfing & Sørensen (2005), Højlund & Knudsen (2008), Melander (2008), Molin (2009), L. Lerborg (2010), Sørensen, Sehested & Reff Pedersen (2011). Pionererne får i dag følge af mange teoretikere og praktikere, men opgøret med traditionelle organisations- og ledelsesformer er stadig i sin vorden. Vi er endnu henvist til at bakse med transformationsproblemer og udforske nye muligheder. Melander (2008:42) fanger væsentlige pointer, når han spørger: *'Hvilke ledelsesmæssige udfordringer og dilemmaer indebærer transformationen mod nye former, hvor velkendte dikotomier som marked og hierarki, offentlig og privat, strukturer og processer, fornuft og følelse, kontrol og læring er under forandring og skal omsættes til nye ledelsesstrategier?'*

Det fragmenterede sundhedsvæsen

I flere årtier har man diskuteret det fragmenterede sundhedsvæsen og manglen på sammenhæng i en række patientforløb, der kræver samspil mellem sygehus, kommune og almen praksislæge især i forbindelse med (multisyge) kronikere og ældre medicinske patienter. Selvom sundhedsvæsenets mange parter har opbygget og udviklet tværgående relationer, bl.a. i form af sundhedsaftaler, patientforløbsbeskrivelser og praksiskoordinatorer, opstår der til stadighed fragmenteret behandling og problemer med sammenhæng i patientforløb som følge af betydelige domæne-, behandlings- kultur- og professionskonflikter.

Sundhedsvæsenet slås endvidere med en række andre dysfunktioner i form af effektivitets- og kvalitetsproblemer, ventetider, svigt i opgaveløsninger, styrings- og finansieringsproblemer samt skærpede krydspres og politiske modsætninger. Ledelsesudfordringerne skærpes samtidig i

stigende grad af visioner om nye former for behandlingskoncepter og organisations- og ledelsesformer.

Mens dysfunktioner og problemer træder tydeligere og tydeligere frem, er det endnu vanskeligt at danne sig et klart billede af nye visioner og muligheder. Det synes åbenbart, at nye behandlingskoncepter og organisationsformer som hovedregel ikke kan designes og implementeres. De må emergere over tid (Denise m.fl. 1999). Der er således tale om transformationer, som involverer langvarige komplekse udviklingsprocesser. Undervejs melder dysfunktioner og mulige veje frem sig som ledelsesudfordringer i utallige sammenhænge.

Hensigten med denne artikel er at bidrage til denne diskussion ved at rette opmærksomheden mod konkrete ledelsesudfordringer i relation til interorganisatoriske innovationsforløb med afsæt i et nyligt afsluttet forskningsprojekt i det nordjyske sundhedsvæsen: TELEKAT (se case gennemgang i næste afsnit). I lyset af ovenstående problematisering, kan det virke ude af proportioner at tage udgangspunkt i et enkelt case studium i en diskussion af store overordnede spørgsmål om fremtidens ledelsesformer. Men netop den kendsgerning, at vi ikke kan tænke de nye former, og derfor må arbejde med emergerende udviklingsstrategier, åbner muligheden for at lære af enkeltstående udviklingstiltag og eksemplariske cases (Antoft & Salomonsen 2007; +Flyvbjerg 2011).

Vi mener, at et af nøgleordene i grænsebrydende perspektiver og transformerende ledelsesstrategier er "*ledelse på tværs*" (Gustafsson 2007). Ledelse og innovation på tværs af videnområder og professioner og på tværs af organisatoriske enheder og niveauer. Det gælder både på tværs af forskellige offentlige sektorer, på tværs af offentlige, private og frivillige organisationer, på tværs af organisationer inden for de enkelte sektorer og på tværs af lokale, regionale, nationale og internationale niveauer. Et andet grænsebrydende begreb er *interorganisatoriske netværk* (Alter & Hage 1993). Et tredje grænsebrydende begreb er *horisontale processer* på tværs af organisatoriske grænser (Galbraith 2005) Netop ledelse på tværs, interorganisatoriske netværk og horisontale processer er fremtrædende elementer i TELEKAT casen.

TELEKAT casen

TELEKAT casen involverer en række sundhedsprofessionelle parter, der har til opgave at varetage behandlingen af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Kerneparterne udgøres af: 1) En lungemedicinsk sygehusafdeling og et ambulatorium, som behandler patienter med alvorlig og meget alvorlig KOL. 2) Et kommunalt sundhedscenter, der gennemfører rehabiliteringsprogrammer for alle KOL patienter og andre kronikere. 3) En række hjemmesygepleje distrikter, som varetager hjemmebehandling for KOL patienter og andre borgere. 4) Praktiserende læger. Det er således et offentligt systemisk netværk¹ af komplementære parter, benævnt KOL-netværket, der har en udpræget gensidig afhængighed i

¹ Systemic interorganizational networks are multilateral arrangements among diverse organizations that band together to produce a single product (Alter & Hage 1993:7)

form af sammenhængende patientforløb (Alter & Hage 1993; Gustafsson 2007). Casens øvrige parter udgøres af de sundhedsprofessionelles moderorganisationer og en række private virksomheder og videninstitutioner, som er involveret i udviklingen af Telehomecare løsninger for KOL-netværket og dets patienter.

Formålet med TELEKAT (Telehomecare, kroniske patienter og det samarbejdende sundhedsvæsen) var at gennemføre et pilotprojekt med henblik på at udvikle nye telehomecare teknologier til kroniske syge i samarbejde med private virksomheder, sundhedsprofessionelle, patienter, pårørende og vidensinstitutioner. Mere generelt var sigtet at udvikle opgaveløsningen i KOL-netværket ved:

- at forbedre samarbejdet mellem parterne
- at udvikle pleje og behandlingskoncepter på tværs af enheder og sektorer
- at udvikle en elektronisk platform til videndeling og informationsudveksling
- at fremme egenbehandlingen i eget hjem og forbedre patientuddannelsen

Projektperioden løb fra januar 2008 til juni 2011. Forskningsdesign og metodologi² er beskrevet i Dinesen m.fl. (2011a) og se tillige www.telekat.dk. Pilotprojektet har vist interessante og positive resultater (Dinesen m.fl. 2011 b,c,d,e). I denne artikel skal vi koncentrere os om erfaringerne med ledelse på tværs og udviklingen af samarbejdet mellem de involverede parter fra den offentlige sektor.

Parterne i KOL-netværket har forskellige mandater, mål, opgaver, kernekompetencer, og behandlingsteknologier. De har forskellige kulturer, strukturer, systemer og moderorganisationer, og de er involverede i forskellige netværk med andre. De har også forskellige magtbaser og interesser. Men ét forhold knytter dem sammen: Den gensidige opgaveafhængighed på tværs af netværket i form af sammenhængende patientforløb. Der er imidlertid ingen (formel) tværgående ledelse. Tværgående relationer er emergeret over tid. Samarbejde og integration på tværs af parterne er en stor ledelsesudfordring både med hensyn til drift og udvikling.

Som i mange andre offentlige systemiske netværk var samarbejdet i KOL-netværket tidligere hovedsageligt begrænset til kortfattet skriftlig kommunikation i form af henvisninger, indlæggelser, udskrivninger, overflytninger og lignende. Der forekom sjældent nogen egentlig tværgående dialog om patienterne og heller ikke systematisk faglig videndeling. Ledelserne havde primært fokus på enkeltorganisationerne, hierarkiske styringskæder og egne strategier. Parterne koncentrerede sig om egne mandater, og mod egne udviklingsopgaver i form af effektiviseringer, akkrediteringer, dokumentationskrav og omstillinger i eget regi, og om at gøre et godt job inden for deres egen (del)opgave. Der var få incitamentter til at tænke på tværs og til tværgående samarbejde.

² Case studiet indeholder bl.a. dokumentar materiale, deltagerobservation (163 timer) kvalitative interviews med aktører fra parterne (n=41) and COPD patients (n=64).

Forud for Telekat projektet havde strukturereformen imidlertid været incitament til at Aalborg Kommune havde taget initiativ til etablering af et sundhedscenter i et samarbejde med praktiserende læger og Aalborg Sygehus. Formål med sundhedscenteret var at etablere et center, som kunne udbyde tværfaglige rehabiliteringskurser. På KOL-området havde man fat i fremtidens tanker om større integration mellem sektorerne. Der blev ansat en lungesygeplejerske fra Aalborg Sygehus i en delestilling med sundhedscenteret. Formålet med denne stilling var at dele viden om rehabilitering af KOL-patienter og for at fremme dialogen mellem sundhedscenter og sygehus. Hjemmesygeplejen i Aalborg Kommune var ikke en del af samarbejdsalliancen mellem sundhedscenter og sygehus. Der var således et spirende tværgående samarbejde mellem parterne forud for Telekat projektet

Det spirende samarbejde var dermed optakten til at bryde med silotænkning, hvor hver part typisk søger at beskytte sig mod påvirkning fra andre dele af netværket, som kan indvirke negativt på deres egen opgaveløsning (jævnfør begrebet 'negativ koordination' hos Kragh Jespersen 1996:162). Selvbekyttelsen og koncentrationen om egne opgaver kan også føre til, at parterne søger at undgå vanskelige, besværlige eller omkostningskrævende opgaver, som derved bliver skubbet videre i systemet med fare for at ende som oversete, uløste opgaver. Som vi har set andre steder (Seemann 1996; Denise m.fl. 1999; Antoft & Seemann 2002), var der også her enkelte frontledere, ildsjæle og medarbejdere, som lagde et stort engagement i at få koordination og sammenhæng i behandlingen på tværs af parter. Hovedsagelig ved gang på gang at bruge tid på konkrete patientforløb, der haltede i kritiske samarbejdsflader. Denne form løser den enkelte situation og kan styrke personlige relationer på tværs, men det er forfra ved personudskiftning, som det f.eks. ofte er tilfældet for hospitalslæger. Generelt var KOL-netværket som mange andre systemiske netværk inden for sundhedsvæsenet præget af manglende sammenhæng i behandlingen, manglende informationsdeling, manglende videndeling og dyre løsninger i form af mange (gen)indlæggelser, som kunne undgås (Eriksen et al 2003). På Aalborg Sygehus var i lungemedicinsk ambulatorium startet en udvikling med at inddrage KOL-patienter i mestring af egen sygdom. KOL-patienterne fik tilbudt at få deres egen behandlingsplan, som blandt andet indeholdte en recept til Penicillin eller Kortison præparat (hormon). KOL-patienter blev oplært i at indløse recepten ved udvikling af symptomer, således at de kunne starte en medicinsk behandling tidligere og dermed undgå indlæggelse på sygehuset. Den kontinuerlige opgaveforskydning, mellem sygehuse og primærsektoren med stadig kortere indlæggelsestider og øget ambulatant behandling, gjorde sig også gældende i KOL-netværket, og lagde pres på alle parter samt skærpede behovet for et mere intensiveret samarbejde på tværs.

Innovationslogikker og dynamikker i KOL-netværket

Fire dynamikker i spil

Casen peger på, at innovation i systemiske netværk er et "uphill battle", som tager form af komplekse tilpasnings- og påvirkningsprocesser mellem parterne. Forløbet er dokumenteret i Seemann m.fl. (2011). Vi har fundet lignende udviklingsprocesser i tidligere studier (f.eks. Gustafsson & Seemann 1986; Seemann 1996; Antoft & Seemann 2002). Studierne peger på, at

to nøglefaktorer synes at være særlig afgørende for dynamikkernes karakter i systemiske netværk: 1) Parternes organisatoriske kontekst og 2) Parternes mentale modeller. Vi har tidligere set disse faktorer som rene barrierer for interorganisatorisk innovation. Men TELEKAT casen viser, at de ikke alene er barrierer, men samtidig også fundamentet for innovation på netværksniveau. Benyttes de to faktorer som dimensioner i en firfeltstabel, fremkommer fire innovationslogikker, som i samspil beskriver det systemiske netværks komplekse innovationsprocesser (Seemann m.fl. 2011). Se tabel 1 nedenfor.

Top down strategier - oplevet pres fra moderorganisation	Aktørerne fokuserer på at beskytte eget domæne og levere på egen bundlinje	Aktørerne fokuserer både på egen bundlinje og på pres for sammenhæng på tværs
Parternes professionelle mentale modeller		
Parterne tænker monofagligt uden visioner om integration af behandlingskoncepter på tværs	1. Fragmenteret innovation Hver part udvikler sin delopgave baseret på world class udvikling i specialet	2. Interface-innovation Interface samarbejde, forbedringer i logistik, administration og kommunikation
Parter tænker tværfagligt og har visioner om integration af behandlingskoncepter på tværs	3. Konkurrerende innovationer Parterne søger at nå dominans i netværket og skabe netværksløsninger i egen logik, Tilpasning, påvirkning og flux på netværksniveau	4. Co-innovation Samarbejde mod fælles vision af integrerede behandlingskoncepter og processer på tværs af netværket

Tabel 1: Fire logikker i systemiske netværks komplekse innovationsprocesser

Den ene dimension, 'Parternes professionelle mentale modeller', sondrer mellem situationer, hvor parterne tænker monofagligt uden visioner om integration af behandlingskoncepter på tværs og situationer, hvor parterne tænker tværfagligt og har visioner om integration af behandlingskoncepter på tværs af netværket.

Den anden dimension, 'Top down strategier og oplevet forventningspres fra moderorganisationen', sonder mellem situationer, hvor parterne oplever et pres for at beskytte eget domæne og levere på egen bundlinje og på den anden side situationer, hvor parterne oplever, at moderorganisationen presser både for levering på egen bundlinje og fokus på horisontal sammenhæng på tværs af netværket.

Kvadrant 1, 'fragmenteret innovation', repræsenterer situationer, hvor aktørerne fokuserer på deres eget speciale og på pres fra deres moderorganisation for at levere på egen bundlinje og beskytte deres domæne. Her sker innovation ved at parterne alene udvikler sig inden for deres eget speciale i samarbejde med fagkolleger inden for deres egen disciplin ved at trække på isomorfe netværk med basis i world class på området, f.eks. lægernes faglige selskaber (Alter & Hage 1993, Gustafsson 2007). Det er en meget stærk basis for "directional innovations" vedrørende enhedernes delopgaver (Johansson 2004), men svagheden er, at det fører til fragmenteret innovation på netværksniveau, fordi parterne alene fokuserer på eget speciale. Der sker ikke nogen innovation på netværksniveau og integrationsudfordringen er i vidt omfang overladt patienterne selv.

I *kvadrant 2* oplever parterne, at moderorganisationerne presser både for resultater på egen bundlinje og for koordination på tværs af parterne i netværket, men parternes mentale modeller er monofaglige som i kvadrant 1. Det indebærer et krydspres. Det er ikke nok at koncentrere sig om egne opgaver. Men parterne kan nøjes med at forbedre organiseringen af samarbejdsrelationer, dvs. at skabe en bedre logistik i netværket. Vi har kaldt det '*interface-innovation*'. Patienterne opnår her en bedre tidsmæssig koordinering af deres behandlingsforløb, men der sker ingen eller begrænset integration af indholdet i den behandling, parterne hver for sig tilbyder.

Kvadrant 3, 'konkurrerende innovation', repræsenterer situationer, hvor aktørerne tænker interdisciplinært og har visioner om at integrere viden og behandlingskoncepter på tværs samtidig med, at de har fokus på deres moderorganisations silo forventninger om at levere på egen bundlinje og beskytte deres domæne. Parterne håndterer dette krydspres ved, at de hver for sig søger at skabe en netværksløsning med udgangspunkt i deres egen faglige logik og påvirke andre parter til at tilpasse sig denne netværksløsning. Resultatet er konkurrerende innovationer på netværksniveau. Stærke parter prøver at "vinde kampen", men det distribuerede magtmønster holder typisk gang i kontinuerlige tilpasnings- og påvirkningsprocesser, hvor forskellige bud på netværksløsninger bølger frem og tilbage, idet selv stærke parter ikke er i stand til at diktere udviklingen af de øvrige parters interne processer og kapabiliteter. Konsekvensen er høje relationsomkostninger og tendenser til, at patienter kan blive ofre for (mod)stridende forestillinger om behandlingsmetoder og patientforløb.

I *kvadrant 4, 'co-innovation'*, tænker aktørerne multidisciplinært med visioner om integration af viden og behandlingskoncepter i kombination med et stærkt fokus på moderorganisationernes forventninger om horisontal integration af behandlingskoncepter på tværs af organisatoriske grænser. Der foregår et udstrakt samarbejde om innovationer både vedrørende intra- og interorganisatoriske processer og behandlingskoncepter gennem hele netværket. Ved at

udforske "intersections" mellem involverede professionelle discipliner og organisationskulturer, er der mulighed for et stort antal ekstraordinære nye ideer (Johansson 2004).

Det er fristende at se kvadrant 4 innovationer som opskriften på succesfuld interorganisatorisk innovation. Men det er forkert at se dem som den ideelle type. Et så snævert fokus på horisontal innovation indfanger ikke kvadrant 1's vigtige world class innovationer og kan derfor indeholde en fare for kompromisser om laveste fællesnævner. Disse innovationer kan også være vanskelige at skalere til egentlig drift, fordi det ikke er muligt at etablere den nødvendige ledelsesmæssige basis i denne kvadrant.

Innovation i KOL-netværket

Under TELEKAT projektperioden var udviklingen i KOL-netværket præget af aktiviteter i alle fire kvadranter. Selvom TELEKAT fik stor opmærksomhed og fuld opbakning fra alle involverede parter, udgjorde kvadrant 1 innovationer et betydeligt element i KOL-behandlingen. Bag TELEKAT-scenen udspillede sig en dagligdag fokuseret på kvadrant 1 aktiviteter med faglige udviklinger samt effektiviserings- og moderniseringstiltag i siloperspektiv.

TELEKAT blev imidlertid rammen om en hel række interorganisatoriske innovationer. Projektet initierede og understøttede væsentlige elementer af interface-innovationer (kvadrant 2) i flere af parternes samarbejdsflader. Først og fremmest i form af generelle forbedringer i parternes samarbejdsflader, hvor den øgede interaktion mellem parterne, som følge af projektet, førte til en bedre logistik i relation til patientforløbene. Men der skete også, som tilsigtet, væsentlige innovationer i forbindelse med etableringen af den fælles IT-plattform, som gav mulighed for at dele data fra hjemmemonitoreringen.

Under hele projektet var der endvidere fuld gang i konkurrerende innovationer (kvadrant 3) i KOL-netværket, som i vidt omfang blev initieret af TELEKAT og afprøvet som prototyper. Der var fire forskellige scenarier, der blev afprøvet som prototyper. Den første prototype var baseret på en hospitalslogik, hvor patienterne blev monitoreret af sygehusets KOL-laboratorium. Den anden prototype var baseret på hjemmesygeplejens logik og blev monitoreret af et team af hjemmesygeplejersker. Den tredje prototype blev monitoreret af det kommunale sundhedscenter og var baseret på dettes logik. Den fjerde prototype var monitoreret af patientens praktiserende læge, ud fra princippet om, at det er praksislægen, der koordinerer behandlingen af sine patienter.

Der var også væsentlige elementer af co-innovation (kvadrant 4), hvor parterne i konstruktive dialoger udviklede ideer til integrerede behandlingskoncepter og afprøvede nye former for samarbejde. F.eks. gennemførte parterne en række kliniske videokonferencer vedrørende de inkluderede patienter. Alle parter gav udtryk for, at det gav mulighed for en væsentlig bedre information og videndeling på tværs end de hidtidige samarbejdsformer. Videokonferencerne medførte markante tilløb til fælles sense making og integration af behandlingskoncepter.

Som helhed tog udviklingsprocessen form af en flerhed af komplekse dynamiske processer. TELEKAT-projektets øvrige parter bidrog til at øge kompleksiteten, og det samme gjorde

påvirkning fra mange andre aktiviteter i og omkring netværket. Udviklingsarbejdet var, som nævnt, en succes, men det var i sig selv ikke nok til at projektet ville overleve ud over pilotfasen og udvikle sig til en egentlig drift i større skala. Meget afhænger af, om projektets bottom up strategi finder veje til en forbindelse med moderorganisationernes top down strategier på området, så det bliver muligt at finde den nødvendige finansiering og topledelsesopbakning (Sørensen & Torfing 2010). I skrivende stund ser det ud til, at projektets resultater og ideer har fundet vej til regionens og flere kommuners top down strategi arbejde. Efter en række kontakter på kryds og tværs, er der etableret en styregruppe med repræsentanter på direktørniveau, som i samarbejde med regionens kronikerenhed har til opgave at lede et udviklingsarbejde, som kan gøre telehomecare modellen klar til implementering i hele regionen. Det står ikke klart, hvilken organisering modellen vil blive baseret på, men det bliver formentlig en netværksløsning af kvadrant 3 typen.

Lykkes det, vil der være etableret en IT-infrastruktur og en række procedurer, som på afgørende måde understøtter samarbejdet og sammenhængen i behandlingsarbejdet i KOL-netværket og som øger mulighederne for, at patienter ikke forvises til statistroller i egne behandlingsforløb (Seemann 1999), men kan deltage som aktive parter i netværket.

Ledelsesudfordringer i systemiske netværk

Lad os antage, at casen er et eksempel på et lille skridt på vejen mod morgendagens nye organisations- og ledelsesformer, hvor interorganisatoriske netværk omkring horisontale processer og internetbaseret lateral kommunikation er centrale byggesten. I modsætning til i dag, hvor netværk er spinkle broer mellem hierarkierne uden særlig ledelsesmæssig opmærksomhed og støtte. Med dette udgangspunkt skal vi i det følgende søge at indkredse nogle træk ved ledelsesudfordringer i relation til systemiske netværk i morgendagens hybridorganisationer eller måske snarere træk ved rejsen på vejen mod nye former.

Ledere og medarbejdere, som kaster sig ud i interorganisatoriske innovationer, erfarer, at det ikke længere er nok at tage udgangspunkt i egen profession, egen enhed og moderorganisationens silostrategier. Man kan ikke forlade sig på at agere i kvadrant 1's 'komfort-zone'. Nu skal man se på hele netværkets værdikæde, in casu hele patientforløbet i et multidisciplinært helhedsperspektiv og håndtere dilemmaet mellem, hvor meget man skal holde fast i egne professionelle standarder versus, hvor meget man skal åbne sig for eller give efter for de andre parters faglighed. Man skal samtidig håndtere dilemmaet mellem på den ene side hensynet til egen bundlinje og egen moderorganisation versus hensynet til de andre enheders bundlinjer og moderorganisationer (jfr. Kurt Kludis (2009) overvejelser om små og store fællesskaber).

Ledelsessolidariteten og opmærksomheden må således række ud over egne grænser, og ledere og medarbejdere må bryde ud af deres faglige forståelseshorisonter, som hæmmer evnen til at tænke i helheder og sammenhængende opgaveløsninger på tværs.

På et abstrakt overordnet niveau har der gennem flere år været talt om et sammenhængende eller sømløst sundhedsvæsen, men i handlingsorganisationernes praksis er det ikke nok at have en overordnet erkendelse. Her støder tværgående perspektiver mod stærke kræfter. Ud over ovennævnte dilemmaer, som repræsenterer dilemmaer i firfelttabellens to dimensioner, må ledere og medarbejdere yderlige balancere mellem komplekse og dynamiske krydspres, der på netværksniveau kan forstås som en balance mellem tabel 1's fire innovationslogikker. Alle fire er aktive i et offentligt systemisk netværk, og ingen af dem kan ignoreres.

Især to dilemmaer synes af særlig vigtighed. Det ene vedrører *netværkets evne til at lære*. Det fremkommer i *diagonalen mellem kvadrant 1 og 4*. Netværkets evne til at lære afhænger af ledere og medarbejders evne til at skabe en kontinuert balance mellem på den ene side world class læring i subspecialerne via parternes respektive isomorfe netværk med fagfæller uden for KOL-netværket og på den anden side tværfaglig læring gennem fælles sense making i KOL-netværket (det systemiske netværk). I denne sammenhæng drejer den tværfaglige læring sig om læring vedrørende lokal integration af parternes viden set i relation til patienterne og patientforløb. Det er med andre ord helt afgørende, at parterne holder sig ajour med world class udviklingen, men også at parterne lærer, hvordan deres specialiserede viden bringes ind i andre faglige sammenhænge og tilpasses den enkelte patient.

Det andet dilemma vedrører *netværkets evne til at organisere drift*. Det fremkommer i figur 1's *anden diagonal mellem kvadrant 2 og 3*. Netværkets evne til at organisere de horisontale driftsprocesser (patientbehandlingen og patientforløbene) afhænger af ledere og medarbejders evne til at skabe en nogenlunde stabil balance mellem på den ene side en struktur, hvor hver part gør, som de selv vil, kun tidsmæssigt koordineret med andre parter i netværket, og på den anden side en struktur, hvor en af parterne i netværket har ledelsen af hele det samlede behandlingsforløb i netværket. Med andre ord en balance mellem et tidsmæssigt koordineret patientforløb og et behandlingsmæssigt sammenhængende patientforløb, forankret i et temporært afstemt netværkslederskab.

De to dilemmaer repræsenterer tilsammen et kapløb med udviklingen i viden og patienters og andre interessenters forventninger. Det er et kapløb uden fikseret mållinje. Viden og krav udvikler sig kontinuerligt. Netværksparterne kan derfor ikke finde et stabilt niveau, hvor man mere langsigtet kan få hold på strukturer, systemer og processer mv.

Med TELEKAT som eksempel kan man forestille sig, at mulige scenarier deler sig i to typer. Den ene er scenarier, der indeholder 1.orden løsninger på netværksniveau med løbende forbedringer af eksisterende samarbejdsformer i netværket. Den anden type er scenarier, der indeholder 2.orden løsninger på netværksniveau, der repræsenterer skift i eksisterende logikker og viser vejen til nye sundhedsmodeller, som er gearret til at holde sig inde i kapløbet med udviklingen i viden og forventninger (Argyris og Schön 1978).

I *scenarier med 1.orden løsninger* kan netværket ikke komme ud over lappeløsninger på tværs, som bestandigt vil lide tilbageslag overfor de dynamiske og komplekse krydspres i de fire logikker. Netværkspionerer vil af og til initiere kvadrant 3 og 4 innovationer, men de vil ikke få

fodfæste og vinde tilstrækkelig opbakning. De vil derfor være for svage til udvikle sig til grænsebrydende tiltag. Netværket vil stalle ved en dynamisk balance omkring stadige kvadrant 1 og 2 innovationer, med perioder med flux og skiftende mønstre fra tilløb til kvadrant 3 og 4 innovationer. Historien om samordning på tværs i offentlige systemiske netværk er fyldt med grundstødte interorganisatoriske pilotprojekter, som ikke klarede transformationen til drift i større skala. Selv markante interorganisatoriske pilotprojekter som TELEKAT, kan ende som "død ved levering", hvis det ikke lykkes at danne bro mellem og balancere de fire logikker. Reminisenserne kan være beskrivelser af patientforløb, sundhedsaftaler, praksiskoordinatorordninger og lignende, som ikke rigtig slår igennem og tenderer i retning af "window-dressing".

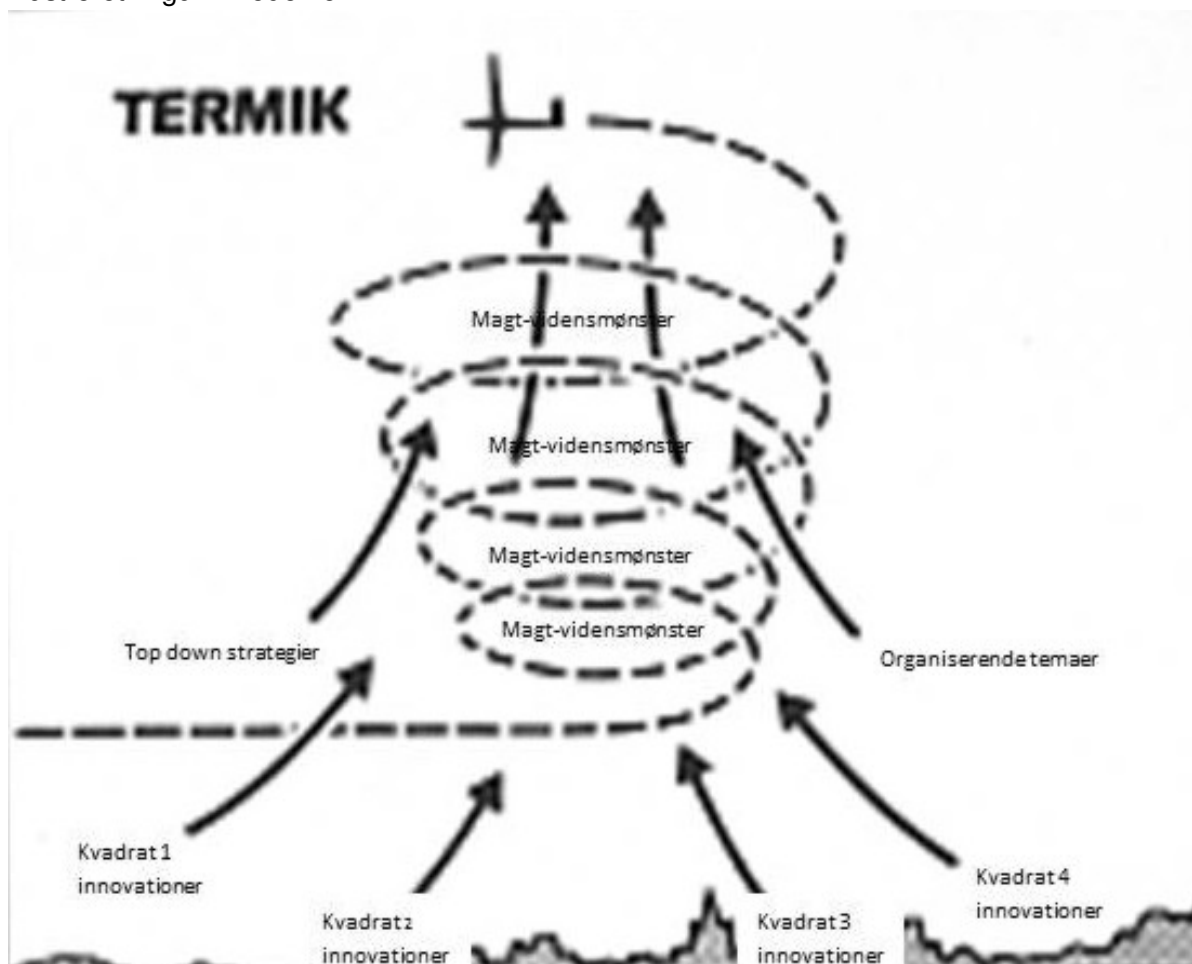
I *scenarier med 2. orden løsninger* finder vi markante innovationer i alle fire kvadranter i komplicerede samspil, der har potentialer for grænsebrydende transformation. Også her er der modsætninger mellem forskellige innovationer og konkurrence mellem parter. Men parternes erkendelse af behovet for integrerede horisontale processer er stærk nok til, at netværksperspektiver har vundet fodfæste. Netværkstænkende ledere har tilkæmpet sig magt og opbakning til at drive tværgående ledelse. Det er lykkedes netværksledere og medarbejdere at håndtere de to helt centrale dilemmaer vedrørende evne til læring og evne til at organisere drift (March 1991).

I relation til dilemmaet vedrørende netværkets evne til læring er det lykkedes at bygge bro mellem kvadrant 1 og 4 innovationslogik og skabe en dynamisk balance mellem world class innovationer og patientcentrerede tværfaglige innovationer, hvor logikkerne kan nå hinanden og befrugte hinanden. En sådan dynamisk balance består i, at et givent vidensmønster for en tid kan danne rammen om behandling og patientforløb i netværket. Videnkapløbet udfordrer løbende mønstret, men netværksledere har fundet veje til at facilitere udviklingen i mønstret, og sørge for at holde udviklingen på sporet i den dynamiske balance.

I relation til dilemmaet vedrørende netværkets evne til at organisere drift, er det lykkedes at bygge bro mellem innovationslogikkerne i kvadrant 2 og 3 og skabe en temporær afstemt driftsledelse, der balancerer mellem ønsker om at nøjes med en simpel tidsmæssig koordinering af parternes respektive behandlingsindsats og en situation, hvor stærke parter strides om herredømmet over udformning og ledelse af patientforløb i netværket. En afstemt driftsledelse tager form af et temporært dominansmønster, der balancerer partsinteresser i og omkring netværket og skaber forudsætningen for organisering og ledelse af horisontale driftsprocesser i netværket for en periode. Skift i magtforhold og interesser udfordrer løbende dominansmønstret, men netværksledere har fundet veje til at facilitere netværkets politiske processer og sørge for at holde udviklingen i dominansmønstret på sporet, så man opretholder en afstemt driftsledelse, som parterne kan bakke op om.

Skal det systemiske netværk have succes af længere varighed, må vi forestille os, at netværksledere og medarbejdere skal være i stand til at identificere og facilitere dynamiske balancer omkring duelige magt-vidensmønstre (Strauss 1982; Antoft 2005; Jørgensen 2007) vedrørende patientbehandling og patientforløb, som til stadighed udvikles i overensstemmelse med innovationslogikkernes komplekse samspil i og omkring netværket.

Billedet af en dynamisk balance kan måske tydeliggøres ved en metafor. Tænk på en termik. Termik med opadgående luft som metafor på dynamisk balance i systemiske netværk er illustreret i figur 1 nedenfor.



Figur 1: Termik med opadgående luft som metafor på dynamisk balance i systemiske netværk

En termik er luftens opadgående bevægelse i instabile luftmasser, der kan udnyttes af fugle og svæveflyvere til at flyve og vinde højde med et begrænset ressourceforbrug. De instabile luftmasser repræsenterer netværkets innovationslogikker, og den opadgående luftstrøm repræsenterer potentialiet for dynamiske balance omkring netværkets magt-vidensmønstre, som hele tiden er i bevægelse. Fugle og svæveflyvere repræsenterer netværksledere. De skal være i stand til identificere og udnytte termikkens dynamiske balance. Dvs. netværksledere skal kunne finde fungerende magt-vidensmønstre, og løbende udvikle dem. Svæveflyvere kan imidlertid ikke påvirke termikken. Når der ikke er mere opvind, må de finde ind i termikken igen eller ved strækflyvning finde en ny termik længere fremme på ruten. Her har netværksledere større

muligheder end svæveflyveren, idet de aktivt kan facilitere netværksprocesserne og måske endda påvirke de vinde, der blæser.

Det drejer sig især om at indkredse udviklingsbehov på tværs og knytte dem til organiserende udviklingstemaer i netværket og sundhedsvæsenet generelt (Stacey 2001) samt at facilitere udviklingen af netværkets magt-videnmønstre, så man kan holde netværket inde i termikken i den dynamiske balance.

Det vil være kontekstbestemt, hvordan de mulige stabile dynamiske balancer skal findes på samme måde som i dannelsen af termik med opadgående luft afhænger af terræn og vejrforhold. Visse steder og vejr-situationer kan udløse langvarig, kontinuerlig termik. Et sådant sted kaldes "hot spot". Man kunne gå et skridt videre med metaforen og forestille sig, at dynamiske balancer i systemiske netværk kunne få så gode betingelser, at de kan udvikle sig til "interorganisatoriske hot spots". På den anden side kan visse betingelserne også skabe en termik indeholde nedadgående luft. Så metaforen kan også rumme advarsler mod onde cirkler i systemiske netværk i situationer, hvor rammebetingelser ikke understøtter tværgående samarbejde.

Ind i mellem sker der så afgørende forandringer i netværkets kontekst, f.eks. ved gennemgribende strukturreformer, at det systemiske netværk ændres radikalt eller afvikles helt. I sådanne situationer må pionerer for tværgående ledelse identificere nye tværgående værdikæder og finde nye termikker.

Netværkslederens rolle i offentlige systemiske netværk

Netværksledelse er ledelse af tilpasnings- og påvirkningsprocesser samt håndtering af dilemmaer i komplekse, dynamiske værdiskabelsesprocesser. Traditionelle lederroller og funktioner slår ikke til. Der er imidlertid næppe tale om, at man skal aflære de gammelkendte ledelsesprincipper og erstatte dem med nye principper. Der er snarere tale om, at man i tillæg til de gamle principper skal udvide sit repertoire med en række principper for netværksledelse. Det er ydermere vigtigt at forstå, hvordan disse netværksprincipper moderniserer og spiller sammen med traditionelle ledelsesformer, og hvordan de tilfører endnu en dimension til dagens hybridledere (Kragh Jespersen 2005).

Netværksledelse kobler flere strategiske perspektiver. Ledere må engagere sig i komplekse og ofte parallelle udviklingsprocesser, der foregår top down, bottom up og across i netværk (Torfing & Sørensen 2005). I disse processer skabes billeder af behov for koordination og integration på tværs, billeder af relevante partslandskaber og billeder af samlende visioner. Det er råstofferne til systemiske netværk. Visioner om samordning kan i vidt omfang udvikles i centrale enheder. Et systemisk netværk udvikles imidlertid bottom up og across. Kun her er det muligt at give billederne konkret indhold og udvikle dem til duelige magt-videnmønstre som basis for et velfungerende systemisk netværk. Til gengæld kan netværket først opnå de rigtige betingelser, når netværksstrategien får forbindelse til top down strategier på området. Det er ikke nok at bottom up forstås som decentral strategiudvikling. Der skal ske en egentlig kobling til og

påvirkning af overordnede strategier, ellers vil top down strategiernes dominerende siloperspektiver hindre netværkets udvikling.

Netværksledelse kan kun i begrænset omfang trække på positionsmagt. Netværksledelse er ofte (endnu) ikke en stillingskategori, og netværkslederens platform for at håndtere ovenstående komplekse processer er væsentlig mere spinkel end linjelederens position i et hierarki. Afklaring af egen rolle i netværket er i sig selv en vigtig del af netværksledelse. *Man må identificere og afklare eget ledelsesfelt og løbende forhandle sin egen placering i det samlede ledelsesmønster.* Nogle netværksledere bliver i større eller mindre grad førerhunde i netværket, nogle varetager specialiserede lederroller i forhold til helheden, og andre fungerer primært som parternes gatekeepers. Disse profiler har vi også set i tidligere netværksstudier (Gustafsson 2007). Selv i netværk, hvor der er udpeget en netværksledelse, der har visse beføjelser i relation til netværksprocesserne, vil der være andre betydelige magtcentre i netværket, som i væsentlig grad begrænser netværksledelsens autoritet. Autoritetsrelationerne kompliceres endvidere ofte af, at involverede parter og processer er i berøring med flere delvist overlappende netværk.

Netværksledelse kobler drift og udvikling. Ledelse af drift og ledelse af udvikling smelter sammen i systemiske netværk. Der er til enhver tid og enhver situation både et udviklingsaspekt og et driftsaspekt. Udviklere og stabe må kunne indgå direkte i udviklingen af nye ydelser og processer, og omvendt må aktører i driften kunne deltage direkte i (lokale) udviklingsaktiviteter. Drift og udvikling hang også sammen i de gamle fagbureaukratiers afdelinger, men det var typisk overskuelige situationer. Nu skal det ske i komplekse systemiske netværk. Det signalerer nye roller til centrale stabe i sundhedsstyrelsen, regionerne og kommunerne. De må finde veje til at bryde ud af deres isolerede roller og bringe sig i spil i konkrete udviklingsforløb i operative enheder og systemiske netværk.

Netværksledelse er ledelse af horisontale processer. Tværgående ledelse handler ikke kun om koordination og samarbejde, men også om konkret opgaveløsning. Det er helt afgørende, at netværksledere er opgavefokuserede. Tværgående teams varetager ikke bare koordination, planlægning og beslutningstagen, som vi ser det i traditionelle (maskin)bureaukratier. Teamene skal også være udførende. Tværgående koordination og opgaveløsning smelter sammen. Det kan være vigtigt, at en dominerende part fungerer som førerhund og derigennem skaber en kvadrant 3 basis for drift-organisering. Men det er ligeså vigtigt, at den dominerende part holdes fast på at se og inddrage de andre parter hensyn ved organisering og ledelse af driften. Ellers trækker de andre parter sig tilbage, og netværket mister viden, ressourcer og medspil.

Netværksledelse er interface ledelse. Udvikling af relationer er lederes mest tidskrævende opgave. Det består helt overvejende i procesledelse vedrørende udvikling af følgende relationsaspekter: 1) Formelle relationer, 2) instrumentelle relationer, konkrete opgave- og informationsflow vedrørende horisontale processer, 3) professionelle relationer, vedrørende domæner, faglige metoder og teknikker, 4) socio-emotionelle relationer, individuelle, sociale relationer og 5) magt- og afhængighedsrelationer, koalitioner og konkurrenceforhold i netværket (jævnfør tillige Mønsted 2003; Gustafsson 2007.)

Det er vigtigt at finde passende former for formalisering af netværket, men faren for overbureaukratisering er stor, så det er samtidig af stor betydning at skabe enkelhed og klarhed i netværkets formalia (Brown 1983). Nuancerne i relationerne må håndteres ved udbygning af uformelle relationer (Denise m.fl. 1999). Styrken i netværk udspringer netop af fleksibilitet og gensidighed baseret på uformelle relationer og spilleregler. Det kan tage form af en transaktionskultur, der omfatter kutymen, normer og værdier for parternes interaktion og bytterelationer. Netværksledere skal ikke opfinde en transaktionskultur fra bunden, idet parterne medbringer normer og værdier vedrørende samarbejde. Men det vil typisk være nødvendigt at identificere parternes respektive normer og værdier for samarbejde og finde og udvikle balancerede fællesnævner, som passer for parterne, og som understøtter et ligeværdigt samarbejde i netværket. Her er det altoverskyggende nøgleord tillid. Begrebet tillid fremhæves i det meste af netværkslitteraturen (Zucker 1986; Alter & Hage 1996) Man konstaterer, at tillid mellem parterne er et helt afgørende integrerende element i interorganisatoriske netværk. Det er, som det altid har været op gennem historien. Vi arbejder sammen med dem, vi har tillid til, og vi har omvendt svært ved at arbejde sammen med personer, vi ikke har tillid til (Lane & Bachmann 1998).

Netværksledelse kobler informationssystemer på tværs. Det kan være en meget stor udfordring at tilvejebringe en IT infrastruktur som understøtter systemiske netværk. Vertikale styresystemer synes både at fremme og hæmme muligheden for at udvikle netværkssystemer. De fremmer mulighederne, fordi parternes IT-infrastruktur styrkes, og dermed forbedrer muligheder for at forbinde alle parter og netværksaktører. Hindringerne ligger i, at de vertikale styringssystemers software og databaser er udviklet med "pyramidebriller" på og dermed anvender forskellige standarder og kategorier mv. Her ligger store integrationsudfordringer. Det er ikke teknologien, der er problemet, den er til stede. En af de store udfordringer på sundhedsområdet er endvidere, at der er tale om personfølsomme data, hvor lovgivningen lægger en række begrænsninger på dataudveksling. TELEKAT peger imidlertid på, at det er muligt, at udvikle IT-infrastrukturer, der understøtter systemiske netværk. Informationssystemer på tværs udgør et meget stort potentiale, som udfordrer den vertikale styring. De kan måske bane vejen for, at netværk bliver dominerende byggesten i morgendagens organisationsformer, sådan som flere og flere managementforfattere forudsiger.

Netværksledelse er virtuel ledelse. Den digitale kommunikation udvider grænserne for vertikal ledelse. Face-to-face er ikke nødvendigt i samme omfang som tidligere, da vore grundlæggende ideer om organisation og ledelse blev dannet. Man kan i vidt omfang lede på distancen. Teams behøver ikke at være samlokaliserede for at arbejde tæt om driftsopgaver, f.eks. patientforløb. I TELEKAT afprøvede man kliniske møder på tværs via telekonferencer for at spare transporttid og kunne inkludere flere parter i møderne, end der ellers ville være mulighed for. Det var en stor succes, hvor parterne øgede kvaliteten i arbejdet og udviklede deres samarbejde og videndeling. Den virtuelle samarbejdsform kan ikke stå alene. Det er af stor betydning, at parterne lærer hinanden at kende i face-to-face relationer, hvilket var tilfældet allerede inden påbegyndelsen af TELEKAT's videokonferencer.

Netværksledelse er ledelse af commitment og netværkskultur. Netværksledere skal pleje egen enheds interesser og samtidig støtte andre parters interesser. Som leder i egen enhed må lederen forholde sig til interne behov, og som netværksleder må lederen se netværkets behov. Netværksledere skal skabe motivation og commitment til egne opgaver og samtidig skabe motivation og commitment til netværksopgaver og til at hjælpe netværksparter med deres opgaver, f.eks. med kompetenceudvikling. Netværksledere danner bro mellem forskellige organisationskulturer, faciliterer fælles sense making og udvikler en netværkskultur. Måske endda en netværksidentitet.

Er netværksledelse ledelse?

Netværksledelse tager i vidt omfang form af peer-to-peer samarbejde og selvorganisering, så man kan spørge, hvor meget ledelse der egentlig er i netværksledelse, og om det ikke snarere er selvledelse, aktørerne er involveret i, uden formel position og magt.

Men på den anden side turde det være tilstrækkeligt at repetere ovenstående ledelsesudfordringer i systemiske netværk. De kan forekomme vanskeligere og mere komplekse end de udfordringer, pyramidechefer typisk står overfor, når cheferne vel at mærke holder sig til siloperspektivet. Netværksledere kan ikke reducere kompleksitet ved at snævre perspektivet ind. De må som autofokus i et kamera læse et stort antal punkter fordelt over hele landskabet og afveje informationerne i forbindelse med hvert billede eller situation. De må kontinuerligt have fokus på egen delopgave og på sammenhængende patientforløb, fokus på egen faglighed og på tværfaglighed, fokus på egen enhed og på de øvrige parter, fokus på drift og på udvikling, fokus på egen moderorganisation og kontekst og på andre parters moderorganisation og kontekst, fokus på top down og på bottom up, etc. Hvis det ikke er ledelse, så er det morgendagens ledelse.

De nye hybrider

Interorganisatoriske netværk og netværksledelse gør ikke ledelse mindre kompleks. Men vi mener, at interorganisatoriske netværk omkring horisontale processer udgør en grænsebrydende organiseringslogik, som kan bidrage til 2.orden udvikling af eksisterende hybride organisations- og ledelsesformer, og som har potentialet til at blive centrale byggesten i morgendagens organisationer. For at dette kan ske, må vore netværksmodeller udvikles og operationaliseres på samme måde, som de gamle modeller er blevet det gennem årtier, og ledere må udvikle deres viden om interorganisatoriske netværk og netværksledelse (Gustafsson 2007). Som centrale byggesten må de endvidere integreres i og forny vore gamle organisationsformer, som fremover skal spille en mere ydmyg rolle, end de hidtil har gjort op gennem industrialiseringen og i opbygningen af velfærdsstaterne (Kickert m.fl. 1997; Koppenjan & Klijn 2004; D. Pedersen 2008; Torfing & Sørensen 2010, Sørensen m.fl. 2011).

Referencer

- Alter C & Hage J (1993): *Organizations Working Together*. Newbury Park: Sage Publications
- Antoft R & Seemann J (2002): *Shared Care i praksis. Forskningscenter for Organisation og Ledelse (FLOS). Forskningsrapport nr. 3*
- Antoft R (2005): *Demenshåndtering – magt og forhandling i interprofessionelle relationer*. Ph.D. afhandling, Institut for Sociale Forhold og Organisation. Aalborg Universitet/Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsenet (FLOS)
- Antoft R & Salomonsen H (2007): *Det kvalitative casestudium: Introduktion til en forskningsstrategi*. I Michael Hviid Jacobsen m.fl. (red.): *Håndværk og horisonter : tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Odense : Syddansk Universitetsforlag
- Argyris, C. & Schön, D. (1978): *Organizational Learning*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Brown L D (1983): *Managing Conflict at Organizational Interfaces*. Reading MA: Addison-Wesley
- Christensen S. & K. Kreiner (1991): *Projektledelse i løst koblede systemer*, København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag
- Denise J-L, Lamothe L, Langley A & Vayette A (1999): *The struggle to redefine boundaries in health care systems*. In: Brock D, Hinings C R & Powell M (eds): *Restructuring the Professional Organization: Accounting, Health Care and Law*. London: Routledge
- Dinesen, B. ; J. Seemann, J. Gustafsson :Development of a program for tele-rehabilitation of COPD patients across sectors: co-innovation in a network, *International Journal of Integrated Care*, Vol. 11, No. January-March, 2011 a
- Dinesen, Birthe ; Andersen, Stig Kjær ; Hejlesen, Ole K. ; Toft, Egon: Interaction between COPD patients and healthcare professionals in a cross-sector tele-rehabilitation programme. In: *Studies in Health Technology and Informatics*, Vol. 169, 2011, p. 28-32 c
- Dinesen, Birthe ; Grann, Ove ; Nielsen, Carl ; Hejlesen, Ole K. ; Toft, Egon Telerehabilitation across sectors : the experiences of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients and healthcare professionals. In: *2nd International Conference on Wireless Communication, Vehicular Technology, Information Theory and Aerospace & Electronic Systems Technology (Wireless VITAE)*, 2011. IEEE Press, 2011 d. p. Article No. 5940878
- Dinesen, Birthe ; Hejlesen, Ole K. ; Andersen, Stig Kjær ; Toft, Egon; Telerehabilitation for COPD patients across sectors : using technology to promote cooperation among healthcare professionals. In: *International Federation for Medical and Biological Engineering Proceedings*, Vol. 34, 2011, p. 65-68 e
- Dinesen, Birthe; Haesum, Lisa; Soerensen, Natascha; Nielsen, Carl; Grann, Ove; Hejlesen, Ole; Toft, Egon, Ehlers, Lars. Using preventive home monitoring to reduce hospital admission rates and reduce costs: a case study of telehealth among COPD patients. Accepted at *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2011 b
- Eriksen N et al.(2003): *Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Indlæggelse, forløb og prognose*. In *Ugeskrift for Læger* 2003; 165(37):3487
- Flyvbjerg B (2011): *Case Study*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (eds.): *The Sage Handbook of Qualitative Research*, 4th Edition, Thousand Oaks, CA:Sage
- Galbraith J G (2005): *Designing the customer-centric organization. A guide to strategy, structure and process*. San Fransisco: The Joessey- Bass business and management series
- Gustafsson J & Seemann J (1986): *Små institutioner I store systemer – tilpasning og påvirkning*. Aalborg: Forlaget ALFUFF
- Gustafsson, J. (2007): *Netværksledelse i offentlige organisationer*. In Axelsson, R. m.fl. (red.): *Folkhälsa i Samverkan*, Studentlitteratur:Göteborg
- Højlund H. & M. Knudsen (2008): *Den multikoblede offentlige sektor*. I Pedersen, Greve & Højlund (red.): *Genopfindelsen af den offentlige sektor. Ledelsesudfordringer i reformernes tegn*, København: Børsens Forlag

- Johansson F (2004): *The Medici Effect*. Boston: Harvard Business School Press
- Jørgensen K. M. (2007): *Power without glory, a Genealogy of a Management Decision*, København: Copenhagen business School Press
- Jørgensen T B (1977): *Samspil og konflikt mellem organisationer*, København: Forlaget Samfundslitteratur
- Kickert W J M m.fl. (red.) (1997): *Managing Complex Networks. Strategies for the Public Sector*. London: Sage Publications
- Koppenjan J & Klijn E (2004): *Managing Uncertainties in Networks*. London: Routledge
- Kragh Jespersen P (1996): *Bureaukratiet – magt og effektivitet*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag
- Kragh Jespersen P (2005): *Mellem profession og management. Ledelse i danske sygehuse*. København: Handelshøjskolens Forlag
- Klaudi Klausen K (2001): *Skulle det være noget særligt – organisation og ledelse i det offentlige*, København: Børsens Forlag
- Klaudi Klausen K (2009): *Strategisk ledelse – de mange arenaer*. Odense: Syddansk Universitetsforlag 2.nd edition
- Lane C & Bachmann (red.) (1998): *Trust within and between organizations*. Oxford: Oxford University Press
- Lerborg L. (2010): *Styringsparadigmer i den offentlige sektor*, København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag
- March J G (1991): *Exploration and Exploitation in Organizational Learning*. In Organization Science Vol. 2, No. 1
- Minzberg H. (2009): *Structures in Fives: Designing effective organizations* Englewood Cliffs, N J: Prentice Hall
- Melander, P. (red.) (2008): *Det fortrængte offentlige lederskab. Offentlig ledelse efter New Public Management*, København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag
- Molin J m.fl. (red) (2009): *The Distinctiveness of Diversity*. Frederiksberg : Copenhagen Business School, 2009.
- Mønsted M (2003): *Strategic networking in small high tech firms*. Copenhagen: Samfundslitteratur
- Pedersen D (red.) (2004): *Offentlig ledelse i managementstaten*, København: Forlaget Samfundslitteratur
- Pedersen, Dorthe (2008): *Strukturreformens styringspolitik – en overskridende dynamik*. I Pedersen, D. m.fl. (red): *Genopfindelsen af den offentlige sektor*, Børsen Offentlig 2008
- Seemann J (1996): *Når organisationer skal samarbejde. Distriktspsykiatri på tværs af professioner, sektorer og politiske niveauer*. København: Forlaget Munksgaard
- Seemann J (1999): *Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk*. In Borum F m.fl. (red.): *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens Forlag
- Seemann J, Gustafsson J, Dinesen B. (2011): *Interorganizational Innovation in Systemic Networks: TELEKAT Findings*. The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal (under reviewing)
- Stacey R D (2001): *Complex responsive processes in organizations: learning and knowledge creation*. New York: Routledge
- Strauss A (1982): *Interorganizational Negotiation*. Urban Life, vol 11, no. 3, p. 350-367
- Sørensen E. & J. Torfing (2005): *Netværksstyring – fra government til governance*, Roskilde Universitetsforlag
- Sørensen E & J Torfing (2010): *Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor*. Økonomi og >Politik. Jurist- og Økonomforbundets Forlag nr. 1, 83. årgang, april 2010
- Sørensen E., K. Sehested & A. Reff (2011): *Offentlig styring som pluricentrisk koordination*, København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag

Ugebrevet Mandag Morgen (2010): *Velfærdens innovationskatalog: Giv os ansvaret!*. Tillæg til Ugebrevet Mandag Morgen, 15. marts

Ugebrevet Mandag Morgen (2011): *Velfærdens Innovationskatalog. 2011 bliver velfærdens skæbneår*. Tillæg til MM08, 2011

Zucker L G (1986): *Production of Trust: Institutional Sources of Economic Structure 1840-1920*. In Staw B M & Cummings L L (eds.): *Research in Organizational Behaviour*. Greenwich CT: JAI Press

www.telekat.dk