Tværsektoriel samarbejde og kommunikation imellem sundhedsprofessionelle når ældre patienter udskrives
Aktionsforskning om forandringslyst, kompleksitet og styring i et sundhedsvæsen under pres
Høgsgaard, Ditte Merete

Publication date:
2017

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):

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

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

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact rucforsk@ruc.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.
Tværsektoriel samarbejde og kommunikation imellem sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udskrives.

Aktionsforskning om forandringslyst, kompleksitet og styring i et sundhedsvæsen under pres.

Af
Ditte Høgsgaard

Ph.d. afhandling 2016
Tværsektoriel samarbejde og kommunikation imellem sundhedsprofessionelle når ældre patienter udskrives. Aktionsforskning om forandringslyst, kompleksitet og styring i et sundhedsvæsen under pres.

Af Ditte Høgsgaard
Sygeplejerske, SD, BA, Cand.cur., Mpp

Ph.d. Afhandling
Institut for Kommunikation og Humanistisk Videnskab
Center for Dialogisk Kommunikation
Roskilde Universitet

Hovedvejleder: Christina Hee Pedersen
Bivejleder: Mette Kjerholt

Forside layout: Christian Nicolajsen

Finansieret af:
# Indholdsfortegnelse

Forord .......................................................................................................................... 3

Prolog .......................................................................................................................... 5

Kapitel I ....................................................................................................................... 7

Indledning .................................................................................................................... 7
Tværsektoriel kommunikation og samarbejde. Hvad er problemet? .............................. 8
Et historisk perspektiv og politikker på området .......................................................... 10
  * Tre historiske nedslag .......................................................... 11
  * Fortsat en aktuel debat .......................................................... 14
Tværsektorielt samarbejde og kommunikation i et historisk forskningsperspektiv ............ 15
Kollaborativ kritisk forskning med de sundhedsprofessionelle ..................................... 17
Forskningsspørgsmål .................................................................................................. 17
Afhandlingens opbygning ......................................................................................... 18

Kapitel II ................................................................................................................... 20

Teoretiske ståsteder og tilhørende overvejelser ................................................................ 20
Poststrukturalismens og aktionsforsknings historik ....................................................... 21
  * Aktionsforsknningen og udvalgte forgreninger ........................................... 22
  * Poststrukturalismen .............................................................................. 24
Tilgange der udfordrer, beriger og komplementerer ..................................................... 26
  * Subjektpositionering og aktørdeltagelse ................................................ 27
  * Kritik som forstyrrelse og utopi .............................................................. 31
  * Videnskabelse i kollaborativ handlen ....................................................... 33
At forandre og forbedre kommunikationspraksis ....................................................... 35

Kapitel III ................................................................................................................... 38

Et aktionsforskningsprojekt bliver til ........................................................................... 39
Deltagelse og forskningsetik ....................................................................................... 39
  * Etiske overvejelser, når patienter er involverede ................................... 40
  * Etiske overvejelser i aktionsforskning .................................................... 42
  * Anonymitet og aktionsforskning .............................................................. 45
  * Aktionsforskeren – en særlig privilegeret aktør og deltager .................... 47
  * At udfordre insider-sygeplejersken ....................................................... 49
Organisering af projektet ......................................................................................... 50
  * Projektdesign og forløb ........................................................................... 51

Aktionsforskning, fase I ............................................................................................... 54
Ud i feltet .................................................................................................................... 55
  * Fra indlæggelse til udskrivelse .............................................................. 56
  * Interview med sundhedsprofessionelle ................................................. 57
  * Dokumenter om udskrivelse ................................................................. 59
Analyse I .................................................................................................................... 59
  * Fra Skejby til Skotland ....................................................................... 61
  * Fem tematikker reduceres til tre ......................................................... 62

Aktionsforskning, fase II ............................................................................................ 64
Workshops .................................................................................................................. 64
Afrunding.................................................................................................................. 125

Nye forskningsspørgsmål og forskningshorisonter..................................................... 125
Aktionsforskning – et personligt engagement ............................................................ 127

KAPITEL V.................................................................................................................. 129

Introduktion til afhandlingens artikler og konference-abstrakt................................ 129

‘Aktionsforskning på arbejde’ ...................................................................................... 131

‘Negotiating “change” in collaborative research combining action research and poststructuralist thinking’ ......................................................................................... 133

‘Det muliges kunst. Om betingelserne for det tværsektorielle samarbejde i et New Public Management orienteret sundhedsvæsen’ ............................................................. 134

‘Spændt ud mellem top down og bottom up. Om forbedringsforståelser når der arbejdes på tværs i det danske sundhedsvæsen’ ........................................................................ 137

How can action research provide a more participated dialog between the health professionals, when elderly patients are discharged from hospital? .......................................................... 138

A Coherent and Holistic Patient perspective is an unreflective taken-for-granted talk in integrated care. ............................................................................................................. 139

Resume......................................................................................................................... 140

English summary......................................................................................................... 143

Referencer ................................................................................................................... 146

Figur oversigt: ............................................................................................................ 154

Bilagsfortegnelse: ....................................................................................................... 154
Forord


Den akademiske del af afhandlingsarbejdet har også været præget af fællesskaber og faglig sparring. Ikke mindst stor tak til mine vejledere Christina Hee Pedersen og Mette Kjerholt. Tak for alt, hvad Lært mig, uden jeres støtte og hjælp var jeg aldrig kom-


Endelig TAK til Bodil, som følger mig fra sin himmel.

December 2016
Prolog


Opslaget tiltrak mig også, fordi det skulle være et poststruktualistisk inspireret aktionsforskningsprojekt. Gennem mange år i uddannelsesverdenen, både som projektleder og underviser, har jeg arbejdet med mange forskellige kollaborative procesforløb, forløb som jeg både har faciliteret og været deltager i. Jeg har oplevet glæden ved samarbejdet, og jeg har en grundlæggende tro på, at vi sammen gennem dialog og demokratiske samarbejde i fællesskab kan forandre og forbedre vores livsværk og arbejdsbevidstheden – og dermed også det tværsektorielle samarbejde. Samtidig var det befriende for mig, at opslaget også indeholdt et poststrukturalistisk tilgang. Det gav mig et håb om, at jeg sammen med andre gennem brud, forstyrrelse og kritik af diskursernes selvfølgeligheder ville kunne åbne op for og måske endda skabe anderledes diskussioner, for-
stælser og nye mulighedsrum for kommunikation og samarbejde på tværs af sektorerne.

Mit engagement er således båret af ønsket om sammen med praktikere at skabe forandringer, der kan bidrage til at forbedre samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle fra både hospital og kommune, når ældre patienter udskrives. Det er et engagement, der undervejs kun er blevet større, fordi jeg har mødt interesserede og engagerede patienter, pårørende, sundhedsprofessionelle, ledere, faglige organisationer og politikere. Det vidner om, at vi er mange, der er optaget af problemstillingen, og som har et håb om, at aktionsforskning tæt knyttet til praksis kan levere relevante indspark til at kunne forstå problemfeltets kompleksitet – og måske skabe nye tværsektorielle handlerrum. Denne afhandling er mit bidrag.

Velkommen til en vandring igennem et broget landskab, der byder på lange lige strækninger, knortede stier, stjernestunder og stejle skrænter.
Kapitel I
I dette kapitel introducerer jeg forskningsprojektets problemstilling og de institutionelle og historiske kontekster, problemstillingen er indløbet i. Jeg giver et billede af, hvordan problemstillingen om at kommunikere og samarbejde om ældre patienters udskrivelse siden 1970’erne har været en tilbagevendende problemstilling i sundhedsvæsenet, nationalt såvel som internationalt. I kapitlet arbejder jeg mig frem til afhandlingens to forskningsspørgsmål og afslutter kapitlet med en beskrivelse af afhandlingens opbygning.

Indledning

---

1 Når jeg i afhandlingen anvender begrebet sektorer, er det med henvisning til, at sundhedsvæsenet i Danmark er opdelt i to sektorer: en primær og en sekundær sektor. Den primære sektor omfatter den kommunale hjemmepleje, de praktiserende læger, tandlæger, apoteker etc. Den sekundære sektor omfatter aktiviteter på hospitaler og speciallæger.

2 Når jeg i afhandlingen anvender patient-betegnelsen, er det ud fra en forståelse af, at mennesker, som skal udskrives fra et hospitalsoophold, betegnes som patienter. Dette vel vidende, at så snart patienten modtages i den kommunale hjemmepleje, anvendes ofte betegnelsen borger.
til en forventning om at forstå problemstillingen inden for en poststrukturalistisk inspireret aktionsforsknings teoriramme. Det har betydet, at der fra begyndelsen i dette ph.d.-arbejde har været fokus på både at skabe kollaborative aktionsforskningsprocesser og samtidig at se kritisk på, hvordan forståelser og handlemåder bliver til gennem samarbejdet, hvordan de fastholdes og bliver taget for givet. I et forsøg på at begribe dette har Michel Foucaults forståelse af subjektivitet, viden og magt og senere hans governmentality-begreb (Foucault, 1980a, 1980b, 2012) været en af mine faste følgesvende i projektet, som jeg har støttet mig til undervejs.

Fokus i mit arbejde har været at undersøge, hvordan det er muligt for de sundhedsprofessionelle gennem kollaborative processer at forbedre og forandre det tværsektorielle samarbejde og kommunikationen om patientens udskrivelse, men også kritisk se på, hvordan forandringsdiskurser gør det (u)muligt for de sundhedsprofessionelle at kommunikere og samarbejde tværsektorielt om patientens udskrivelse. Afhandlingen vil således belyse nogle af de modsætninger og spændinger, der formes, former og omformes, når de sundhedsprofessionelle kommunikerer og samarbejder om patienters udskrivelse fra hospitalalet.


_Tværsektoriel kommunikation og samarbejde. Hvad er problemet?_ Udviklingen i sundhedsvæsenet har betydet, at ældre patienters indlæggelsestid på hospitalalet bliver kortere og kortere. Ofte udskrives patienterne fra hospitalalet med en forventning om, at den igangsatte pleje, behandling og rehabilitering fortsætter i den


For det andet har sundhedsvæsenet igennem de seneste årtier været påvirket af implementeringen af New Public Management (NPM) (Hood, 1991, 1995) -orienterede

For det tredje er sundhedsvæsenet udfordret af nye it-orienterede kommunikationssystemer, som udfordrer de traditionelle måder at samarbejde og kommunikere på. Dette er en højaktuel udfordring i 2016, hvor sundhedsvæsenet står over for at implementere den elektroniske sundhedsplatform3, først i hospitalsregi og efterfølgende i kommunerne.

Jeg står hermed med et problemfelt, hvor der allerede eksisterer meget viden om problemstillingen og dens relevans. Alle var/er enige om, at den ældre patients udskrivelse skal være koordineret og veltillrettelagt, men at det er vanskelig opgave. Min undren over, at denne problemstilling fortsat er uhyre aktuel, er således et vigtigt fundament for min afhandling.

**Et historisk perspektiv og politikker på området**

Som vist i ovenstående, er det veldokumenteret, at det tværsektorielle samarbejde og kommunikation om patienters udskrivelse er svær. At det ikke er nogen ny problemstilling, vidste jeg også godt. Det var dog alligevel overraskende for mig, at problemstillingen allerede i 1970’erne var på den politiske dagsorden og beskrevet i centrale politiske dokumenter. For at illustrere, hvordan problemstillingen har været diskuteret i rigtig mange år, har jeg valgt tre nedslagspunkter ud fra 1970’erne, 1980’erne og 2000’erne. I min søgning har jeg søgt efter danske politiske dokumenter, som omhandlende betydningen af det tværsektorielle samarbejde og kommunikationen mellem sektorerne. Det er ikke min hensigt i denne afhandling at give en omfattende og dybdegående analyse af, hvordan diskurser om det tværsektorielle samarbejde og kommunikation bliver til og udvikler sig, men med mine tre nedslag at vise, hvordan problemstillingen, som jeg læser det, i overraskende grad fremstilles nærmest enslydende. Kirstine Zinck Pedersens forkningsrapport ”Patientens politiske diskurshistorie” (K. Z. Pedersen, 2008) har hjulpet mig godt på vej i min hermeneutiske litteraturkædesøg-


**Tre historiske nedslag**


**Første nedslag: 1970’erne**


I Betænkningen fra 1974⁴ om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen for sygebehandling og sygdomsforebyggelse er bekymringen for, hvorledes et sektoropdelt sundhedsvæsen skal fungere, formuleret på følgende måde:

"For at fremme en bedre koordination må den herskende tendens til båseopdeling imellem hospitalsvæsenet, praksissektoren og den øvrige del af den primære sundhedstjeneste reduceres. Gennem et tættere samarbejde imellem disse dele må der skabes mulighed for en fælles og koordineret lægelig...

---

⁴ Betænkningen var et resultat af Prioriteringsudvalgets arbejde, som havde til opgave at vurdere grundlaget for de overordnede prioriteringer i sundhedsvæsenet med det sigte at begrænse ressourcer mest muligt. Udvalget var nedsat af Indenrigsministeren i 1974 (Indenrigsministeriet, 1974).
og plejemæssig indsats over for patienterne.” (Indenrigsministeriet, 1974:43).


Andet nedslag: 1980’erne

Andet nedslag er fra Samordningsudvalgets rapport 1985 (Indenrigsministeriet, 1985). Det kommer i dette eksempel også tydeligt frem, at der er behov for at styrke samarbejdet mellem sektorerne. Også her er begrundelsen for at øge sektorsamarbejdet, at man skal kunne tøje de stigende udgifter til sundhedsvæsenet. Samordningsudvalgets rapport giver helt konkrete anbefalinger til forbedring af det tværsektorielle samarbejde:

"Med sigte på at styrke informationsudvekslingen og kommunikationen mellem personale i social- og sundhedsvæsenet foreslås det, at man lokalt overvejer følgende forslag:
- at etablere fora for regelmæssige drøftelser mellem hospitalet, almen praksis i optageområdet og social- og sundhedsforvaltningerne i form af, f.eks. udvalg, møder, konferencer og "åbent hus’-arrangementer.
- at etablere tilsvarende fora for enkelte grupper som f.eks. hospitalets sygeplejersker og de ledende hjemmesygeplejersker og mellem sundhedsplejen og hjemmesygeplejen i den enkelte kommune.
- at aftale fælles grundprincipper for journaler, basisoplysninger, henvisningsedler og udskrivningsbreve, lægelige udtalelser, sygeplejeoplysninger m.v.

- at iværksætte forsøg med vandrejournaler, behandlingsprogrammer, ”den patientløse kontakt”, konsulent- og distriksordninger m.v.”
(Indenrigsministeriet, 1985:16).

I forslagene er det tydeligt, at den tværsektorielle kommunikation imellem de forskellige sundhedsaktører ønskes forbedret og styrket. Jeg hæfter mig især ved, at løsningsforslagene fra 1985 stort set er identiske med de løsningsforslag, som i dag er skrevet ind i de politiske dokumenter omhandlende sundhedsområdet. Fx fremgår det af den aktuelle sundhedslov 2007, at der laves formelle aftaleråd og udvalg på tværs af de to sektorer (Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, 2010a). Med disse præcise forslag er det svært at se, hvad der tænkes af nyt i dag, og der er i hvert fald mange af forslagene, vi allerede har været igennem.

_Tredje nedslag: 2000’erne_

Dette tredje og sidste eksempel er fra Strukturkommissionens Betænkning fra 2004, som var det arbejde, der førte frem til den nuværende kommunalreform. Strukturkommissionen var det udvalg, der blev nedsat for at udtænke de centrale elementer i den kommunalreform, der blev gennemført i 2007. Også i denne reform er der fokus på det tværsektorielle samarbejde:

”Kommuner og regioner forpligtes i lovgivningen til at samarbejde om sammenhæng i behandling, træning, forebyggelse og pleje. Obligatoriske sundhedsaftaler skal blandt andet indeholde aftaler om udskrivningsforløb for svage ældre patienter samt aftaler om forebyggelse og genoptæning.”
(Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004:33).

indsatsen og samarbejdet på tværs af sektorer” (Regeringen, 2013:3). Kravet om at styrke samarbejdet har nu fået plads direkte i lovgivningen, samtidig med at der stilles formelle lovkrav om, at regioner og kommuner skal nedsætte tværsektorielle råd og udvalg.

Det er således bemærkelsesværdigt, at der tales om problemet på stort set samme måde, og at lønsningsforslagene synes at være de samme. Så med de problematiseringer og initiativer, som man tilsyneladende har foreslået og igangsat siden 1970’erne, og som tilsyneladende ikke har haft en gennemgribende effekt, virker det som om, der er meget lidt variation i, hvordan man i dag tænker problemet og dets løsninger. Hvis jeg ser på problemstillingen med et kritisk og Foucault-inspireret blik, vil jeg spørge: Hvad er det, der fastholder denne diskussion og disse bestemte handlemåder? Og hvordan bliver deltagerne selv til en del af dette?

Der har således i en dansk kontekst siden 1970’erne været fremhævet et ideal om ét sammenhængende sundhedsvæsen på tværs af de to sektorer. De tre nedslag viser, at der på trods af en åbenlys erkendelse af, at tværsektorielt samarbejde og kommunikation kræver særlige initiativer og opmærksomhed, er problemet fortsat centraalt i det danske sundhedsvæsen. Mit projekts problemstilling er således både presserende og, som jeg udfolder i nedenstående, en del af den aktuelle offentlige debat.

Fortsat en aktuel debat
Også ved mit projekts afslutning i dag anno 2016 beskrives tværsektoriel kommunikation imellem de sundhedsprofessionelle, som er involverede i ældre patienters udskrivelse fra hospitalet, som værende problematisk, fx som beskrevet i Region Nordjyllands sundhedsaftale: ”Effektiv kommunikation er afgørende i sikring af den sammenhængende indsats fra kommune, hospital og almen praksis og dermed fundamentet for, at borgeren oplever en sammenhængende indsats” (Region-Nordjylland, 2014:3). Også i finansloven 2016 (Finansministeriet, 2016) er der fokus på, hvorledes en effektiv og forbedret tværsektoriel kommunikation er en forudsætning for en sammenhængende indsats og et bedre patientførløb – et håb der styrkes politisk ved, at sundhedsområdet fx har fået tilført 2,4 milliarder til ”Fokus på svage ældre”, økonomiske midler til for-
bedring af indsatsen over for ældre medicinske patienter bl.a. gennem satspuljen
"Styret sammenhæng for de svageste ældre"6

Tværssektorielt samarbejde og kommunikation i et historisk forskningsperspektiv

Reviewstudiet fra Closs (Closs, 1997) viser med afsæt i publicerede forskningsartikler fra 1975-1995, at der i den periode især var fokus på det stigende behov for at kunne dele informationer på tværs af sektorerne, og også her særligt i forbindelse med udkrivelsen:

"Policymakers have long recognized the need for effective discharge communications. In 1989 the department of Health emphasized the need: ...to inform the patient`s general practitioner/community nursing service/social service of the patient`s potential needs in time for them to be met." (Closs 1997:182).

Closs inddrager i sit materiale et studie fra 1975 (Tulloch, Fowler, McMullan & Spence, 1975), som omhandler kommunikationen mellem hospital og familielæge, der er en af de sundhedsprofessionelle, som havde brug for at få vigtig information om patientens indlæggelsesforløb og status ved udkrivelsen. I studiet konkluderes det, at: "Obviously there is much room for improvement in hospital discharge reports, both in the type and amount of information recorded and in the presentation of this information" (Tulloch et al. 1975:446). Dette studie har især fokus på hvilke kommunikationsredskaber og metoder, der skal udvikles for at få en bedre kommunikation. Artiklen synes at antage, at

hvis man finder de rigtige kommunikationsredskaber, vil problemet med utilstrækkelig kommunikation blive løst.

Et andet reviewstudie fra Payne (2002), som inddrager forskningsartikler fra 1995 frem til 2000, viser de vanskeligheder, som var knyttet til samarbejde og kommunikation omkring den konkrete udskrivelse af patienter. Der argumenteres i dette studie for, at kommunikationen på tværs af professioner og organisatoriske grænser er vanskelige, bl.a. fordi medarbejderne i de to sektorer har forskellige prioriteringer og forståelser for hinandens praksis og profession: "Practitioners had little understanding and in some cases respect for each other’s roles" (Payne 2002:115). I de studier, som Payne trækker på, kommer det tydeligt frem, at medarbejderne i de to sektorer manglende respekt for hinanden, og at den manglende respekt gjorde samarbejdet vanskeligt.

Det tredje reviewstudie er fra Allen et al (2013). De undersøger publiceret forskning mellem 2000 og 2009 og viser, at kommunikation om udskrivelse også her betragtes som en central udfordring, og at: "...lack of understanding of other roles are barriers to communication in transitional care for older adults" (Allen et al., 2013:266). Der er i dette studie fokus på, hvordan den manglende forståelse af hinandens roller på tværs af sektorerne er en væsentlig forhindring i samarbejdet omkring patientens udskrivelse.

Forskningsartikler siden 1975 har altså også vist, at problemstillingen har været diskuteret i flere forskningsmiljøer. De har foreslået forskellige løsningsforslag til at løse problemstillingen, fx gennem nye teknologier, kommunikationsprogrammer, uddannelse og udvikling af medarbejdernes kompetencer. Der har dog været mindre fokus på, hvilken betydning de institutionelle betingelser har haft, eller hvilke muligheder og barrierer disse skaber, for at sundhedsprofessionelle kan kommunikere og samarbejde på tværs af sektorerne. Det synes således at være en anerkendt problemstilling, at de sundhedsprofessionelles samarbejde og kommunikation på tværs af sektorer er en indviklet og problematisk proces, nationalt såvel som internationalt (Allen et al., 2013; Closs, 1997; Hagerup & Sommer, 2015; Payne, 2002; Sommer, 2015; Søgaard & Sommer, 2015), og at problemstillingen, på trods af både politisk og forskningsmæssig
opmærksomhed, i dag stort set beskrives på samme måde som i 1977, ligesom – og måske endnu mere interessant: Det er også her de samme løsningsforslag, der er i spil.

_Kollaborativ kritisk forskning med de sundhedsprofessionelle_


_Forskningsspørgsmål_

Ovenstående indkredsning af de spændinger, problemfeltet ’lever i’, førte mig frem til to forskningsspørgsmål, som er de centrale omdrejningspunkter i min afhandling:
Hvordan kan samarbejde og samproduktion af viden, fælles forståelse og gennemførelse af praksisinitiativer på tværs af fag og sektorer bidrage til forbedring af kommunikationen imellem de sundhedsprofessionelle?

Hvordan har diskurser om tværsektorielt samarbejde og kommunikation betydning for de sundhedsprofessionelles muligheder for at kommunikere om patientens udskrivelse eller indlæggelse fra den ene sektor til den anden?


Afhandlingens opbygning

Udover dette indledende kapitel I består afhandlingen af yderligere fire kapitler.
Kapitel II omhandler de metodologiske grundantagelser, som afhandlingen hviler på. Først indfører jeg læseren i det videnskabsteoretiske univers, som er centralt for min tænkning i denne afhandling. Som allerede nævnt har både den poststrukturalistiske tænkning og kritisk utopisk aktionsforskning haft en afgørende betydning for den måde, jeg er gået til feltet på, og ikke mindst for mine efterfølgende analyser af det empiriske materiale. Det er således gennem disse perspektiver, jeg har set, deltaget, analyse- og diskuteret mit materiale. Jeg beskæftiger mig i dette kapitel især med, hvordan jeg forstår de to tilgange, og jeg argumenterer for, hvordan jeg ser, at de to tilgange kan udfordre og berige hinanden.


Kapitel IV er afhandlingens afrunding og en opsummering af projektets bidrag.

I kapitel V introducerer jeg afhandlingens fire artikler og to konferenceabstracts.
Kapitel II

Jeg bevæger mig nu ind i afhandlingens teoretiske ståsteder og udfolder de begreber, som jeg har haft med mig undervejs. Jeg viser, hvilken inspiration jeg har taget til mig fra poststrukturalistiske tænkere og fra den kritiske utopiske aktionsforskning, og udfolder, hvordan det har været udfordrende, men også berigende for mig at tage afsæt i de to traditioner.

Teoretiske ståsteder og tilhørende overvejelser

I afhandlingen trækker jeg på to og i udgangspunktet forskellige forskningstraditioner: Den kritisk utopiske aktionsforskning og poststrukturalisme. De to tilganges erkendelsesinteresser er på flere områder forskellige fra hinanden, men der er også områder, hvor de beriger og komplementerer hinanden. At de to traditioners tænkemåder er forskellige, har selv sagt haft betydning for den måde, jeg har arbejdet på – både i aktionsforskningsforløbet, og for mit analysearbejde. Det har været en udfordring, ja nogen gange frustrerende, at have fornemmelsen af at stå midt i en flod og have svært ved at nå til nogen af bredderne. Det har på flere områder også skabt usikkerhed i mine akademiske refleksioner, og jeg har tvivlet på, om mine valg nu var informerede af den ene eller den anden tradition – eller om det var lykkedes mig at tydeliggøre argumenterne for mine valg i mit forsøg på både at tænke ud fra et poststrukturalistisk og et kritisk utopisk aktionsforskningsperspektiv. På den anden side har det også været inspirerende at bygge bro mellem de to tilgange og få en oplevelse af at se og skabe noget på tværs af de to tilganges forskellighed. Jeg har sammen med ph.d.-stipendiat Tine Rosenthal Johansen og Jannie Uhre (Høgsgaard, Johansen, & Uhre, 2016) diskuteret de udfordringer, vi alle tre har oplevet, ved at bringe de to tilgange sammen i samme projekt. Det berigende ved at inddrage de to tænkemåder har for mit projekt været, at de gennem deres forskelligheder åbnede op for at udforske problemstillingen på flere måder. Det skal jeg komme tilbage til.

Med den første aktionsforsker Kurt Lewins berømte citat: "You cannot understand a system until you try to change it" (Lewin, 1946:34) har jeg åbnet døren til en forskningstradition, der både handler om at forstå og om at forandre praksis. Forståelse og forandring er således begreber, der er tæt forbundet med aktionsforskningen. I min
forskning går jeg et skridt videre, eller måske til siden, fordi jeg også vælger at se på begreberne forståelse og forandring i en poststrukturalistisk optik og dermed ikke stil- ler mig tilfreds med, at forandring kun er knyttet til at forandre eller forbedre en social praksis eller et system, men at det også bliver nødvendigt at se på den diskursive praksis med dens indlejrede magtforhandlinger, forskellige vidensformer, normer og spændinger, som altid vil være i spil, hvor mennesker mødes og arbejder sammen (Foucault, 1982a; L. Phillips, 2011; Winther Jørgensen & Phillips, 1999).

I det følgende introducerer jeg læseren til begge traditioner og opbygger dermed af- handlingens analytiske tænkeramme. Jeg indleder med en kort historisk præsentation af de to teoretiske traditioner, der kun skal forstås som en introduktion til feltet for den læser, der ikke er bekendt med teoriernes grundlag. For den interesserede læser henviser jeg undervejs til yderligere læsning. Efterfølgende argumenterer jeg for, hvordan de to tilgange var med til at udfordre hinandens selvfølgelige sandheder, og hvordan de levede sammen i et forskningsdesign, hvor jeg arbejdede med det sociale arbejdes praksis. Målet for dette kapitel er således at præsentere det videnskabsteoretiske afsæt, som jeg gennem hele forløbet har haft med mig i min måde at være nysgerrig på, forstå, analysere, rejse kritik og diskutere på. Når jeg er inspireret af begge tilgange, er det, fordi mit projekt netop udforsker, hvad der sker, når mennesker involveres og deltager i forskningsprocesser, hvor mange forskellige vidensformer forsøges taget alvorligt. Disse to teoretiske tilgange har således været mit forskningspro- jekts bagtæppe. Min ambition er, at jeg gennem de to tænkemåder kan åbne op for al- ternative forskningsgreb og tankefigurer, som kan inspirere andre, der arbejder med at samskabe viden med praksis.

Poststrukturalismens og aktionsforsknings historik

Min intention i dette afsnit er ikke at give en udtømmende eller detaljeret beskrivelse af de to teoretiske traditioner, men at give læseren et indblik i teoriernes kernebegreber og i det overordnede teoretiske ståsted. Efter denne introduktion diskuterer jeg fire analytiske begrebssæt, som fungerer som en slags tænkefigurer i det analytiske arbejde. Min hensigt er således at føre læseren ind i det ontologiske og epistemologiske univers, som afhandlingen må forstås i.
Aktionsforskningen og udvalgte forgreninger

7 Kurt Lewin blev født i Tyskland i 1890. I 1933 forlod han som jødisk emigrant Hitlers antidemokratiske regime og tilbragte resten af sit liv i USA. Lewins interesse for demokrati udvikledes således i en periode, hvor fascisme og andre antidemokratiske strømninger var en påtrængende realitet. Lewins arbejde var i tiden en stor inspirator for mange, og i hans tankesæt var der en nær sammenhæng mellem demokrati og videnskabelig tænkning, og han anså videnskab som en afgørende faktor i et samfunds demokratisering (Madsen, 2006:216 ff).
praksis, samtidig med at jeg efterfølgende også diskuterede de samskabte og almene videnselementer i et akademisk forskningsmiljø.

**Poststrukturalismen**


---

8 At poststrukturalismen udvikles som et brud med strukturalismen, som primært er optaget af at se sproget som et system af tegn, hvor betydningen skabes gennem tegnens interne sammenhænge (Stormhøj, 2006; Winther Jørgensen & Phillips, 1999).
således også op med eksistentialismen og det positivistiske vidensideal om at finde sand, objektiv og neutral viden (Krøjer, 2010:11). Med henvisning til Foucault og Butler fortsætter Krøjer: “...poststrukturalister har præciseret og videreudviklet en forståelse af menneskers identitetsskabende engagement i relationer til andre/omverden” (Krøjer, 2010:11). Ifølge Krøjer tilbyder poststrukturalismen envidensproduktion, som kan rumme detaljer, der er modsætningsfulde, komplicerede og måske ubegribelige. Det er netop denne forståelse af, at viden også rummer kompleksitet, spændinger og modsætninger, som jeg ser, kan supplere min kritiske utopiske aktionsforskningstilgang. Inden jeg fordyber mig i kombinationen af de to teoretiske tilgange, vil jeg kort argumentere for, hvorfor Michel Foucaults tanker om viden-/magtrelationen, sprog, subjektivering og styring er uundværlige for min måde at tænke projektet på.

**Forskellige traditioner – og Foucault**

Som nævnt, er der i poststrukturalismen ikke tale om én sammenhængende poststrukturalistisk tradition, men om flere traditioner inspireret af især franske lingvister, historikere og filosofiske tænkere som Foucault, Derrida, Deleuze, Lyotard og Kristeva (Williams, 2005). Deres fælles interesse var primært at udvide forståelsen af videnskab til ikke kun at være ét velafgrænset felt, men også til en videnskab, der kan erkende og forstå menneskers handlinger i den sociale verden. De er alle enige i et opgør med en sandhedssøgende videnskab og har alle en intension om at genpolitiserere alt det, som søger at installere sig selv som objektivt, selvfølgelig og sandt (Williams, 2005). Der er her tale om et kritisk blik på, og dermed også et opgør med, videnskabens rolle som "the master of Truth and Justice" og med en forskningsmetodologi, der især søger at udfordre forståelsen af den privilegeredes (magt-) position. Den tradition, jeg primært er inspireret af, er Michel Foucaults forståelse af viden, magt, subjekt/subjektivering og styring med begrebet: governmentality. Med Foucault stiller jeg således kritiske og reflekterende spørgsmål til viden/magt, ligesom hans tilgang byder til, at der kontinuerligt er en problematisering og nysgerrighed på spil:

"...it was curiosity - the only kind of curiosity ... that is worth acting upon with a degree of obstinacy; not the kind of curiosity that seeks to assimilate what it is proper for one to know, but that which enables one to get free of oneself. After all, what would be the value of passion for knowledge if it resulted only in a certain amount of knowledgeableness and not, in one way or
another . . . in the knowers straying afield of himself? There are times in one’s life when the question of knowing if one can think differently than one thinks, and perceive differently than one sees, is absolutely necessary if one is to go on looking and reflecting at all” (Foucault 1985:8, In: Mills, 2003:6).


**Tilgange der udfordrer, beriger og komplementerer**

I dette afsnit ser jeg på, hvordan de to tilgange udfordrer, beriger og komplementerer hinanden. Jeg har udvalgt de begrebssæt, som både har haft betydning for den måde, jeg har arbejdet med og i forskningsfeltet på, og for mit efterfølgende analytiske og akademiske arbejde. Samtidig er det tydeligt, at begge mine forskningsspørgsmål tager afsæt i den poststrukturalistiske tankemåde, hvor jeg forstår praksis som grundlæggende diskursiv og samtidig inddrager aktionsforskningens præmis om at skabe et forandringsfrirum med henblik på at udvikle praksisforbedringer.

Jeg er ikke den eneste, som har anvendt de to forskningstilgange i kombination (Bacchi, 2012; Krøjer, 2006; Neidel, 2011b). Disse forskeres arbejde har inspireret mit arbejde og har fungeret som en slags bagtæppe for mig. Men der er også helt særlige spørgsmål, som kombinationen af de to tilgange i mit konkrete projekt rejser. I de næste afsnit vil jeg således diskutere ontologiske og epistemologiske perspektiver for det poststrukturalistiske aktionsforskningsprojekt, som jeg har søgt at forme det gennem mit ph.d.-arbejde. Konkret diskuterer jeg i nedenstående, hvordan de to tilgange forholder sig til
begrebsættene subjektspositionering og aktørdeltagelse; magt og frigørelse; kritik, forstyrrelse og utopi; samskabelse af viden.

**Subjektspositionering og aktørdeltagelse**
Måden at forstå subjekt og subjektivitet på er forskellige i de to videnskabsteoretiske tilgange. Og dog. Begge traditioner er nemlig enige om, at vi aldrig kan handle som helt frie subjekter eller uafhængige af de sammenhænge, vi indgår i, og at vi er hele tiden bliver til gennem forhandling og de relationer, vi som mennesker er medskabere af. Der er dog forskelle i deres måder at forstå subjektet og den relationelle dimension på.


Subjektsbegrebet i kritisk utopisk aktionsforskning er ikke entydigt, men som Kurt Aagaard Nielsen (2004) fremhæver, er erkendelse af subjektet præget af moderne og senmoderne modsigelser og kan derfor ikke opfattes som hverken en funktionelt socialiseret identitet eller som en allerede eksisterende psykisk struktur. Inden for den kri-

Jeg står hermed med en subjektsforståelse, der på den ene side konstrueres og ufole i de diskursive handlerum, og på den anden side et subjekt, der kan definere sig selv gennem kritik af ufrie samfundsstrukturer. Begge er de altså enige om, at subjektets erkendelse og handlerum er knyttet til praksis, men som jeg ser det, består deres uenighed i relation til spørgsmålet om i hvor høj grad, der eksisterer et frit subjekt handlerum, og dermed muligheder for i fællesskab at kunne vælge at handle til fælles bedste.


Den poststrukturalistiske og kritiske utopiske aktionsforsker

Som forsker i det poststrukturalistiske landskab er det centralt at gøre sig sin egen medvirken som medskabende vidensproducer transparent. Det indebærer for mig en selvrefleksion, hvor jeg også skaber forstyrrelser og stiller spørgsmål til min egen praksis og mine egne tolkninger, som den slags insider-forsker jeg har været i kraft af mit


Magt, governmentality – og emancipation

Med et poststrukturalistisk ståsted er det ikke muligt at komme uden om begreberne magt og viden. I en foucauldiansk forståelse er magt produktiv i den forstand, at det er de kontinuerlige kampe og forhandlinger, som producerer den orden og de vidensforståelser, som vi bliver til igennem. Det er netop gennem denne handlen og ved at interagere med hinanden, vi for det første bliver til, men det er også her, forskellige vidensforståelser og handlerum kæmper om retten til at definere, hvad der skal betragtes som sand viden og passende at gøre (Foucault, 1994). Viden bliver derfor magtfuld, når


således virksomme drivkrafter, og "frigørelsesbestræbelser er en integreret dimension af industrialistiske samfund" (Olsén et al., 2003:43).

Jeg bevæger mig således ind i projektet med en flertydig magtforståelse. På den ene side er jeg optaget af magt som en produktiv og diskursiv disciplinering af subjektet, og på den anden side en magtforståelse, hvor magt er undertrykkende og uundgåelig i et kapitalistisk samfund, og som kan ufordres og frigøres gennem kritik og utopi. Og for det tredje kan man sige, at jeg også bevæger mig i et felt, hvor en hverdagsforståelse af magt også handler om hvem der har den formelle organisatoriske magt, hvor lederen har "retten" til at bestemme, hvordan fx opgaver skal prioriteres.

Kritik som forstyrrelse og utopi
Det har fra projektets begyndelse været centralt for mig at forholde mig kritisk refleksionerende til, hvordan forskellige diskurser og praksisser gør det muligt for de sundhedsprofessionelle at samarbejde og kommunikere i en tværsektoriel praksis. Altså at se på, hvad det er for viden, der inkluderes og ekscluderes i diskursernes magt- og videnskampe. Samtidig har det været min ambition at _gøre det_ i et samarbejde med de sundhedsprofessionelle, som netop praktiserede tværsektorielt samarbejde og kommunikation i forbindelse med ældre patienters udskrivelse til daglig.

forsøgt at formulere alternativer til” (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005). De forandringstil-
tag, der skabes i aktionsforskningsprocessen, udfordrer altså det bestående ved, at der
rejseres en kritik så at sige indefra fra deltagerne, som forsøger at opløse den undertrykk-
kende samfundsmæssige forдрjning, de er underlagt. Det frigørende i en kritisk uto-
pisk tilgang er knyttet til det at frigøre subjektet og det levede liv fra den undertrykk-
kende samfundsmagt. Kritisk utopisk aktionsforskning trækker primært på den første
generations kritiske teoretikere som Theodor Ardorno og Max Horkheimer. Teori i
kritisk utopisk aktionsforskning må:

"...express an understanding of ‘what is’ in light of ‘what it should be’... you
 can always trace a utopian otherness...it is embedded in the classical bour-
geois philosophy of the enlightenment in which people educate themselves
and emancipate themselves from domination and stupidity" (K. A. Nielsen &
Nielsen, 2006:78).

Den utopiske horisont er således nødvendig for at skabe en kritisk erkendelse. I et kri-
tisk-utopisk procesbegreb fastholdes det negative eller kritik som kritik af det eksiste-
rende. Det er her, vi har arven fra klassisk kritisk teori. Fx kan frihed i kritisk teori kun
begrides i en bestemt negation – i sin relation til ufrihed, hvor friheden tager form gen-
nem frigørelse, der dannes gennem modstand mod samfundsstrukturernes umyndig-
gørelse.

"Men forstået som en dannelsesproces er myndiggørelse samtidig også bun-
det til menneskers konkrete livssammenhæng og dermed kontekstuel og si-
tuationsbestemt. Det er denne dialektik, en kritisk-utopisk aktionsforskning
er forpligtet på” (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005:167).

Det, der ifølge Nielsen og Nielsen er tale om, er en form for politisk dannelse af demo-
krati og myndiggørelse, hvor det tilstræbes at skabe rum for diskussioner, og hvor
modsigelser kan gøres til genstand for diskussioner og bearbejdning (K. A. Nielsen &
Nielsen, 2005:168).

I et poststrukturalistisk perspektiv findes det utopiske frirum ikke. Set fra et poststruk-
turalistisk perspektiv er det utopiske frirum også selv en del af diskursen, altså en del
af de kampe om viden og magt, som man i et Foucault-perspektiv ikke kan stille sig
udenfor – derfor bliver de konkrete forandringsudkast og forandringsforståelser også
en del af det, der må gøres til genstand for forstyrrelse i en kritisk analyse. Altså frem
for at skabe nye svar og bedre svar på, hvordan samfundet skal indrettes, handler det
om at sætte kritiske spørgsmål til det bestående og selvfølgeligheder for derigennem at
"...åbne op for andre måder at indrette samfundet på end den rådende" (Stormhøj, 2006:20).

Dermed bliver den kritiske ambition i begge traditioner at problematisere – og politiser – sandhedsregimerne. Det betyder, at begge traditioner lægger op til, at forskningen er forpligtet på at åbne diskurser, forstyrre tage-for-givet viden, og dermed bryde det kendte og forsøge at udvide de mulige handlerum.

Som det fremgår, så har jeg i høj grad ladet mig inspirere af de poststrukturalistiske forskeres fokus på at stille forstyrrende spørgsmål til det, som synes at blive taget for givet. Men samtidigt har jeg også stillet spørgsmålstege ved, om denne type kritisk analyse var nok, eller om det også var nødvendigt at gøre noget praktisk i en praksis, for at forandring bliver mulig. De to teoretiske tilgange er altså begge optaget af en kritik af det bestående. Det betyder, at de begge åbner for diskurserne, og gennem kritikken, om end kritikken er forskellig, etablerer en udvidelse af de etablerede handlerum.

**Videnskabelse i kollaborativ handlen**


I en poststrukturalistisk tilgang er det, som tidligere nævnt, væsentligt at åbne op for at forstyrre og at opdage effekterne af diskursens spændinger og dilemmaer. Poststrukturalistisk forskning engagerer sig primært i et sprogligt og sandhedsopolitisk felt frem for, som i aktionsforskningen, at blive engageret i de praktiske og handleorienterede aspekter. Det er især her, jeg netop ser de to traditioner give noget forskelligt og dermed give mig mulighed for at involvere mig på en anderledes måde i den kollaborative
handlen i aktionsforskningsgruppen og ikke kun se på de involverede sundhedsprofessionelle som diskursanalysens empiri. Samtidigt produceres viden i aktionsforskningen et sted fra, den står så at sige et sted, i modsætning til det flydende poststrukturalistiske ikke-eksisterende ståsted, som er indfærdet i den historiske og samfundsmæssige orden. Kritisk utopisk aktionsforskning gør noget andet, idet den forpligter sig på demokrati, dialog og myndiggørelse, som er knyttet til det at etablere utopiske rum, og dermed skabe viden (og relationer) med hvilke det bliver muligt at frigøre mennesker fra overmagten. Det betyder, at jeg med min forskning er med til på den ene side at engagere mig til formuleringen af forandringstiltag hen mod en bedre praksis, og på den anden side også forholder mig kritisk til de forslag og forandringsforsøg, jeg selv er medskaber af som en deltager i aktionsforskningsgruppen. Det er her, det poststrukturalistiske blik og poststrukturalismens kritikforståelse udfordrer vores forandringsforståelse.

Forskningens opgave bliver i dette spænd at være videnskabende, ikke at producere sandhed om verden, men at producere en særlig opmærksomhed på kompleksiteten (Krøjer, 2006). Netop denne søgen efter kompleksitet har været en af de poststrukturalistiske ledetråde, der har været aktive i vores arbejde med forbedring/forandring af praksis. De to teoretiske traditioner, som komplementerende, giver således muligheden for at (om)forme virkeligheden, som altid værende indskrevet i en eksisterende og magtfuld orden. Vi kan aldrig handle frit og uafhængigt af den sammenhæng, vi indgår i.

**Videnskabsteoretiske ståsteder en opsummering**

Jeg har i ovenstående vist, hvad det er for et teoretisk og metodologisk afsæt, jeg har for denne afhandling. Som allerede nævnt har de to teoretiske tilgange haft betydning for både det konkrete aktionsforskningsforløb og de efterfølgende akademiske analyser. Jeg har således haft de to spor med mig i mit arbejde både som aktionsforsker og som en mere distanceret analytiker, noget som har ufordret mig undervejs. Men jeg mener, at de to tilgange har komplementeret hinanden og givet mig en udvidet forståelseshorisont. Jeg har på den ene side forholdt mig kritisk til poststrukturalismens tendens til alene at engagere sig i kritiske analyser og på den anden side kritiseret kritisk utopisk
aktionsforskning for ikke at medreflektere kritik, forstyrrelse og magt. Dels har jeg været optaget af spørgsmål, som knytter sig til at forstå de selvfølgeligheder, forskellige vidensformer og magt, der er på spil, når de sundhedsprofessionelle skal samarbejde om patientens udskrivelse. Jeg forholder mig således kritisk til, at den kritiske utopiske aktionsforskning synes at overse det, der ikke kommer til synes, når det er deltagernes erfaringsbårne utilfredsheder og drømme om en bedre praksis, som bliver styrende. Det er her, jeg mener, at de to tilgange kan komplementere hinanden, netop ved at det poststrukturalistiske byder ind med en analyse, der udfordrer det, deltagerne tager for givet, og som i praksis synes at fremstå som det gode.

At forandre og forbedre kommunikationspraksis

Forståelse af kultur og struktur


Som jeg allerede flere gange har været inde på, så er begrebet struktur viklet ind i min forståelse af problemstillingens genstandsfelt. Jeg forstår strukturer som en del af et
Kapitel III

Tredje kapitel af afhandlingen har fire afsnit. Første afsnit `Et aktionsforskningsprojekt bliver til` handler om afhandlingens etiske fundament og udfolder refleksioner over min egen deltagelse i projektet både som en form for insider-deltager og som en udefrankommende forsker. Jeg diskuterer, hvordan projektets koordinationsgruppe fik betydning for projektets organisering og for mine muligheder for at få adgang til samarbejdet med praksisfeltet. Dernæst introducerer jeg læseren til aktionsforskningsprojektets kontekst og design.

I det andet afsnit tager jeg fat på det egentlige aktionsforskningsprojekt. Jeg viser, hvordan de indledende undersøgelser i feltet gav mig indsigt i de sundhedsprofessionelles ager, og jeg viser, hvordan jeg etablerede relationer og kontakt med de sundhedsprofessionelle. Analysen af de indledende undersøgelser førte frem til fem centrale pointer eller problemstillinger, som kom til at danne afsæt for det videre arbejde. Afslutningsvis viser jeg, hvordan jeg, gennem reflektive processer med både koordinationsgruppen og praksisfeltet, formulerede tre spørgsmål, der var relateret til udskrivningsprocessen, og som jeg tog med mig i de følgende fire workshops.

I tredje afsnit af dette kapitel tager jeg, med udgangspunkt i det indledende arbejde, fat på at diskutere og problematisere deltagernes oplevelse af projektets problemfelt. Jeg viser, hvordan de sundhedsprofessionelle fra begge sektorer sammen med mig diskuterede og problematiserede analyserne fra det indledende arbejde på fire workshops, og hvordan vi arbejdede sammen om at producere fælles indsigter, som blev et vigtigt afsæt for aktionsforskningsgruppens arbejde.

Fjerde afsnit handler om, hvordan jeg, sammen med seks sundhedsprofessionelle fra praksisfeltet i et intensivt aktionsforskningsforløb over seks måneder, arbejdede sammen om at udvikle og afprøve en række forandringsforslag i praksis; forslag der skulle bidrage til at forbedre det tværsektorielle samarbejde og kommunikationspraksis.

Afslutningsvis beskriver jeg, hvorledes projektet blev evalueret af deltagerne, og jeg forholder mig kritisk reflekterende til aktionsforskningsprojektets pointer og tager en afsluttende diskussion om forskningens validitet.
Et aktionsforskningsprojekt bliver til

Her vil jeg introducere læseren til mit indledende arbejde, hvor jeg forsøgte at komme tættere på den konkrete praksis, som aktionsforskningsprojektet foregik i. Men inden jeg går i gang med den analyse, gør jeg et ophold i min vandring ved afhandlingens etiske fundament. Mine etiske refleksioner står i front på flere måder. Dels er det at bedrive forskning i sig selv et etisk projekt, både i forhold til hvordan man som forsker forholder sig til sit genstandsfelt og til sin altid privilegerede position som forsker. Det er særlig vigtigt, fordi jeg som aktionsforsker arbejder tæt sammen med praktikere, for hvem projektets problemstilling er knyttet til deres daglige virke. De har meget mere på spil end blot at levere empiri til et forskningsprojekt og at være en del af et aktionsforskningsforløb (D Coghlan & Brannick, 2014; Kristiansen & Bloch-Poulsen, 2014). Dels er det også nødvendigt, at jeg som forsker gør mig etiske overvejelser, når også patienter, pårørende og borgere er involverede i projektet.

Deltagelse og forskningsetik

God forskningsetik er afgørende for anerkendelse af forskning. Det er velkendt både i en sundhedsvidskabelig og i en samfundsvidskabelig kontekst. Fx fremgår det af statens samfundsvidskabelige vejledning til bedømmelse af forskningsprojekter, at:

"Samfundsvidskabelig forskning har som mål at udvide den menneskelige erkendelse af de samfundsmæssige livsvilkår, at bidrage til at danne grundlag for en forbedring af menneskenes levekår, eller at danne grundlag for kritik af myndigheders, virksomheders og gruppers adfærd."

Det betyder, at mit forskningsprojekt som udgangspunkt er forpligtet på at kunne bidrage til både at skabe nye erkendelser og at danne grundlag for at forbedre og rejse kritik af fx de institutionelle strukturer og betingelser. De tre områder: at skabe nye erkendelser, danne grundlag for forbedring og kritik har været orienteringspunkter i min praksisnære aktionsforskning. Både medarbejdere, ledere og institutioner har været involverede, og det har betydet, at jeg som forsker har udført min forskning under hensyntagen til de personer, der kunne blive berørt på den ene eller den anden måde. Samtidigt er det min forpligtigelse at sikre, at personerne deltog frivilligt, og at de vidste, at de til enhver tid ville kunne trække sig ud af projektet. Desuden er forskeren også forpligtet på at offentliggøre sine forskningsresultater og at åbne op for en diskussi-


**Etiske overvejelser, når patienter er involverede**

Som sygeplejerske, tidligere underviser på en række sundhedsuddannelser, leder og projektleder er jeg fuldt ud informeret om de særlige etiske krav, man må leve op til, når borgere, patienter og pårørende er involverede i forskning. I mit aktionsforskningssprojekts indledende undersøgelse fulgte jeg to patienter fra deres indlæggelse på en medicinsk afdeling og til udskrivelse med fortsat pleje i den kommunale hjemmeple-

Udover at overholde disse formelle krav har jeg i min forholdsmåde bestræbt mig på at fremtræde empatisk, lyttende og opmærksom over for patienter, pårørende og alle mine interviewpersoner, ligesom jeg var opmærksom på det magtforhold, der altid er til stede, når målgruppen er borgere, patienter og pårørende, der har kontakt med sundhedsvæsenet (Tanggaard & Brinkmann, 2010). Med min baggrund som sygeplejerske

---

har jeg kunnet trække på mine erfaringer fra lignende interviewsituationer og på min rutine i at kommunikere med patienter og pårørende. Desuden har jeg trukket på min specifikke og generelle indsigt i sundhedsvæsenets organisation, historie og ikke mindst min insider-viden om spændinger og dilemmaer i det tværektorielle samarbejde om patienters udskrivelsesproces. Min særlige insider-tilgang til praksisfeltet uddybes i nedenstående.

**Etiske overvejelser i aktionsforskning**

Der er flere aktionsforskere, som fremhæver, at det som aktionsforsker er vigtigt at gøre sig eksplicitte etiske overvejelser omkring sin egen deltagelse (Boser, 2006; David Coghlan & Brannick, 2014b; McNiff & Whitehead, 2009). Fx fremhæver Mary Brydon-Miller (2006), at etiske refleksioner i aktionsforskning ofte er en overset problemstilling, og at: "we must remain constantly mindful of these issues and must continue to strive to make ethical practice manifest in every micro-decision in the work we do...at each level of our practice" (M. Brydon-Miller, 2006:129). Denne udfordring tager jeg gerne på mig og udfolder i nedenstående de etiske refleksioner, jeg især har gjort mig i forbindelse med opstarten af dette projekt, samt hvilke konsekvenser disse overvejelser fik for forløbet. Det er, som Boser (2006) fremhæver, vigtigt også at gøre sig etiske overvejelser undervejs i aktionsforskningsprocessen:

> "Thus I argue that reflection on ethical questions should be integrated into each stage in the action research cycle, raising awareness of potential risks for participants" (Boser, 2006:17).

Netop hensynet til deltagerne og min opmærksomhed på, hvad der også var på spil for dem, har været et afgørende hensyn. Jeg var helt bevidst om, at der ville være selvfølgeligheder, forskellige interessekonflikter og positionskampe, som både ville være synlige og usynlige for mig som en udefrakommende aktionsforsker. Det betød, at jeg forsøgte at være eksplicit omkring mine overvejelser og refleksioner over projekt-design, valg af metoder og over, hvordan jeg også selv var deltaget i processen, og at jeg var klar over, at jeg i aktionsforskningsprocessen også ville påvirke deltagerne. Det betød, at jeg som aktionsforsker havde en særlig opmærksomhed på de etiske perspektiver (McNiff & Whitehead, 2009). McNiff giver en række anbefalinger til, hvordan aktionsforskere bør agere etisk, men fremhæver, at det i lige så høj grad også handler om at efterleve etiske værdier: "If you can show [...] that you are living according to your values, you can say that you are acting in an ethical fashion" (McNiff & Whitehead, 2009:80). En af McNiffs

I den kommunale hjemmepleje havde jeg også indledende informationsmøder med lederne på sundhedsforvaltningen, med team- og områdeledere samt med lederen af visitationsenheden. Jeg informerede dem om projektet, og vi diskuterede mulighederne og betingelserne for områdernes og medarbejdernes deltagelse i projektet. Også i kommunens hjemmeplejeenhed og i visitationsafdelingen kom jeg uformelt og talte med forskellige medarbejdergrupper, for at så mange som muligt kunne være informerede omkring projektet. Besøgene gav mig en forståelse af, hvordan medarbejderne i kommunen oplevede problemstillingen omkring kommunikationen, når de modtog patienten fra hospitaltalet i den kommunale hjemmepleje. Også i den kommunale sektor
var der stor interesse for projektet, og der blev også hos dem tænkt et håb om, at der med dette aktionsforskningsprojekt kunne eksperimenteres med forandringstiltag, som måske kunne forbedre hverdagen og de sundhedsprofessionelles kommunikation og samarbejde på tværs af sektorerne.


"Som deltagere i aktionsforskningsprojektet er vi ligestillede. Det er altså ikke mig som forsker, der kommer og ser på jeres praksis, trækker mig tilbage i det videnskabsteoretiske hus og efterfølgende sender en rapport med mine pointer. NEJ - i denne aktionsforskningsproces er der fokus på, at vi sammen producerer viden om praksis og sammen forhandler os frem til, hvad og hvordan vi kan bidrage til forandring og forbedring af praksis" (Bilag 4).

Jeg forsøgte således fra projektets begyndelse at skabe en tydelig ramme, hvoraf det fremgik, at dette var tænkt som et fælles projekt, og at alle deltagere, udsagn og stemmer var lige vigtige. Det betød, at vi i de fire workshops og i aktionsforskningsgruppen arbejdede ud fra det grundsyn, at vi var fælles ansvarlige for processen. Jeg kommer senere tilbage til, hvorvidt dette lykkedes, og hvilke udfordringer vi mødte undervejs – specielt i forhold til dette punkt.

Med min baggrund som sygeplejerske kendte jeg til nogle af de diskursive praksisser, der inkluderer en normativ forståelse og diskussioner af, hvordan der bør kommunikeres i forbindelse med patientens udskrivelse (Jørgensen, 2010). Jeg vidste, at disse diskurser kunne være magtfulde og kunne blokere for et frugtbart møde mellem de to sektorer, hvor de kunne have svært ved at anerkende deres forskelligheder. Derfor var det vigtigt at få skabt et kommunikations- og handlerum, der ville åbne op for en dialogisk kommunikation. Med inspiration fra det poststrukturalistiske perspektiv (Søndergaard, 2006) har jeg fra projektets begyndelse været optaget af at sætte en scene, at skabe et analytisk rum, som ikke var magtfrit, men hvor vi kunne forstyrre og
udfordre de selvfølgelige kommunikations- og handlemåder, der knyttede sig til sektørernes forståelse af problemstillingen. Jeg forsøgte at skabe et fælles rum, hvor vi kunne være sammen om det fælles tredje (K. A. Nielsen, 2004), hvor det ikke handlede om, hvad de gjorde rigtigt eller forkert, men om at skabe et rum hvor de på baggrund af deres forståelse af praksis kunne have fokus på de muligheder, de rent faktisk havde for at kommunikere og samarbejde på tværs af sektorerne. Det var altså et forsøg på at skabe et fælles socialt rum, hvor vi kunne sætte diskussionerne om "hvordan de andre gjorde noget andet, så ville problemet være løst" på pause. Som en af deltagerne, Nina, udtalte, så var det fælles rum alfa og omega for projektet: "...vi kom ligesom ind i et andet rum, hvor det var muligt for os at tale om vores situation på en anden måde" (Aktionsforskningsdag 10.12.2014). Udsagnet vidner om, at det i aktionsforskningsgruppen lykkedes at skabe et frirum til fælles refleksioner. Jeg vender senere i afhandlingen tilbage til, hvordan vi konkret arbejdede med dette både i de fire workshops og i aktionsforskningsgruppen.

Jeg mener, at projektets åbenhed, min klare rammesætning af det fælles tredje samt min insisteren på at skabe et frirum, hvor der kunne diskuteres og rejses kritik, fik en afgørende betydning for den positive velvilje, som både jeg og projektdeeltagerne mødte undervejs i projektet, ligesom det fik en afgørende betydning for mine handlemuligheder som forsker.

**Anonymitet og aktionsforskning**

Spørgsmålet om deltagernes anonymitet er et andet centralt etisk aspekt i aktionsforskningsprojekter. Anonymisering af deltagere kan ofte være et dilemma, fordi aktionsforskningsprojekters grundvilkår er, at de som lokale forandringsagerter selvfølgelig er synlige i projektet. Jeg vil mene, at det som udgangspunkt er umuligt at anonymisere de aktører, der har været direkte involverede i projektets eksperimenter. Det er selvfølgelig klart for de involverede, hvem der har deltaget. Men når forskningsresultater præsenteres og diskuteres i en akademisk kontekst, mener jeg, det er muligt at anonymisere deltagerne, og at det skal tilstræbes. I afhandlingen og i artiklerne har jeg anonymiseret deltagerne ved at anvende opdigtede navne. I valg af opdigtede navne har jeg fravalgt at tydeliggøre deltagernes køn, fordi majoriteten af deltagere var kvinder. Dermed ville udtalelser fra de få mænd, der deltog i projektet, være let gen-
kendelige og dermed ikke fremstå anonymt. Det har også været afgørende for mig at forholde mig etisk til, at deltagerne havde meget på spil ved at være en del af dette projekt. Som aktionsforskere i egen organisation er deltagerne, og jeg selv for den sags skyld, også en del af et politisk projekt (David Coghlan & Brannick, 2014b). Deres deltagelse i projektet har betydning i forhold til deres kolleger, fx ved at de blev en del af et aktionsforskningsforløb, hvor de kom til at arbejde med en problemstilling, som alle vidste, var vanskelig, og som alle havde en holdning til. Deltagerne kan føle sig som forrædere over for kollegaerne, fordi de ønsker at ændre på rutiner og traditioner, og måske derfor kan blive anklaget for at gå ledelsens ærinde (Coghlan & Brannick, 2014:203). Det viste sig også flere gange i løbet af processen, at aktionsgruppens deltagere havde været i tvivl om deres ledere og deres kollegaers ønsker og muligheder for deltagelse og engagement:

"... jeg har nogle forestillinger om, hvad vi kunne (…), men jeg må nok sige, at det er lidt op af bakke, for jeg ved ikke, hvor jeg har min leder. Så, vi har snakket lidt om, hvad vi kan (…) – hvad jeg tror, jeg kan få mine kolleger med til. Vi har snakket om, at jeg vil bede dem om, at de det næste stykke tid har fokus på, hvad der er godt, og hvad de synes, de mangler af informationer" (Aktionsforskningsdag 12.9.2014).

De havde således også meget på spil i forhold til både deres kolleger og deres ledere, især fordi vi i processen også forholdt os kritiske til institutionelle vilkår og betingelser. De har altså skulle tage parti og arbejde for at bryde nogle rutiner og stå forrest i forsøget på at skabe en ny passende adfærd i forhold til udskrivelsesprocessen. Måske var det én af grundene til, at aktionsforskningsgruppen hurtigt definerede sig med en stærk fælles identitet, hvor vi kunne være sammen og støtte hinanden i arbejdet. Begyndelsen DEM blev nu brugt til at beskrive deres kolleger, som ikke var en del af aktionsforskningsgruppen, og ikke om dem i den anden sektor. Jeg er overbevist om, at denne VI-følelse var en del af det stærke fællesskab, som blev skabt i aktionsforskningsgruppen, og som fik stor betydning for vores arbejde. Som aktionsforskere/medforskere følte de sig tydeligt forpligtede på projektet – en forpligtigelse, som ikke var uden omkostninger for dem:

"...jeg vil sige, at noget af det, som det gav os mulighed for [at deltage i aktionsforskningsgruppen], og som også gav kolde fødder, må jeg indrømme – det var jo netop…da vi erkendte, det var vores processer, det var ikke kun din proces [med henvisning til Ditte] – og fandt ud af, hvad det var, vi mente, som virkede. Jeg fik da lige så meget koldsved, som du gjorde, skal jeg hilse

Citatet viser med al tydelighed, at det var hårdt og udfordrende for deltagerne at være forpligtede på aktionsforskingsdelen, og at denne forpligtigelse var noget, vi var fælles om, hvilket man kan se, når hun henviser til mig. Deltagerne er således langt fra anonyme i den lokale kontekst. Samtidig har det også været en udfordring for mig at trække på aktionsforskningens samproducerede empiri i min forskningsformidling i mit arbejde med at almentgøre projektets analytiske pointer. Her var jeg særlig opmærksom på ikke at svigte gruppens tillid eller bryde anonymiteten. En af de måder, som jeg har arbejdet med dette på i min forskningsartikel (Høgsgaard, 2016), har været, med inspiration fra den etnografiske metode `creative non fiction´ (Agar, 1990), at konstruere fortællinger, som har indbygget de vigtigste pointer fra den samproducerede viden.

**Aktionsforskeren – en særlig privilegeret aktør og deltager**

Jeg afslutter dette afsnit om de etiske refleksioner med overvejelser omkring min egen position som uddannet sygeplejerske og nu aktionsforsker i projektet. Jeg opfatter mig selv som en delvis insider-forsker (David Coghlan & Brannick, 2014a), og min primære erfaringsreference er praksis på et hospital. Jeg har tidligere i min karriere været ansat i kommunalt regi, men mine nyeste praksiserfaringer var fra 2009 til 2013, hvor jeg har været ansat som sygeplejerske på det hospital, hvor projektet var tilknyttet. Dog ikke med ansættelse på den afdeling, hvor forskningsprocessen foregik. Jeg var i begyndelsen meget opmærksom på, at jeg ikke inkluderede mig som en del af hospitals-gruppen, ved bevidst at italesætte mig lige meget i forhold til både hospitalssektoren og kommunalsektoren. På trods af mine anstrengelser lykkedes det ikke, som det fx fremhæves af Trine fra den kommunale sektor ved aktionsforskingsgruppens sidste fællesdag:

"Ditte: ...nogen gange er jeg kommet til at sige VI med reference til sygehussektoren.
Trine: Ja, det har jeg godt hørt.
Ditte: Ja, jeg har haft det svært med det, og jeg har forsøgt at lade være med det, men de sidste gange har jeg tænkt, jamen det er jo sådan det er, jeg har jo "kun" nutidige erfaringer fra hospitalet.
Trine: Ja, det har været fint nok" (Aktionsforskningsdag 17. dec. 2014).
Et citat som dette gør det relevant at diskutere, i hvor høj grad det er muligt at positionere sig et sted, hvor jeg forsøger at tale ud fra både et hospitals og en hjemmeplejes logik – uden at have de faktiske forudsætninger herfor. Det var tydeligt, at talen flere gange afslørede mig som en, der identificerede sig med hospitallets logik, selvom jeg forsøgte at fastholde en forståelse af, at jeg kunne bevæge mig frit og tale med begge sektorer lige godt. Det kunne jeg ikke. Og som Trine siger så klart, har det været fint nok. Ved at jeg forsøger at tale, som om jeg ved lige meget om begge sektorer, kan jeg ende med at fremstå uautentisk og miste legitimitet (David Coghlan, 2008). Det kunne fx være i situationer, hvor jeg forsøgte at holde mig tilbage i forhold til en diskussion om praksis på hospitallet og i forsøget på at tale, som om jeg taler med en stemme, der repræsenterer hjemmeplejen.

Samtidig diskuterede vi i aktionsforskningsgruppen de ulemper og fordele, der havde været ved, at jeg også var uddannet sygeplejerske, og at jeg kendte til både hospitallets og kommunens organisering. Det blev fremhævet, at:

"...der har været mange ting, vi ikke skulle forklare, og du har kunnet bruge eksempler, der var tætte på vores hverdag...altså det er et stort system at komme ind i, der er mange ting der skal forklares og opleves på egen krop nærmest – før man helt forstår, men samtidig er det godt, at du kommer udefra – hvis det er én indefra, så kan de godt miste helikoptersynet, synes jeg" (Aktionsforskningsdag 17. december 2014)

Der er således ingen tvivl om, at der i aktionsforskning, som i al anden kvalitativ forskning, er fyldt med etiske udfordringer, som det er væsentligt, at man som forsker holder sig til (Svend Brinkmann, 2010). Fx er det overvejelser over, hvordan man gør sit materiale transparent uden at bryde anONYmitet og den fortrolighed, der kan opstå mellem forsker og feltets deltagere. Det var spændingsfyldt, at jeg både var sygeplejerske og let kunne træde i det sundhedsprofessionelle spor, og at jeg samtidig positionerede (Davies & Harré, 2014) mig som en kritisk poststrukturalistisk forsker, der forsøger at begribe de selvfølgeligheder, vi alle både var en del af og selv reproducerede. Der var undervejs etiske problemer, fx fordi jeg som fagperson, men også som udefrakommende forsker, fik deres tillid og fortrolighed, som også forpligtede mig over for vores fælles projekt. Der er også spørgsmålet, om en reel demokratisk tilgang er mulig? Her deler jeg Ness’ spørgsmål om, hvorvidt det som privilegeret forsker er muligt at skabe en demokratisk og ligeværdig relation? (Ness et al., 2013).

At udfordre insider-sygeplejersken
Et af de metodiske greb, jeg har benyttet mig af for at kunne holde fast i både kritik og selvrefleksion, var ved at lade mig selv interviewe med de interviewspørgsmål, jeg stillede de andre, og at lydoptage disse interviews af mig selv. Det gav mig muligheden for at lytte til mine egne svar og få en slags klarhed over mine aktive forforståelser og holdninger til projektets problemstilling. Når jeg efterfølgende lyttede mit interview, hvor jeg selv var informant, igennem, lagde jeg mærke til, hvor jeg gik i stå, hvor jeg blev tværende, eller hvor jeg svarede udenom. Disse refleksioner betød for det første, at jeg ændrede på mine spørgsmål i mine interviewguider, og for det andet at jeg blev mere klar på, hvad jeg faktisk ikke vidste om problemstillingen. Derudover har jeg været inspireret af Andersons tilgang til at anvende reflekterende team, som en måde at blive mere klar på min egen forståelse og erkendelser (Andersen, 1987; Anderson, 2012). Jeg har også inviteret andre forskere til at facilitere mine refleksionsprocesser, noget som helt klart har udfordret min insider-position. Når jeg har været så omhyggelig med dette arbejde, har det ikke været for at nå frem til et niveau, hvor jeg synes at vide alt om min egen forforståelse, som netop ikke er muligt, da viden ikke er statisk jf. mit post-
strukturalistiske videnssyn, men det har været et forsøg på at gøre min egen position så transparent som mulig for både deltagere, læsere og mig selv.

Organisering af projektet

Hospitalets og kommunens forventninger til projektet var, at det helt konkret, om muligt, skulle bidrage til forandring og forbedring af det tværsektorielle samarbejde. Ved at det var en kompliceret problemstilling, så var der et eksplicit håb om, at det ved at inddrage feltets praktikere i projektet ville blive muligt at udvikle anderledes, mere praksisnære og dermed relevante løsningsforslag. I mit projekt blev relevante ledere fra de to sektorer sammen med forskere fra det institut, hvor projektet var indlejet, bragt sammen i en koordinationsgruppe. Idéen med at bringe partnere sammen i en koordinationsgruppe var, at de kunne følge projektets udvikling, design og resultater. Det handlede selvfølgelig også om mulighederne for, at en ledelse kunne prioritere økonomi og ressourcer til projektet. Denne opbakning har været unik for dette projekt.

Flere aktionsprojekter har måttet opgives på grund af manglende prioritering og uklare aftaler om deltagelse (Kjerholt, 2011; Kjerholt et al., 2016; Olesen & Pedersen, 2008). Kjerholts (2016) forskning viser, at det er afgørende at undersøge, om både organisationen og deltagerne reelt er klar til at deltage. Der var i mit projekt afsat midler til, at medarbejderne kunne deltage i projektet. (Bilag 5). Men på trods af denne prioritering af midler viste det sig alligevel at være vanskeligt at sikre, at de prioriterede midler også fik betydning for de medarbejdere og deres kollegaer, som deltog i projektet. Også dette aktionsforskningsprojekt viser, at det på trods af ledelsesopbakning og konkrete
afølger var vanskeligt at finde tid til projektet og til implementering af nye tiltag, ikke mindst fordi der samtidig var en hverdag med en lang række andre projekter, ny ledelse og omorganiseringer, som krævede både ledernes og medarbejdernes opmærksomhed.

Projektets koordinationsgruppe bestod af tre ledelsesrepræsentanter fra hospitalet, tre fra kommunen, to universitetslektor og en ekstern vejleder med særlig indsigt i det sundhedsfaglige felt og aktionsforskning. Hensigten var, at de dels skulle følge projektet, bidrage til diskussioner af analyserne undervejs og understøtte projektet i egen organisation, samt sikre at de aftalte ressourcer var til rådighed. Der blev i alt afholdt seks møder i koordinationsgruppen, hvor jeg løbende fremlagde mine analyser til diskussion. Det var også en måde at invitere koordinationsgruppen ind i arbejdet på, uden at det gav anledning til det, som Coghlan peger på, kan være problematisk, at "sponsors" indgriben bliver forstyrrende i forhold til aktionsforskningsarbejdets prioriteringer (D Coghlan & Brannick, 2014). Men samtidig findes det magtfrie rum ikke, og der var også spændinger og dilemmaer i arbejdet. Fx var det en balancegang for mig både at betragte koordinationsgruppen som sponsorer, der var en form for projekt-ejer/betalter og samtidig invitere dem ind som en form for aktører i analysearbejdet. Jeg var derfor meget opmærksom på, hvordan og hvilke spørgsmål jeg diskuterede i dette forum.

Projektdesign og forløb
Et aktionsforskningsdesign er ofte organisert i følgende fire faser: konstruktion, planlægning, eksperimenter og evaluering (D Coghlan & Brannick, 2014; Reason & Bradbury, 2006). Det indledende arbejde handler om, sammen med de personer, som er involverede i projektet, at definere, hvilket problem der skal arbejdes med i aktionsforskningsprocessen. Fase to indebærer planlægning af aktioner eller eksperimenter, der i tredje fase gennemføres og afsluttende evalueres i fjerde fase (David Coghlan & Brannick, 2014a:37ff).
undervejs har ekspliceret mine refleksioner, registreret projektets fremdrift i forhold til universitetet og diskuteret proces og resultater med vejledere og koordinationsgruppe, ligesom den tidsmæssige horisont på en samlet ph.d.-tid på tre år også har haft betydning for designet.

Jeg har arbejdet med aktionsforskningsforløbet opdelt i fire faser, som i praksis har haft glidende overgange, og som nævnt ovenfor, så har der undervejs fra de indledende undersøgelser og til evalueringfasen været forandringsprocesser i gang på mange niveauer. Jeg har på trods af dette fastholdt en ret systematisk faseopdeling som en slags vandrestok, måske mest fordi jeg som forskerspire havde brug for en analytisk ramme, som jeg kunne støtte mig til undervejs i projektet. Hver fase blev afsluttet med et analyse, som tog afsæt i mine forskningsspørgsmål. Disse delanalyser gav mig en anledning til at se kritisk på, hvordan forståelser – og talen om det tværikektorielle samarbejde – trådte frem og gav mig ideer til, hvordan jeg med min poststrukturalistiske tilgang ville kunne bidrage til at forstyrre de selvfølgeligheder, som blev artikuleret undervejs. Det blev til i alt fire delanalyser, hvor de første tre primært havde fokus på mine refleksioner over det, der var foregået i perioden, og over hvordan jeg kunne bringe de analytiske refleksioner videre over i næste fase. Fokus for den fjerde delanalyse var at reflektere over projektets resultater og over, hvordan projektet kunne bidrage til forbedring og forandring i den lokale kontekst og hvilke pointer, som var eksemplariske og havde en generel og almen interesse. Det er her, jeg bringer Nielsens (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005) fremhævelse af, at aktionsforskeren også er forpligtet på resultaternes almene pointer – og det, som Reason og Marshall (citeret af Coghlan og Brannick) taler om, at man som forsker har tre typer af publikum:

"All good research is for me, for us and for them: It speaks to three audiences... It is for them to the extent that it produces some kind of generalizable ideas and outcomes...it is for us to the extent that it responds to concern for our praxis, is relevant and timely...[for] those who are struggling with problems in their field and action... (1987:112-113)" (David Coghlan & Brannick, 2014a:33-34).

Det betyder, at forskningen både giver mening for os, der er direkte involverede i projektet, de sundhedsprofessionelle fra hospitalsafdelingen og i kommunen og mig som forsker, men også at projektet skal og bør kunne bidrage med indsigter, der kan inspirere andre, som arbejder med tilsvarende problemstillinger i sundhedssektoren.
I nedenstående figur viser jeg projektets fire faser over perioden fra november 2013 til februar 2015.

Fig. 2 Aktionsforskningsdesign


Aktionsforskning, fase I
I dette afsnit illustrerer jeg, hvordan jeg arbejdede mig ind på, hvordan de sundhedsprofessionelle kommunikerede og samarbejdede omkring patientens udskrivelse. Jeg var i denne fase fokuseret på at komme tættere på, hvordan de forstod, talte om og age-rede i deres fælles praksis på tværs af de to sektorer. Hensigten med denne første del af projektet var således at få indsigt i den konkrete udskrivningspraksis. Projektets problemstilling tog, som nævnt, ikke direkte afsæt i medarbejdernes valg. Derfor var det væsentligt, at jeg fik dannet mig et indtryk af, hvordan de forskellige medarbejdergrupper oplevede problemstillingen, og hvordan de talte om kommunikation og sam-
arbejdet på tværs med den anden sektor. Samtidig var denne indledende del også et forsøg på at bryde med mine egne fordomme og forudindtagne forståelser af problemstillingen, da jeg syv mdr. forinden som sagt havde arbejdet som sygeplejerske på en medicinsk afdeling på netop det hospital, som var med i projektet. Ved at komme ud i den konkrete afdeling og i kommunen, hvor aktionsforskningsprojektet skulle foregå, fik jeg både et indblik i, hvorledes de sundhedsprofessionelle konkret gjorde kommunikation og samarbejde, og hvorvidt og hvordan de talte om problemer, paradokser og dilemmaer. Jeg ville i denne fase forsøge at komme tættere på de diskurser og betydninger, der syntes at have forrang, når udskrivningsprocessen blev nævnt. Jeg er fuldt ud klar over, at jeg ikke blot ved at bevæge mig ind i deres praksis ville kunne se ud over mine egne blinde pletter og dermed slippe af med mine forforståelser og fordomme i Gadamers forstand. Kvale og Brinkman fremhæver, at det ikke er muligt at blive sine fordomme kvit, men derimod bør forskeren tilstræbe at blive bevidst om deres eksistens: "Forskeren bør forsøge at få indsigt i disse uundgåelige fordomme og skrive om dem, når det synes påkrævet i relation til forskningsprojektet" (Kvale & Brinkmann, 2008:268ff). Jeg har allerede i ovenstående uddybet, hvordan jeg konkret forsøgte at bryde med mine fordomme.

Jeg betragter denne første fase af aktionsforskningsforløbet som en slags nødvendigt forarbejde og feltarbejde. Jeg foretog i denne første del i alt 36 interviews, som inkluderede to patienter, deres pårørende og de sundhedsprofessionelle, som var involveret i patienternes udskrivelse fra hospital. I dette kapitel beskriver jeg mine metodiske overvejelser over mine valg.

**Ud i feltet**

Jeg fulgte de sundhedsprofessionelle i deres arbejde for at få en fornemmelse af, hvad de gjorde og talte om, når de kommunikerede og samarbejdede med hinanden om udskrivelsen (Hastrup, 2010). Feltarbejdet bestod i, at jeg fulgte en hjemmesygeplejerske en dag i hendes arbejde. Jeg kørte med hende ud til borgere, som netop var udskrevet fra hospital, og jeg var dermed tæt på de samtaler, som hun førte med borgerne om udskrivelsen. Undervejs diskuterede jeg mine observationer og refleksioner med hende og stillede nysgerrige spørgsmål til, hvordan hun oplevede problemstillingen, og hvilke ønsker hun/de i kommunalt regi havde til forandring af de måder, udskrivningen til
egnet hjem eller plejebolig foregik på. Det samme gjorde jeg på hospitalet, hvor jeg fulgte sygeplejersker i deres arbejde omkring patienternes forberedelse til at komme hjem igen efter et hospitalsophold.


**Fra indlæggelse til udskrivelse**
Jeg fulgte to ældre medicinske patienter og deres pårørende igennem et indlæggelses- og udskrivelserforløb. Hensigten var at få indsigt i, hvordan kommunikationen og samarbejdet imellem de sundhedsprofessionelle konkret foregik omkring patienternes udskrivelse, samt at få indblik i hvordan patienter og pårørende oplevede det tværsektorielle samarbejde om udskrivelsen. Informationerne fra disse interviews indgik som en del af det samlede materiale. Især brugte jeg mine analyser fra patient- og pårørende-interviewwene i de fortællinger, som indgik i de workshops, som fulgte. De to fortællinger har også været centrale for mine analyser i artiklen "Det muliges kunst. Om betingelsene for det tværsektorielle samarbejde i et new public management orienteret sundhedsvæsen" (Høgsgaard, 2016).

**Udvælgelse af to patienter**
Den ene patient, jeg fulgte, var en dame på 93 år, som skulle udskrives til eget hjem efter et kort indlæggelsesforløb med lungebetændelse. Udvælgelse af denne patient foregik ved, at jeg mødte op på den medicinske afdeling en morgen og bad dagpersonalet udvælge en ældre patient, der var over 80 år, indlagt inden for de seneste 48 timer,
og som plejepersonalet forventede skulle udskrives i løbet af de følgende to dage. Dessuden var kravet, at patienten skulle være tilknyttet hjemmeplejen i den kommune, som deltog i projektet, og at patienten efter udskrivelsen skulle have behov for hjemme-hjælp og/eller hjemmesygepleje. Da patienten var udvalgt, kontaktede personalet patienten og dennes datter for at spørge, om de ville deltte (jf. etiske overvejelser). De sagde begge ja. Jeg interviewede den ældre kvinde to gange og hendes datter én enkelt gang under indlæggelsen. Jeg besøgte patienten to dage efter udskrivelsen, hvor jeg ligeledes gennemførte et interview med hende.


**Interview med sundhedsprofessionelle**

De sundhedsprofessionelle, jeg interviewede, var enten direkte knyttet til de to patienter eller var fagpersoner/eksperter, som jeg af de sundhedsprofessionelle blev anbefalet at tage kontakt til for at inddrage deres erfaringer. Som en systematisk udvælgelses-strategi valgte jeg at lade de to patienters kontakt med sundhedsaktørerne i primær og sekundær sektor være styrende for valget af øvrige informanter. Det betød, at jeg inddrog de personer, som de involverede betragtede som vigtige for at kunne bidrage med flere informationer. Jeg hørte ofte sætningen: ”Hende eller ham må du tale med”.

Fig. 3 Mindmap over valgte interviewpersoner og valg af skriftligt materiale.

Af figuren fremgår det, hvilke personer der blev interviewet rundt om én af de to patienter. Figuren giver et godt billede af, hvor mange personer der på den ene eller anden måde er involveret i udskrivelse af en patient.

Interviewene med de sundhedsprofessionelle foregik på forskellige steder i organisationerne. På hospitalsafdeling, ambulatorium, i hjemmepleje og på fagpersonernes arbejdspladser. Interviewene varede mellem 20 – 50 minutter. Der blev lavet ét telefoninterview af en specialist. Alle interviewene blev lydoptaget, ligesom jeg gjorde notater undervejs og noterede mine umiddelbare refleksioner i min logbog. Jeg anvendte ved alle interviewene semistrukturerede spørgsmål. Jeg forsøgte undervøjs at supplere med nysgerrige spørgsmål, som dog var begrænset, men også beriget af, at jeg jo selv er sygeplejerske og dermed havde en insiderforståelse af feltet. Samtidig havde det, at jeg tidligere havde været underviser på en sygeplejerskeuddannelse, og måske bare min modne alder, betydning for, hvordan især de nyuddanne sygeplejersker, som måske kendte min baggrund, svarede på mine spørgsmål. Fx fik jeg undervejs i et interview med en nyuddannet sygeplejerske en opfattelse af, at hun mere talte om en lærebogs-sygeplejerpraksis, end om hvordan hun og hendes kolleger reelt samarbejdede om-
Kring udskrivelsen. Selvom jeg betragter mig selv som en erfaren interviewer, var det vanskeligt at stille spørgsmål på måder, som også udfordrede informanterne, og som kunne træde uover de selvfølgelige diskurser, som jeg med min faglige baggrund også var en del af.

**Dokumenter om udskrivelse**

**Analyse I**
Jeg stod således i foråret 2014 med en stor mængde empirisk viden fra de dage, jeg fulgte patienter og sundhedsprofessionelle fra i alt 36 interviews, mine feltobservatio ner og det skriftlige dokumentmateriale. Analysen af dette omfattende empiriske materiale blev foretaget med inspiration fra Kvaless forslag til, hvorledes man gennemfører en indholdsanalyse (Kvale 2009).
Jeg gennemlyttede samtlige interviews flere gange og dannede mig derved et første billede af, hvad der tales om og hvordan, når ældre patienter skal udskrives. Mine interviewspørgsmål faldt inden for de tre områder, som mine forskningsspørgsmål kredser om: 1) Viden (hvad tales der om og ud fra hvilken (ind)forståelse?), 2) Kommunikation og samarbejde omkring udskrivelsen (hvilken kommunikation og hvordan samt hvilken type samarbejde og hvordan?) og endelig 3) magt og positionering (hvilke magtrelationer og -positioneringer træder frem, og hvilke antagelser har deltagerne om hinanden og hinandens positioner, samt hvilke diskurser synes der at være i spil omkring magt).

Jeg har først skrevet interviewenes centrale pointer frem, hvorefter jeg har set på mulige kategorier og meningsfællesskaber mellem de elementer, som synes at have betydning (Kvale & Brinkmann, 2008b). Jeg har analyseret mine logbogsnotater, der indeholdt spørgsmål og problemstillinger, og jeg inddrog de skriftlige dokumenter i et forsøg på at få frem, hvad og hvordan der blev kommunikeret om udskrivelsen på skrift. Jeg kategoriserede analysen i fem overordnede tematikker/paradokser, som synes at have betydning for kommunikationen omkring udskrivelsesprocessen, som det lå i mit materiale:

1. Der tales og skrives om at se patienten ud fra et ”patienthelhedsperspektiv”, men det synes, som om det er et helhedsperspektiv, som er henholdsvis sektorbestemt, professions- og arbejdsl ogikorienteret.

2. Den professionsfagliges ansvarlighed og fornemmelse af sit fag synes at blive udfordret af kravet om digitaliseret dokumentation. Der tales om at overholde regler, som er defineret af de to sektorer, og som synes at modarbejde en sam menhængende udskrivelsesproces.

3. En (historisk betinget) medicinsk diskurs knyttet til magten til at definere rask/syg, indlæggelse/udskrivelse synes at blive udfordret af politiske og strategiske regel- og systemorienterede diskurser.

4. I begge sektorer tales der om ’den gode kommunikation’ og ’det gode samarbejde’ som noget, der er gensidigt og dialogisk, men kommunikationen synes mere at foregå som en monolog, der tager afsæt i en entydig afsenderlogik, hvor modtagernes behov for viden om patienten enten ikke er til stede eller underordnet.
5. En traditionsbunden sektororienteret samarbejdsdiskurs synes lokalt at have stor betydning for kommunikationen omkring patienternes udskrivelse.

Det umiddelbare udkomme af denne første del af aktionsforskningen var altså de ovenstående fem tematikker. Disse blev præsenteret og diskuteret med koordinationsgruppen, og jeg tog på en række studieture både i Danmark og i udlændet for at få en fornemmelse af, hvordan disse temaer blev betydningssat i en sammenhæng, der rakte ud over den lokale kontekst, hvor de var blevet blev fremanalyseret. Jeg tog ligeledes på disse besøg for at lade mig inspirere til det videre aktionsforskningsforløb med indtryk og analyser fra andre sundhedsfaglige sammenhænge i ind- og udland.

Fra Skejby til Skotland

spital, som også arbejder med et tværsektorielt projekt om at øge hjemmebehandling. Ved alle studiebesøgene blev jeg bekræftet i, at problemstillingen om, at kommunikation mellem fagpersoner og sektorer er vanskelig, var yderst velkendt. Både konsulenter, ledere og de fagprofessionelle forvelte om mange af de samme udfordringer, jeg havde identificeret i mit indledende arbejde.

De internationale besøg blev valgt ud fra mit kendskab til, hvordan man netop i disse lande over tid har været optaget af netop mit projekts problemstilling. Samtidig er det lande, hvis sundhedsvæsen er sammenligneligt med det danske. Også ved disse besøg var min hensigt at få inspiration til det kommende aktionsforskningsarbejde. Jeg har været på studieophold i Skotland, National Health Service (NHS), Inverness, hvor jeg besøgte flere sundhedsinstitutioner og talte med sundhedspersonaler om, hvilke udfordringer de havde i forhold til samarbejdet på tværs af fag og institutioner. I Sydengland besøgte jeg Primary Care System i Torquay og Brighton, Health Care Professionals, hvor jeg talte med sundhedsprofessionelle ved den kommunale social- og sundhedstjeneste. I Haag, Holland, talte jeg med en praktiserende læge fra en geriatrisk klinik, og ved Tromsø Universitetshospital, Norge, med en klinisk uddannelsesansvarlig, som var involveret i et tværsektorielt udviklingsprojekt. Endelig talte jeg under mit forskningsophold ved University of Victoria, BC, Canada også med sundhedsprofessionelle fra de to sektorer, som kunne fortælle om de helt samme udfordringer i samarbejdet. Resultatet af disse besøg og interviews var således forbløffende ens. Deres oplevelser og erfaringer med udskrivelsesprocessen af ældre patienter kunne på mange punkter sammenlignes med de fortællinger, jeg havde hørt fra mine interviewpersoner. Lighederne overraskede mig. De perspektiver, jeg stødte på, gjorde det tydeligt, at der på tværs af så mange forskellige kontekster alligevel synes at være noget, der fastholder en praksis, som alle tilsyneladende er enige om, er uhensigtsmæssig. Dette understøttede mine forskningsspørgsmål om, hvordan diskursive praksisser både fastholder og fastholdes i måden at tænke problemstillingen omkring udskrivelse på – og er det muligt at forstyrre og forandre den?

**Fem tematikker reduceres til tre**

De fem tematikker/paradokser, som jeg havde analyseret frem på baggrund af det indledende arbejde og diskuteret og problematiseret med praktikere nationalt og interna-
tionalt, blev også diskuteret med projektets koordinationsgruppe. På et møde i koordinationsgruppen arbejdede vi med en billedøvelse, der tog afsæt i min præsentation af de tematikker, der var genereret på baggrund af det indledende arbejde og arbejdet i de fire workshops. I mødet deltog de ledere fra hospitalaet og fra kommunen, som var dem, der var projektets sponsorer og mine vejledere. Formålet med billedøvelsen var at indдрage deres refleksioner over de områder, jeg havde taget med mig fra mit indledende arbejde og fra de fire workshops (Hee Pedersen, 2008a; C. H. Pedersen, 2004). Fx var flere i koordinationsgruppen optaget af den betydning, det havde, at medarbejderne arbejdede ud fra forskellige love: “...det gjorde et stort indtryk på mig, at det havde afgørende betydning for deres samarbejde, at de [medarbejderne] arbejder ud fra hver deres lovgivning” (Koordinationsgruppen 5.5.2014).

Diskussionerne i koordinationsgruppen førte til en yderligere præcisering af aktionsforskningens fokus og til, at jeg nu kunne skærpe mit fokus for det videre arbejde med aktionsforskningsgruppen og koncentrere mig om tre spørgsmål:

1. Hvad betyder det for kommunikationen imellem de sundhedsprofessionelle, at de taler om “et patient-helhedsperspektiv”, hvor pleje, behandling og træning står i centrum og bliver set ud fra patientens behov og ønsker, når der samtidig synes at blive kommunikeret ud fra en monofaglig og sektororienteret forståelse af patientens situation?

2. Hvilke konsekvenser har det for kommunikationen imellem sundhedsprofessionelle, at de skal kommunikerere, dokumentere og forvalte deres faglige ansvar gennem på forhånd givne dokumentations- og aftaleregler?

3. Hvilken betydning har det, at de sundhedsprofessionelle taler om nødvendigheden af gensidig tværfaglig og tværsекторiel kommunikation, samarbejde og dialog, når det ser ud til overvejende at foregå som udveksling af monofaglige, sektororienterede og afsenderorienterede elektroniske informationer?

Med disse tre spørgsmål vandrede jeg videre til aktionsforskningsforløbets anden del, hvor de kollaborative processer med de sundhedsprofessionelle for alvor gik i gang.
Aktionsforskning, fase II


Workshops

Med afsæt i de temaer og spørgsmål, som analysen havde rejst, planlagde jeg tre workshops på tværs af sektorer for medarbejdere og én workshop for en gruppe af afdelingsledere. Min intention med workshoppene var endnu engang at kvalificere min forståelse af feltet og et forsøg på at sætte min egen forforståelse i spil og at diskutere mine overraskelser og min undren med de sundhedsprofessionelle. Jeg gik så at sige fra ét jeg-har-set-og-forstået-perspektiv og gennem workshoppens kollaborative processer til ét vi-ser-og-forstår-sammen-perspektiv, som inkluderede forskellige former for viden og forståelser af, hvordan det var passende at tale om og forhandle samarbejdet og kommunikationen på tværs. Men samtidig var workshoppene også et forsøg på at skabe et utopisk frirum (B. S. Nielsen & Nielsen, 2010), hvor deltagerne kunne diskutere deres bekymringer, forestillinger og drømme om, hvordan de på tværs af sektorerne om muligt ville kunne skabe nye samarbejds- og kommunikationspraksisser om patienternes
udskrivelse, som var mere hensigtsmæssig end den eksisterende. Jeg var især optaget af, at workshoppene skulle udgøre et socialt rum, hvor vi sammen og gennem kreative processer kunne udfordre og forstyrre fastholdende og fastholdte forståelser af, hvad der blev betragtet som en passende tværsektoriel kommunikationspraksis. Ved at arbejde sammen om *et fælles tredje* tog vi afstand fra de normative diskussioner, som ofte førte til magtkampe om, hvem der havde mest ret og magt til at definere *det passende*. Deltagerne blev således i workshoppene inviteret ind i et frirum, hvor det var legalt at arbejde med nye muligheder og betingelser for samarbejdet, og dermed blev det også muligt at rejse en kritik af deres eksisterende praksis. Det fik en afgørende betydning for arbejdet i workshoppene, at kritik ikke blev lukket ned, og at det ikke handlede om, at det var dem, der som individer bar skylden for det dårlige samarbejde og den dårlige kommunikation, og at det derfor var dem, som kunne løse problemstillingen. Som én af deltagerne sagde efter en workshop: ”...jeg troede, vi skulle lære at tale bedre sammen og at være positive over for hinanden. Det har været godt at få talt om vores forskelligheden. *Nu er der mere, jeg bedre forstår om udskrivelsen*” (Workshopdag 9.4.2014). Denne udtalelse vidner om, at det i workshoppene lykkedes at skabe et anderledes rum, hvor der også var plads til kritik og forskellighed.

Begrundelsen for at arbejde med workshopgenren og med et bredt udsnit af praktikere var også at få fat på de forståelser af viden, som problemstillingen repræsenterer. Man kan med Bacchis analytiske greb ”*What the problem represented to be?*” (Bacchi, 2014) sige, at jeg forsøgte at få fat på, hvad det er for forståelser, der ligger i repræsentationen af problemet ved at identificere de logikker, der lå i deltagernes formuleringer. Jeg satte forskellige vidensformer i spil i de fire workshops for at få fat i denne problemforståelse, og jeg var meget optaget af at identificere de former og udtryk, udskrivelssituati- onen blev talt frem igennem, også for at kunne bringe så mange detaljer og diskussionstemaer som muligt med ind i aktionsforskningsgruppens arbejde. Ved at foretage disse diskussioner i fællesskab bliver det, som Nielsen fremhæver, netop ikke mig som forsker, der alene stiller de arbejdsspørgsmål, som gruppen skal arbejde med, men dem der udformer temaet og projektets horisont (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005:156). Ved at deltagerne blev inviteret ind i udformningen af problemformuleringen og under work- shoppene udviklede en gensidig anerkendelse af forandringsbehovet, håbede jeg at


I den fjerde workshop deltog de ledere, der havde et direkte ledelsesansvar over for de deltagende sundhedsprofessionelle og ledere, der indgik i de ledelseseams, som hospitalsafdelingen og hjemmeplejeområdet indgik i. Der var flere grunde til, at lederne blev involveret i forløbet. For det første havde flere af dem tilkendegivet, at de var meget interesserede i projektet, og at de meget gerne ville deltage i workshoppene. Det havde jeg i første omgang afvist, fordi jeg ønskede at skabe et frirum i workshoppene, hvor de sundhedsprofessionelle kunne diskutere problemstillingen uden deres leders deltagelse. Jeg forudså, at hvis lederne deltog, ville det skabe helt andre videns- og magtrelationer, som måske kunne forstyrre den umiddelbarhed og nysgerrighed, jeg oplevede, de ansatte på hospital og i kommunen havde over for hinanden. Ved at fravælge ledernes deltagelse var det mit håb, at vi kunne sætte en midlertidig parentes om de formelle ledelseskrav, magt- og positioneringskampe og udelukkende koncentrere os om problemstillingen, som den erkendes og opleves af medarbejderne – vel vidende, at der selvfølgelig altid er magt- og positioneringskampe i gang (Foucault, 1980b). Men det blev klart for mig, at lederne ofte blev inddraget i problematiske udskrivelsessituationer, og at også deres kommunikation og samarbejde på tværs af sektorerne havde betydning for de sundhedsprofessionelles forståelse og handlemåder. Desuden fandt jeg det vigtigt for gennemførelsen af de forslag, som aktionsforskningssgruppen senere ville gennemføre, at ledelsen var godt orienteret om projektet, og at de kunne bakke op om implementeringen. Det er, som jeg tidligere har fremhævet, en balance mellem at tilgodesese ledelsens interesse og projektets uafhængighed (D Coghlan & Brannick, 2014). Derfor besluttede jeg at invitere lederne til en særskilt workshop. Det viste sig at være en god prioritering, især fordi lederne var optaget af helt andre perspektiver end med-
arbejderne. Lederne var mere optaget af, at der var nogle institutionelle betingelser som korte indlæggelsestider, økonomi og lovgivning, som skulle overholdes, ligesom de ikke havde samme kritik af systemet som medarbejderne.

Jeg havde ved alle workshops en assistent med, som skulle hjælpe med logistikken og med at faciliterere processerne. Hensigten var også at sparre med mig, give respons på og stille mig kritiske spørgsmål. Også her var begrundelsen, at jeg med min indforståethed som sygeplejerske og tidligere hospitalsansat alt for let kunne forstå og være enige med grupperne og dermed overse pointer og ikke give alle mulighed for at komme til orde, som jo var min primære hensigt. På de sidste to workshops var det min assistent, som faciliterede den fælles opsamling og det reflekterende teamarbejde. Også dette gav mulighed for, at der kunne blive stillt nogle andre spørgsmål. Det blev tydeligt, at assistenternes forskellige baggrunde havde betydning for, hvordan de blev hørt, og i hvilken grad de fik adgang til de sundhedsprofessionelle. Fx var det tydeligt, at jeg og den anden med en sundhedsfaglig baggrund kunne stille provokerende spørgsmål, som ikke blev ignoreret, hvorimod den facilitator, som ikke havde en sundhedsfaglige baggrund, synes at blive overhørt.

**Workshoppeltagere**

Ofte er det vanskeligt at rekruttere deltagere til et aktionsforskningsprojekt, fordi aktionsforskning er et tidskrævende arbejde, som typisk forløber over en længere periode (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005; Olesen & Pedersen, 2008). Dette projekt forløb over ca. ét år, og der deltog i alt ca. 60 medarbejdere i løbet af projektets tre faser. Som allerede nævnt var der til dette projekt på forhånd fra ledelsen prioriteret tid til, at medarbejdere fra begge sektorer kunne deltage. Deltagerne til workshoppene blev udvalgt på forskellige måder. Et sted var der et opslag om workshoppene, så medarbejdere kunne skrive sig på en liste, andre blev udvalgt af den nærmeste leder. Men på trods af, at der var afsat midler til projektet, viste det sig alligevel at være vanskeligt at få deltagere nok til alle workshopdagene. Det betød, at jeg mellem de tre workshops havde kontakt med både ledere og medarbejdergrupper på flere møder, hvor jeg orienterede om aktionsforskningsprojektet og hensigten med de tre workshops (Bilag 6). Det viste sig at være afgørende for tilmeldingen, at jeg havde haft min gang på hospitalet, hvor jeg havde mødt de forskellige personalegrupper flere gange. Projektet var genkendeligt for

Min bekymring viste sig at være ganske ubegrundet. Der var på alle tre dage hurtigt en god energi og et stort engagement også fra hjemmeplejens ansatte. Jeg har noteret i min logbog:

"Efter pausen er der stadig en rigtig god energi i gruppen. Jeg læser casen op og kan "høre", at de smiler og nikker, og de udbryder spontant efter min op- læsning, at den er helt realistisk og taget lige ud af deres dagligdag" (Logbogsnotat, 9.4.2014).

Jeg havde også udvalgt en række personer til at deltage i workshoppene, som ikke var direkte involveret i selve udskrivelsessituationen, men som havde en anden relation til problemstillingen alligevel. Det var fx riskmanager-konsulenten, der i sit arbejde modtager og behandler de mange indberetninger (utilsigtede hændelser) om problematisk

_Forskersubjekts mange positioner_

Under workshoppene havde jeg et væld af forskellige positioner (Davies & Harré, 2014:8). Positioner som jeg selv bevidst indtog, men også positioner som andre place-rede mig i. Jeg positionerede mig blandt andet som vært, facilitator, forsker, sygeplejerske og som menig ligeværdig deltager. I min position som workshopvært var jeg den, der indkaldte, havde arrangeret det praktiske og havde lavet dagens program. Jeg var den, der bød velkommen, kunne svare på praktiske spørgsmål, arrangere mad etc. Samtidig instruerede og faciliterede jeg i langt de fleste situationer gruppernes arbejde. Min position som forsker var tydelig fra starten, dels ved at det første, jeg gjorde, var at præsentere den første del af aktionsforløbet. Desuden fremhævede jeg, at workshopa-

Workshopdesignmetoder
Disse workshopsdesign var ikke udviklet sammen med deltagerne, men af mig alene. Intentionen var at skabe et midlertidigt frirum i forhold til hverdagslivet, som var en anden måde at være sammen om at tale om de udfordringer, som netop de oplevede i forbindelse med patienternes udskrivelssituation. Det var at forsøge at skabe et socialt rum, som med Nielsens ord kunne overskride hverdagens pragmatiske og ofte lukkede horisonter (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005:174). Et rum hvor deltagerne på tværs af sektorerne kunne komme til orde uden at føle sig pressede eller ekskluderede. For at kunne skabe dette frirum var det også afgørende, at vi var et neutrutalt sted, et sted som deltagerne havde lige adgang til, og hvor den ene part ikke følte sig mere hjemme og i værtsrollen end den anden. Dagene blev derfor afholdt på en nærliggende kursusejendom, hvor der også var plads til, at vi både kunne arbejde i grupper, være i fællesrum og kunne arbejde kreativt ude og inde.

Præsentation af projektet og min tilgang og deltagelse
Efter en kort præsentationsrunde blev alle workshops indledt med min præsentation af projektets kontekst, problemstilling, den metodiske tilgang og de temaer/paradokser
og spørgsmål, som jeg havde analyseret mig frem til gennem det indledende arbejde. Som et væsentligt element introducerede jeg projektets videnskabsteoretiske afsæt, fordi jeg vidste, at deltagerne med rødder i en sundhedsvidenskabelig tilgang til forskning (og dermed andre grundantagelser i forhold til, hvad det ville sige at forsker) måske ikke vidste noget om aktionsforskning som forskningstradition. Fx havde jeg ved tidligere præsentationer af projektet mødt spørgsmålet om, hvordan jeg selv kunne være involveret i forskningsprocessen uden at ”forurene” mine data. Et sådant spørgsmål tager afsæt i den naturvidenskabelige forskningstraditions ideal om, at forskeren skal objektivere sit forskningsfelt og ikke involvere sig i processen. Det var således afgørende for mig, at workshopdeltagerne forstod mit anderledes tankesæt. Præsentationen blev derfor en balancegang, hvor jeg var meget opmærksom på ikke at blive for teoretisk i min præsentation, men samtidig vise at aktionsforskning er en anerkendt forskningstilgang. Fx skriver jeg i min logbog:

(Logbogsnotat 9.4.2014).
Karins udtalelse fik mig til at overveje, hvor vigtig den teoretiske del af præsentationen var for deltagerne. Måske var den i virkeligheden vigtigst for mig. Denne refleksion betød, at jeg forkortede den teoretiske del ved de efterfølgende workshops.

Med afsæt i mine forskningsspørgsmål, som kredser om de analytiske begreber, viden og magt, diskurs og institutionelle vilkår og betingelser, forsøgte jeg på de fire workshops at etablere et fælles tredje. Hensigten var at etablere en platform, hvor det ikke handlede om, hvem der gjorde hvad og hvorfor, eller en normativ forståelse af hvem der gjorde det rigtige, men om at vi sammen skulle skabe fælles forståelser af, hvordan samarbejdet og kommunikationen om muligt kunne foregå omkring udskrivelsen af ældre patienter. Denne platform gjorde det muligt for os at forholde os kritisk reflekterende til de institutionelle rammer og vilkår. Begrebet ’det fælles tredje’ låner jeg fra Nielsen, som i sin kritiske utopiske aktionsforskningsteori netop taler om betydningen af at etablere et midlertidigt frirum ved at skabe "... et socialt rum – et produktionsrum –

Lær hinanden at kende øvelser


Gruppearbejde og fremlæggelser i plenum

På de tre workshopdage arbejdede vi med tre forskellige fortællinger, som var konstrueret ud fra mine oplevelser i deres praksis gennem mine interviews med de to ældre patienter, pårørende, dem selv og deres kolleger kombineret med den viden, min analyse af vigtige og problematiske dimensioner i patientudskrivelsen havde givet. På baggrund af dette empiriske materiale havde jeg konstrueret tre fortællinger om tre fiktive patienters udskrivelsessituation. Jeg har som sagt med inspiration fra etnografisk narrativ metode fremstillet fortællingerne ud fra det, Holliday (2016) og Agar (1990) benævner som ‘creative nonfiction’. Ved at bruge denne fortælleform rekonstruerer jeg det empiriske materiale som en slags narrativ analyse, og jeg lader som ‘forfatter’ de centrale pointer træde tydeligt frem. Som ‘forfatter’ viser jeg situationer, der er genskabt for læseren, så hun/han kan se, høre, smage og mærke, lytte til dialo-
gen og føle den emotionelle tone, og som Agar fremhæver: ”...the scenes are real, not imagined” (Agar, 1990, 77). Fortællingerne er således analyser, der er informerede af deltagernes egne repræsentationer af problemer omkring udskrivelssessitationen. Der er et slags dobbelt repræsentationsarbejde på spil, som udfordrer forestillingen om, at repræsentationer afspejler ‘virkeligheden’. At lade analysen fra det indledende arbejde være repræsenteret igennem fortællingerne gav mig også mulighed for at skabe en fælles platform med eksempler fra deres hverdag, som de kunne genkende, men som var anonymiserede og slørede, så det netop ikke var deres egne konkrete handler, der skulle diskuteres. Jeg forsøgte at komme så tæt på problemstillingen som muligt, men samtidig gennem fortællestilen undgå, at de, fordi de kunne genkende fortællingen som ’realistisk’, ville fortabe sig i diskussioner, forklaringer eller forsvare af, hvem der havde gjort hvad rigtigt og forkert i fortællingens situation. Deltagerne blev delt i en hjemmepleje/visitator-gruppe og i en hospitalsgruppe. Mit argument for at opdele grupperne på den måde var, at de dels kunne få en form for tryghed ved at være sammen i egen sektor, og dels at det gav dem mulighed for at udveksle viden med hinanden i egen sektor, da det viste sig, at de faktisk også i egen sektor forstod udskrivelssessitationen forskelligt og havde forskellige forventninger til, hvordan den burde foregå.

Jeg havde konstrueret de tre fortællinger på følgende måde. De havde en kort indledning om patientens situation og derefter en jeg-fortælling af én eller flere personers oplevelser med beskrivelse af, hvordan de handlede i situationen. Fortællingerne var delt i to. Første fortælling handlede om patientens udskrivelssessitation, som den udspillede sig på hospitalet, og den anden fortælling handlede om patientens modtagelse i hjemmeplejen/visitationen.

Fortælling om Johanne Hansens udskrivelse fra sygehuset til eget hjem
Johanne Hansen, som er 88 år, har været indlagt på medicinsk afdeling med en alvorlig lungebetændelse i snart 10 dage. Hun var meget medtaget ved indlæggelsen og husker ikke ret meget fra de første dage. Hun synes, det er gået jævnt ned ad bakke med helbredet i den sidste tid, og hun har været indlagt flere gange, i alt 3 gange inden for det sene år, for urinvejsinfektion, forvirring og lungebetændelse. Johanne bor alene i en pensjonistbolig tæt på et plejecenter.
fyn, og derfor ser Johanne hende ikke så tit. De 3 børnebørn bor i København og kommer af og til på besøg.

**Udskrivelse af Johanne Hansen fra sygehuset**


Jeres opgave er at lave 4 nye fortællinger, hvor I beskriver, hvordan I tror, situationen opleves og ville blive fortalt af:

1) Datteren 2) Visitator 3) Sygeplejersken 4) Terapeuten

**Modtagelse af Johanne Hansen i eget hjem**


Social- og sundhedsassistent Louise banker på, venter lidt på svar, og da ingen svarer, går

Der bliver efterfølgende lavet indberetning af en utilsigtet hændelse, hvoraf det indberettes at

1) patienten kom ikke hjem til den aftalte tid,
2) hun har ikke medicin eller recept med hjem som aftalt
3) patientens fysiske tilstand synes at være meget dårligere end oplyst til visitor.

Jeres opgave er at lave 4 nye fortællinger, hvor I beskriver, hvordan I tror, situationen opleves og vil blive fortalt af: 1) Social- og sundhedsassistenten 2) Hjemmesygeplejersken 3) Risk manager.

Fig. 4. Fortælling om Johanne Hansen

Som det fremgår af ovenstående, var gruppernes opgave, at de skulle konstruere fire nye fortællinger, som var deres bud på, hvordan de forestillede sig, at udskrivelssituatationen blev oplevet og kunne fortælles af fx hustru, visitorator, sygeplejerske eller terapeut. De fire nye fortællinger præsenterede de så for hinanden som en del af eftermiddagens program. Igen søgte jeg at konstruere en platform, som ikke var knyttet til dem som personer, men til de oplevelser og den viden, de konstruerede i relation til fortællingen.

Ditte [fors]Så er der det med sygeplejersken. Hvad tænker hun?
Signe [Kom]: vi har skrevet, at der er stor utryghed, og sygeplejersken er egentlig utilfreds med at være tvunget til at skulle udskrive patienten nu. Og så har vi skrevet, at Bente måske skulle overveje, at hvis der var en aflastningsplads, så var det noget nemmere. Hun har et stort behov for at kontakte hjemmplejen for at sikre, at den hjælp, der nu er aftalt, bliver sat i værk. Bente ville måske have, at borgeren skulle have det her nødkald, så hun
var sikker på, hun kunne få hjælp. Slut.
Ditte [forsk]: interessant, synes jeg, fordi der bliver sagt fra jer i kommunen, at Bente tænker aflastningsplads – og nødkald – tænker I, at sygeplejersken inde på sygehuset tænker på det?
Signe [Kom] nej ikke direkte sådan. Jeg vil ikke sige, at Johanne er dårlig nok til aflastning, jeg ville sige, hun skulle have et par dage mere til lige at komme til kræfter efter denne lungebetændelse, og kunne hun formentlig udskrives til egen hjælp, måske med lidt ekstra.
Ditte [forsk].: men I tænker: nå, men sygeplejersken ville nok have tænkt sådan. For hun tænker for at prøve at løse.
Signe [kom] ja, for at komme sin egen usikkerhed til livs, fordi hun er utilfreds med de vilkår.

Fig. 5. Eksempel på gruppefremlæggelse, workshopdag 1.4.2014

Fortællingen og eksemplet på ”de nye” fortællinger viste delte meninger om, hvordan de forstod situationen, men også om deres forforståelse af, hvordan ”de andre” i den anden sektor, patienten eller den pårørende forstod situationen. Denne øvelse gav mig et uvurderligt indblik i både, hvad det er for en viden, de trækker på i forskellige situationer, og hvad det var for selvfølgeligheder, der blev udvekslet, og hvilke der forblev tavse, men som så blev forstyrrede af de andres fortællinger, spørgsmål og forståelser. Efterfølgende diskuterede vi gruppernes ”nye” fortællinger i plenum. Det gav anledning til megen latter, overraskelser, ahahoplevelser og udveksling af idéer og forslag på tværs af fag- og sektorgrenser. Som det fremgår af mit logbogsnotat:

Det var tre workshopdage, hvor de ikke kun fik diskuteret deres egen sektororienterede forståelse, men også deres forståelse af, hvordan deltagerne i den anden sektor tænkte og forventedes at agere i deres institutionelle setting i forhold til udskrivelsesprocessen. Ved at arbejde med fortællingerne var der mange gange, hvor deltagerne spontant udbrød:

”ejj jeg vidste ikke, at I i visitationsvagten ikke kender borgeren” ...eller
”nu kan jeg bedre forstå, at det vigtigt, at hjemmeplejen præcist ved, hvilket
tidspunkt patienten kommer hjem på”, ”jeg troede, at medarbejderne også var til rådighed for borgerne, selvom de var indlagte” – og ”nu kan jeg godt forstå, at det er svært for jer at overholde udskrivelsetiderne, når lægen først udskriver patienten efter kl 13”. (Workshopdag 1.4.2014).


**Reflekterende teamøvelse**

Jeg lyttede. På tredje trin blev jeg stillet spørgsmål til mine refleksioner over deltager-nes refleksioner over mine refleksioner – og til, hvordan jeg kan tage det med videre i projektet. Det var en interessant øvelse, hvor de spørgsmål, de stillede, kom til at repræsentere deres forståelse af, hvad de anså som væsentligt, samtidig med at jeg også i mine svar kom til at repræsentere mine forståelser. Det viste sig dog også at være en svær øvelse, fordi jeg havde svært ved at finde ro og forholde mig til en form for anden ordens perspektiv, hvor jeg skulle metareflektere over dagens udbytte samtidig med at være vært, facilitator og forsker. "Jeg synes også, det var svært sådan hurtigt at forholde mig til forløbet og komme med mit bud på, hvad jeg har lært. Jeg synes, opsamlingen var svær." (Logbogsnotat 1.4.2014)

Workshop for ledere

Præsentation af projektet
Som ved de første tre workshops indledte jeg også lederworkshoppen med en præsentation af projektet og de foreløbige analyser. Jeg vidste gennem deres tidligere tilkendegivelser, at de var meget interesserede i aktionsforskningsprojektet og så det som en model, de måske ville kunne bruge i fremtiden, ligesom flere havde et godt kendskab til
projektet i forvejen. Også her var jeg opmærksom på både at positionere mig som forsker og som en erfaren sygeplejerske. Præsentationen gav anledning til en interessant diskussion om, hvordan de som leder var underlagt forskellige regler og krav til fx at overholde budgetter.

**Billedøvelse**


Efterfølgende diskuterede gruppen deres billeder med den anden gruppe. Også i denne workshop kom det frem, hvor lidt de egentlig vidste om hinandens praksis, og hvor
overraskede de blev over de vilkår, de var underlagt i de forskellige sektorer. Fx utalte en af lederne fra kommunen:

”...hvis vi får betaling...altså hvis der kommer penge ind i dette system om udskrivelsen, hvis samarbejde om udskrivelse var en ydelse, som mine medarbejdere fik penge for, så tror jeg ... altså en måde at bruge systemets logik på. Det er et vilkår. Jeg kan ikke komme ud med et underskud på 700.000. Der skal en pose penge til (Workshop for ledere 30.4.2014).

Denne udtalelse fik en kraftig reaktion især fra hospitalsgruppen, der oplevede det som grænseoverskridende at inddrage det økonomiske aspekt som argument for at prioritere det gode samarbejde: ”...man får kvalme, især fordi du skal tænke borgeren i centrum og ikke økonomien i centrum”. Det blev tydeligt, at hvor hospitalsgruppen var optaget af hurtige, effektive udskrivelser af patienter, der kan færdigbehandles i eget hjem, så er primærgruppen optaget af, om det er en ydelse, borgeren har krav på eller ej. Udsagnene kom til at repræsentere forskellige forståelser af patientens udskrivalsesproces, som jo også får betydning for, hvordan lederne taler med deres medarbejdere om problemstillingen.

Analyse II

Alle workshops blev lydoptaget – både gruppernes arbejde, de fælles opsamlinger i plenum samt de afsluttende reflekterende teams. Jeg har valgt ikke at transskribere denne del af aktionsforskningsforløbet, primært af tids- og ressourcehensyn. Jeg gennemlyttede optagelserne flere gange og gjorde notater undervejs. Analysestrategien vokser ud af mine to forskningsspørgsmål, ligesom jeg inddrog min viden fra analyse I i min måde at stille de analytiske spørgsmål til denne fase på. Min anden analyse står på den måde oven på den første og er generativ (Kvale & Brinkmann, 2008b; Tanggaard & Brinkmann, 2010). Desuden inddrog jeg mine logbogsnotater fra workshoppene i analysearbejdet.

Også i arbejdet med analyse II startede jeg ud med at lave en kvalitativ indholdsanalyse, hvor jeg forsøgte at holde mig åben over for de elementer, som de sundhedsprofessionelle talte om som væsentlige og betydningsfulde for deres tværsektorielle samarbejde. I mine gennemlytninger af workshoppenes lydbånd, både de gruppeoptagelser som jeg ikke havde deltaget i og plenumdiskussionerne, var jeg på jagt efter, hvordan de sundhedsprofessionelle talte om udskrivalsesprocessen i fortællingerne, hvilke te-
maer, problemstillinger og spændinger der blev artikuleret – og hvorvidt der kom po-
inter og nuancer frem, som jeg ikke havde set i mit indledende arbejde i fase 1.

Allerede efter første workshopdag havde jeg skrevet i min logbog:

"Det var overraskende få nye perspektiver, som var forskellige fra det, jeg
selv havde identificeret i den indledende del. Det er på en måde dejligt, at jeg
så at sige er på rette spor, men jeg er også usikker på, hvorfor der ikke kom
mere nyt frem. (Logbogsnotat 1.4.2014)

Der kan være flere grunde til min oplevelse af, at der ikke kom mange nye pointer frem.
Dels havde jeg udarbejdet de tre fortællinger ud fra mine analyser fra det indledende
arbejde i deres praksis, og dermed gjort mig umage for, at fortællingerne skulle inde-
holde flest mulige dilemmaer og spændinger fra den fælles praksis. Dels havde jeg som
sygeplejerske og tidligere ansat på hospitalet konkrekt indblik i, hvad problemet synes
at handle om, og dermed en ret klar formodning om, hvad problemstillingen omhand-
ledes. Flere deltagere gav udtryk for, at de konstruerede fortællinger var `spot on´. En
anden mulig forklaring kunne være, at diskurserne om, hvad problemet er, er så stærke
og indforståede, så det var umuligt for både dem og mig at bryde med den virkeligheds-
forståelse, vi er fanget ind i.

Analysearbejdet var informeret af de to forskningsspørgsmåls centrale begreber: 1) Viden, altså hvilke forskellige forståelser og vidensformer, som kom frem i arbejdet
med fortællingerne 2) kommunikation og samarbejde om udskrivelsen, altså hvordan
blev der i arbejdet med fortællingerne talt om det tværsektorielle samarbejde, og hvil-
ke forskellige forståelser synes at skabe spændinger og dilemmaer 3) magt og posicio-
nering med fokus på hvilke magtpositioneringer som trådte frem, hvilke antagelser
deltagerne synes at have om den anden sektor, og hvilke diskurser der synes at fremme
og hæmme det tværsektorielle samarbejde.

I nedenstående fremlægger jeg kort analysens resultater inden for de tre områder.
Formålet med analyse II var tosidet. Dels indgik resultaterne i det videre aktionsforsk-
ningsarbejde i projektets tredje fase (aktionsforskningsgruppen), dels har jeg trukket
på analyseresultaterne i mine artikler, som er udarbejdet på baggrund af det samlede
empiriske materiale.
Forskellige vidensformer er i spil


Arbejdet i workshoppene viste, at hospitalspersonalet ikke kendte til visitationens standardskemaer, og at de ved at dele denne viden med hinanden pludselig fik en forståelse af, hvorfor visitatoren stillede netop disse spørgsmål. Konkret resulterede denne indsigt i, at visitatorennes standardskema blev formidlet til hospitalsaftelingerne. De sundhedsprofessionelle på hospitalet var meget optagende af hurtigt at få patienten udskrevet. Det var ofte, når den medicinske behandling ikke længere krævede indlæggelse, fx når patienten selv kunne indtage sin medicin i tabletform. Hjemmeplejens oplevelse var, at patienterne ofte blev alt for hurtigt udskrevet, når de stadig havde et stort plejebehov, selvom deres behandling kunne foregå hjemme. De oplevede ligeledes, at den information, de modtog om patienterne, primært handlede om den medicinske behandling. Hjemmeplejen følte ikke, at de fik den nødvendige information om patientens samlede situation, når denne skulle hjem efter behandling.

Analysen viste således, at sundhedsprofessionelles forskellige forståelser af udskrivelsesprocessen synes at være indlejet i arbejdsmетодikker, lokale rutiner, speciale/diagnose og økonomiske rationaler – langt mere end det sammenhængende, tvar-
faglige og helhedsorienterede patientperspektiv, der blev talt så meget om, og som af de sundhedsprofessionelle selv blev betragtet som den rigtige måde at forstå situationen på.

Kommunikation og samarbejde om udskrivelsesprocessen

Workshoppene viste ligeledes, at it-kommunikationssystemet synes at medproducenter ændre (begrænsede) måder for de sundhedsprofessionelle at kommunikere på, når patienten udskrives eller indlægges. De synes, at det er afgørende for kommunikationen, at de sundhedsprofessionelle faktisk kan komme i kontakt med hinanden og kan etablere relationer og derigennem udvikle en gensidig forståelse for hinandens praksis. Begge sektorer oplevede, at de informationer, de sendte til hinanden, var mangelfulde, og at det var problematisk, at der ikke var mulighed for dialog. Ofte resulterede de kortte beskeder i misforståelser eller mistroiskhed.

Magt og positionering

De formelle og velkendte magtpositioner imellem sundhedsprofessionelle i sektorerne synes at være under forandring. Det var tydeligt, at de regionale sundhedsaftaler og krav om hurtige udskrivelser pressede de sundhedsprofessionelle og udfordrede de eksisterende, måske kunne man endda sige de ’tidligere’ professionelle (magt)positioner. De sundhedsprofessionelle oplevede, at det ikke længere var lægen, der kunne beslutte udskrivelses tidspunktet. Dette var i høj grad knyttet til, at de regionale tidsaftaler var overholdt.

Ligesom mine refleksioner og analyser af det indledende arbejde danner det indholds- mæssige afsæt for de fire workshops, jeg her har analyseret, bragte jeg den samskabte viden fra de fire workshops ind i fase III. Med rygsækken fuld vandrede jeg således videre til arbejdet i aktionsforskningsgruppen, hvor jeg fik følgeskab af seks engagerede og spændte sundhedsprofessionelle aktionsforskere.
Aktionsforskning, fase III


En kritisk utopisk aktionsforskningsproces


Aktionsforskingsgruppen, valg og deltagelse
Udvælgelsen af personer til aktionsforskingsgruppen blev foretaget af medarbejdernes nærmeste leder. Jeg havde talt med lederne om, at et væsentligt udvælgelseskritérium var, at de udvalgte var interesserede i projektet, at de havde forskellige faglige baggrunde – og at de gerne måtte have deltaget i én eller flere af forårets workshops. Min begrundelse for at inddrage lederne i valget af deltagerne var, at de som leder havde et indgående kendskab til personalegrupperne. Der kunne være særlige hensyn, der skulle tages, som jeg ikke havde indsigt i. Dels kunne de enkelte medarbejdere have særlige kvalifikationer og kompetencer, eller det kunne være personer, som lederne mente var anerkendte i personalegruppen, som betød, at de havde en legitimitet, og som kunne få betydning for gennemførelsen af de eksperimenter, som vi ville afprøve i forløbet. Netop udvælgelsesaspektet kan i aktionsforskningen være fyldt med spændinger, fordi der både medarbejdere imellem og i relationen mellem leder og medarbejdere kan være mange interesser i spil. Det vidste sig også i mindst ét tilfælde, at der
Ledernes valg af deltagerne foregik på forskellige måder på hospitalsafdelingen og i kommunen. På hospitalet foregik valget ved, at afdelingssygeplejersken præsenterede projektet til et personalemøde, hvorefter medarbejderne kunne melde sig, hvis de var interesserede. Dermed blev det sikret, at der, der meldte sig, havde en reel interesse i at deltage og oplevede, at temaet var væsentligt for dem (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005).


I den kommunale sektør blev de to deltagere fra hjemmeplejen udpeget og valgt af nærmeste leder. Visitatoren fra den kommunale visitation havde selv tilkendegivet, at hun ønskede at deltage i projektet, fordi hun var blevet meget optaget af diskussionerne i én af forårets workshops, som hun havde deltaget i. Deltagerne havde forskellige faglige baggrunde; de var social- og sundhedshjælper, sygeplejerske, visitator og fysioterapeut. Fire ud af de seks havde deltaget i det indledende workshoparbejde.

Man kan argumentere for, at jeg med denne udvælgelsesprocedure bryder med idealet i den kritiske utopiske aktionsforskning (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005:156) om, at det er deltagerne, der melder sig direkte ind i et projekt, motiveret af håbet om forandrings, der kan føre til forbedringer i deres konkrete hverdag. Men på den anden side vægtede jeg det faglige argument om, at aktører med forskellige vidensbaggrunde var centrale, fordi de hver især ville kunne bidrage med forskellige tilgange til problemstillingen og

Det var også her bemærkelsesværdigt, at de allerede efter få dage omtalte aktionsforskningsgruppen som et ‘vi’. Der skete altså hurtigt et brud med en forståelse af at se sig selv som én, der repræsenterede en faggruppe eller en sektor – det havde mindre betydning end det fællesskab og fælles forståelseskontekst, som gruppen nu skabte i det "utopiske rum". Som forsker blev jeg bekræftet i det, jeg allerede havde oplevet under de indledende workshops, at det at være sammen i kollaborative processer på tværs af fag og sektorer om et fælles tredje, var frugtbart for både den enkelte og for det fælles ønske om at løse fælles konkrete problemstillinger.

Forskersubjekt og medforsker


Ved evalueringsworkshoppen talte vi om, hvilken betydning det havde haft for processen, at jeg var en slags insiderforsker:


Udtalelsen stemmer også overens med min oplevelse, som måske bedst kan beskrives, som at jeg gennem processen netop havde en stemme som "den deltagende formand" eller tovholderen på processen. Der er her værd at forholde sig kritisk til, om det overhovedet er muligt at deltage på lige fod i processer som denne. Og om ansvar nogensinde deles lige. Denne problemstilling diskuteres ofte i kollaborativ forskning (se fx Olesen & Pedersen, 2013; Olesen, 2011), hvor det altså ikke kun handler om, hvordan
forholdet mellem forsker-medforsker eller, projektejer-projektdeltager er, men også
om hvorledes de konkrete positioner udfolder/udvikler sig i processen, og hvilken dy-
namik tovholderpositionen udvikler sig i.

Udvikling af procesdesign og forbedringsforslag
Tid og deltagelse

Til projektet var der aftalt et max. forbrug på 100 timer til hver deltager. I alt blev det
omkring 13 hele arbejdsdage i perioden mellem september 2014 til februar 2015. Da
aktionsforskningsprojektet var en del af et ph.d.-projekt, måtte det gennemføres inden
for en afgrænset tidsperiode, og tidsdimensionen var også en grund til, at planlægning
og tovholderfunktionen lå på mine skulder. Da vi mødtes første gang, havde jeg udar-
bejdet et forslag til, hvordan vi kunne organisere dagene. Otte fastlagte datoer havde
jeg meldt ud på forhånd, fordi jeg vidste, at det både i en sygehusverden og i den kom-
munale hjemmepleje kunne være svært for deltagerne at finde konkrete datoer mellem
vagter, fridage og andre projekter og lykkes med, at alle ville kunne deltagte. Det viste
sig at være en god strategi, som rent faktisk sikrede deltagelse. Der var kun én af delta-
gerne, der blev forhindret én enkelt gang – ellers deltog alle hver gang. Jeg mener også,
det er et udtryk for, hvor vigtigt emnet og processen var for deltagerne i aktionsforsk-
ningsgruppen. Det engagerede dem personligt, de prioriterede det, og det var tydeligt,
at det fællesskab, som blev opbygget i aktionsforskningsgruppen, havde stor betydning
for dem. Min udmelding af dagene var med det forbehold, at vi undervejs kunne ændre
og rykke rundt på dagene, så det passede bedre i forhold til vores design og planlæg-
ning. Jeg lagde dermed op til, at det var et fælles anliggende at beslutte, hvordan vi ville
organisere de enkelte dage og ligeledes, hvor de skulle foregå. Fem af dagene blev af-
holdt i et lokalt medborgerhus, som var et neutralt sted for alle deltagerere, også for mig.
To dage var vi i henholdsvis det involverede hjemmepleje-område og på hospitalsafde-
lingen. Den sidste dag var vi i et af hospitallets mødelokaler, som ikke direkte havde
forbindelse til den hospitalssæde, som deltog. Jeg havde lavet program for de første
to dage. Planlægningen af de øvrige dage foretog vi i fællesskab fra gang til gang, ud fra
hvad der gav mening. I perioderne mellem mødedagene arbejdede aktionsforsknings-
gruppen i henholdsvis kommune og på hospital, og jeg deltog i flere af deres arrange-
menter, som de selv afholdt med deres kolleger. Nedenstående kalender viser både
vores fællesmødedage og de dage hvor vi præsenterede vores forslag.
**Fig. 6 Kalender over aktiviteter**

**Oplæg, artikkelæsning og inddragelse af eksperter**

Jeg præsenterede resultaterne fra de to analyser fra fase I + II. Jeg gennemgik også hovedidéerne i aktionsforskning som forskningstilgang for gruppen, så vi kunne opbygge et fælles grundlag at arbejde ud fra. Vi læste og diskuterede indledningsvis en aktionsforskningsartikel om et gennemført aktionsforskningsforløb, og vi lod os i gruppen inspirere af, hvordan andre havde arbejdet med denne forskningstilgang i praksis (Olesen, 2011). Undervejs i processen holdt jeg også oplæg om vigtige politikdokumenter, som fx Sundhedsstyrelsens anbefalinger og den regionale sundhedsaftale. Det viste sig at være en god prioritering at skabe en fælles platform i gruppen og at samle op på projektets indledende faser, ikke mindst fordi to af deltagerne fra hjemmeplejen ikke havde deltaget i nogen workshop på forhånd og på den måde nemt kunne komme til at føle, at de i udgangspunktet var bagud.

Undervejs inviterede vi forskellige fagpersoner ind i aktionsforskningsgruppens diskussioner, fx it-konsulenten fra hospitalen, som havde indsigt i det elektroniske kommunikationssystem, som skulle anvendes i den tværssektorielle kommunikation. Når vi
inviterede ekspertpersoner ind, var det ikke blot for, at hverdagserfaringer og ekspertviden skulle mødes og brydes, men også et forsøg på at vende op og ned på forestillinger om, hvilken viden der er vigtig. Og også forsøge at fastholde gruppens egne tolkninger og erkendelser som det væsentlige for diskussionen (B. S. Nielsen et al., 1999).

Spørgeskemaundersøgelse, fokusgruppeinterview og udvekslingsbesøg

Efter de første dages intensive arbejde nåede aktionsforskningsgruppen frem til, at det var nødvendigt for aktionsforskningsgruppen at inddrage deres kolleger i arbejet. Vores diskussioner førte frem til, at de ved at lave en undersøgelse af egen praksis nemmere ville kunne få deres kolleger involverede i de eksperimenter/forandringsforslag, som de efterfølgende ville igangsætte. Fx fremhævede én af deltagerne:

"Jeg tror...hmm...vi skal have en større involvering af kollegaerne, end at vi afprøver det og siger, at det har vi erfaringer for, og at det er en god idé. Jeg tror, vi skal...et eller andet sted i mit hoved vil jeg starte med at gå tilbage [til kollegaerne] og sige: Vi har udskrivelser, og vi har indlæggelser: Hvordan opfatter I samarbejdet om det? Hvad tænker I fagligt og følelsesmæssigt? Hvad er jeres forventninger? Hvad kunne I tænke jer, blev anderledes og bedre? Og så, når vi så ligesom har indsamlet den viden, så kan vi sige: Okay, det her er de vigtige problemstillinger" (Aktionsforskningsdag 3.9.2014 (4).

fra den anden sektor? Hvad tror du “de andre” har behov for at vide om din praksis?

Hvordan kan du opfylde disse behov?“.


Værkstedsarbejde og Walk and Talk


Fig. 7 Eksempel på vægavis

Kritisk refleksion og forstyrrelse


**Analyse III**

Min tredje analyse er en beskrivelse og analyse af de eksperimenter, som aktionsforskningsgruppen gennemførte. Som Coghlan fremhæver, handler fase 2 om at beskrive, hvordan eksperimenter er blevet implementeret i praksis (David Coghlan & Brannick, 2014a:37-38). Jeg har i ovenstående beskrevet, hvordan vi arbejdede, og har allerede taget fat på analysearbejdet ved undervejs at fokusere på, hvilke betydningsdannelser
de forskellige metoder førte til. De analyser, jeg i dette afsnit trækker frem, er primært knyttet til aktionsforskningsgruppens udvikling og gennemførelse af eksperimenter i praksis. Analyse III er således tæt knyttet til de resultater, som er genereret gennem aktionsforskningsprocessen.

**Resultater genereret af en aktionsforskningsproces**

De analyser, der førte frem til projektets resultater, er tæt koblede til aktionsforskningens diskussioner, eksperimenter og til gruppens dialoger med deres kolleger. Det er altså resultater, der ikke udelukkende er analyseret af en ’enestående’ forsker langt fra den konkrete praksis, men som er diskuteret, forhandlet og anerkendt som relevant i et demokratisk fællesskab undervejs i processen (M. Brydon-Miller, 2006b; D Coghlan & Brannick, 2014). Fordi det har været aktionsforskning, vi har arbejdet med, har vi analyseret både eksperimenter og resultater sammen. Dette gælder for begge typer af resultater. Derfor er de erkendelser, som jeg drager frem og problematiserer i forhold til type 2-resultaterne, også informeret af de fælles analyser, selvom det måske ikke alle steder har været muligt for mig at illustrere hvordan. At trække diskussionerne ind i et akademisk og teoretisk forum er derimod min beslutning og mit ansvar. For at være tro mod vores fælles analyser og resultater har jeg inddraget aktionsforskingsgruppen i læsningen af de dele af materialet, som er blevet en del af mine artikler. Det er her sammenhængen til afhandlingens fire artikler træder frem, fordi artiklerne netop bygger på aktionsforskningens samproducerede viden og erkendelser, og de fungerer som et forsøg på at analysere og diskutere de generede erkendelser i en faglig, offentlig og forskningsmæssig kontekst.

Udvikling og gennemførelse af lokale eksperimenter, type 1

På baggrund af de fælles diskussioner og analysearbejdet i aktionsforskingsgruppen prioriterede gruppen tre områder, som blev anset som centrale for udviklingen af eksperimenter. Hensigten var at udvikle eksperimenter, som skulle kunne bidrage til forandringer i deres tværsektorielle kommunikation og samarbejdet omkring udskrivelsesprocessen. De tre områder blev altså en slags ledetråde for vores arbejde, som vi forsøgte at have med i vores diskussioner.

De tre ledetråde var:

- **Holdninger** til den anden sektor må forandres – og forbedres.
- **Relationer** på tværs af fag og sektorer må styrkes og (gen)etableres.
- **E-kommunikationen** skal forandres, så det bliver muligt at kommunikere **dialogisk**.

"Holdningerne til den anden sektor må forandres – og forbedres"

Det blev meget hurtigt klart for aktionsforskningsgruppen, at de gerne ville arbejde med at ændre både egne og kollegaernes holdninger og forholdemåde i forhold til det tværfaglige- og tværsektorielle samarbejde. Arbejdet med problemstillingen både i workshops og i aktionsforskningsgruppen havde vist, at mange ikke havde hverken indsigt i eller forståelse for, hvordan ‘de andre’ arbejdede i den anden sektor eller under hvilke betingelser. Som én i aktionsforskningsgruppen fremhævede:


Gennem de kollaborative processer, hvor aktionsforskningsgruppen nysgerrigt havde stillet spørgsmål til hinandens praksis, rejste der sig en kritik af de vilkår og betingelser, som gjorde samarbejdet vanskeligt. Samtidig udviklede der sig også en slags ’nysandhed’; en norm, hvor man nu skulle betragte hinanden som en kollega, der arbejdede med samme ’sag’. Gruppens intention var altså at bidrage til udvikling af en praksis og en kultur, hvor det skulle være ’naturligt’ at kontakte hinanden, og hvor man havde mulighed for at kunne besøge hinanden på tværs af sektorerne, fordi man arbejdede med samme ’sag’: „...det vil være en god idé om vi havde mulighed og ressourcer og kunne prioritere at besøge hinanden især i situationer, hvor vi har svært ved at forstå den andens praksis” (Aktionsforskningsdag 11.9.2016).

Det eksperiment, som aktionsforskningsgruppen arbejdede med, var, at de i perioderne mellem de fælles aktionsforskningsdage præsenterede deres idéer til et tættere tvær-
sektorielt samarbejde og udfordrede deres kollegaer på spørgsmålet om, hvad der skulle til for, at de ville betragte medarbejderne i den anden sektor som deres kollegaer og ikke som ’de andre’, der ikke forstår ’noget’. Det blev til uformelle diskussioner kollegaerne imellem, men også til formelle punkter på personale- og grupphemder på hospitalsafdelingen og i den kommunale hjemmepleje. Aktionsforskningsgruppens deltagere var, når de var på deres arbejdssted, selv optagede af at være en slags rollemodeller, som udførte opgaverne på nye måder og altså dermed ’levede’ aktionsgruppens forbedringsforslag. Fx begyndte de at tale om den anden sektors ansatte som kollegaer, der arbejder sammen om det bedste for patienten i udskrivelsessituationen, uanset om denne kollega er på hospital eller i hjemmeplejeregi.

Relationer på tværs af fag og sektorer må styrkes og (gen)etableres
I aktionsforskningsgruppens diskussioner om betydningen af deres tværsektorielle samarbejdsrelationer blev det især klart, hvor vigtigt det var for dem, at de kendte til hinandens praksis og til de kriterier, som var styrede for deres arbejdsudførelse. Et af de eksperimenter, som blev gennemført, var gensidige udvekslingsbesøg. Udviklingsbesøgende gav dem gode muligheder for at få viden og indsigt i den anden sektors praksis. En fra aktionsforskningsgruppen fortæller:


Citatet viser, at det fysiske møde mellem de to repræsentanter ikke kun havde betydning for de to personer, som var involverede i mødet, men at det også havde betydning for efterfølgende samarbejdssituationer med andre personer. Det viste sig også, at aktionsforskningsgruppen undervejs havde et stort behov for at udveksle viden om udskrivelsesprocessen. Ved alle møder i aktionsforskningsgruppen kom der fortællinger om bestemte praksisser frem – fortællinger, der førte til udbud som "aha – så er det derfor...” eller "det du fortæller er meget vigtig viden for os på hospitalen".
Ét af aktionsforskningsgruppens mål var også at styrke den interne tværfaglige kommunikation imellem fysioterapeut og hospitalsafdelingen. Det eksperiment, der blev afprøvet, var: fysioterapeutens deltagelse i hospitalsafdelingens konferencer omkring patienternes udskrivelse. Det viste sig, at fysioterapeut blot med sin fysiske tilstedeværelse kom til at bidrage til udviklingen af det tværfaglige fokus i relation til patientens situation og udskrivelse. Hospitalssygeplejerskens oplevelse var i den forbindelse:

"Det betyder rigtig meget for mig, at fysioterapeuten nu deltager i vores konference. Jeg tænker på udskrivelsen og patientens funktionsniveau, bare jeg ser hende [fysioterapeuten]. Altså, det betyder, at jeg er mere fokuseret på udskrivelsesprocessen" (Logbogsnoter, oktober 2014).

Også her bliver det tydeligt, at det at mødes havde en afgørende betydning for deres samarbejde.

_E- kommunikationen skal forbedres, så det også er muligt at have en dialogisk e-kommunikationspraksis._

I aktionsforskningsgruppen var der mange diskussioner om betydningen af, at kommunikationen imellem dem foregik elektronisk. Begge sektorer oplevede, at den elektroniske kommunikation gav få muligheder for at etablere en egentlig dialog imellem dem. Ofte var kommunikationen en monolog, hvor de udvekslede deres sektororienterede informationer til hinanden. De anvendte ikke 'besvar'-beskedfelter og sendte ikke beskeder til hinanden via mailkorrespondance. Flere gange fortalte hospitalspersonalet, at det var grænseoverskridende for dem, at de ikke vidste, om deres informationer til den kommunale sektor i forbindelse med patientens udskrivelse var kommet frem til den rette person. De fik ingen besked om, hvorvidt beskeden var modtaget udover en teknisk bekræftelse på, at beskeden var modtaget i "systemet". Fx fortæller en fra hospital:


Ved besøgene i hinandens praksis så vi på, hvordan e-kommunikationsbeskederne så ud, når de kom frem i modtagerens e-kommunikationssystem. Til vores overraskelse så den elektroniske besked helt anderledes ud for modtageren. Fx stod informationen
med meget lille skrift, som gjorde det vanskeligt for læseren visuelt at skabe sig et
overblik over informationen. For at blive klogere på hvilke muligheder e-
kommunikationssystemet faktisk rummede for dialog, inviterede vi en ekspertperson,
som var it-superbruger på hospitala, til et møde med aktionsforskningsgruppen. Dette
møde viste endnu en gang forskellige opfattelser af problemstillingens kompleksitet.
Det var superbrugerens forståelse, at problemet med den tværsektorielle e-
kommunikation primært handlede om, at de sundhedsprofessionelle ikke brugte det,
som de skulle. Det var hendes erfaring, at såfremt brugerne fik intensiv og kontinuerlig
vejledning, så fungerede det. Hun repræsenterede således den forståelse, at det var
brugerne og ikke det elektroniske kommunikationssystem eller vilkårene, som var
problemet. Dette synspunkt virkede på det tidspunkt provokerende for aktionsforskn-
ingsgruppen. Det er min vurdering, at når de blev så provokerede af superbrugerens
forståelse af problemstillingen, var det fordi, de gennem dette aktionsforskningspro-
jekts kollaborative arbejde netop havde etableret en fælles erkendelse af problemstil-
lingsens kompleksitet, og at det ikke handlede om, at det var dem, de sundhedsprofess-
onelle, som ’bare skulle gøre det rigtige’.

Aktionsforskningsgruppens forslag til det videre arbejde
Aktionsforskningsgruppens eksperimenter blev afprøvet over en kort periode på ca.
fire måneder. Det betød, at flere af de idéer og forslag, vi i fællesskab havde udviklet,
ikke blev gennemført, men udelukkende blev beskrevet og videregivet til kollegaerne
og lederne i begge sektorer.

Et af de forslag, vi gav videre, var forslaget om at udvikle en fælles tværsektoriel prak-
sis, hvor det var muligt for sundhedsprofessionelle at mødes og lære hinandens udskri-
velsespraksis at kende. I vores argumentering for dette forslag trak vi især på de frugt-
bare oplevelser, gruppen havde haft ved at samarbejde på tværs af sektorerne med den
samme problemstilling. Vi foreslog at udvikle en fælles tværsektoriel kulturel praksis,
hvor det er naturligt at kontakte/besøge hinanden, og hvor man har tid til at mødes.
Helt konkret kunne det være fælles undervisningsdage og måske fælles sociale arran-
gementer. Vi foreslog også, at alle nyansatte, som en del af deres introduktionspro-
gram, blev introduceret til det tværsektorielle samarbejde om udskrivelsesprocessen.
Idéen var ikke at gennemtvinge en form for fælles forståelse, som alligevel synes at have trange kår, men det var vores håb at åbne for en anderledes tilgang til samarbejdet.

Vi foreslog, at det vi kaldte ’det gode tværsektorielle samarbejde om udskrivelsen’ skulle have høj ledelsesprioritet, og at det skulle være kvaliteten i udskrivelsen, der blev vægtet og målt på og ikke alene antallet af indlæggelsesdage, genindlæggelser og utilsigtede hændelser. Aktionsforskningsgruppens forslag var ligeledes, at der skulle nedsættes en tværfaglig arbejdsgruppe på tværs af de to sektorer: en arbejdsgruppe som i fællesskab skulle udarbejde en eksemplarisk case for ’den gode udskrivelse.’ Dette forslag var også inspireret af mine oplevelser ved studiebesøg ved Torbay and Southern Devon Health and Care NHS Trust i maj 2014, hvor de prioriterede det tværsektorielle samarbejde højt. Fx deltog forskellige medarbejdergrupper fra begge sektorer altid ved udarbejdelsen af nye fælles arbejdsgange og dokumenter. Aktionsforskningsgruppen videregav dermed også sine egne håb og erfaringer med, at det kun er gennem mere kontakt og reelt samarbejde, at kendskabet og holdningen til den anden sektor kan forbedres. Et andet forslag var at ’frontmedarbejdere’ i højere grad skulle inddrages i diskussioner og beslutningsprocesser om ændring af den tværsektorielle kommunikationspraksis, således at de med deres praksisnære viden kunne bidrage med et måske andet blik på ændringsforslagenes konsekvenser for det daglige arbejde.

Vi foreslog ledelsen i begge sektorer, at den påtog sig at etablere et kommunikationssystem, hvor det ville være muligt at have en dialogisk kommunikation omkring udskrivelsen. Vi vidste, at det kunne være vanskeligt at opnå, især fordi vi havde set, hvor svært det var for systemerne at arbejde sammen. Vi foreslog, at introduktionen til det tværsektorielle e-kommunikationssystem skulle være en fast del af introduktionsprogrammet til alle nyansatte medarbejdere, elever og studerende i kommunen og på hospitalet. Desuden understregede vi vigtigheden af, at der blev prioriteret ressourcer til en nøgleperson eller ekspert, som ville kunne hjælpe de mange forskellige faggrupper, som havde meget forskellige forudsætninger i forhold til brugen af elektroniske kommunikationsplatforme. Endelig stillede gruppen det forslag, at man fik lavet en ’ekspert-opslagsbog’ med den nyeste viden om udskrivelsesprocessen. Det skulle være et
opslagsværk, der tog udgangspunkt i de spørgsmål, som de medarbejdere, der arbejdede med udkrivelsessituationen, stillede.

Kollaborativt produceret viden, type 2

Her trækker jeg således både på mine egne analyser fra det indledende arbejde (fase 1), fra de fire workshops (fase 2) og de fælles analyser fra arbejdet i aktionsforskningsgruppen (fase 3). På den baggrund argumenterer jeg i nedenstående for fem områder, som i et vist omfang fremstår som almene, eksemplariske og betydningsfulde i forhold til problemstillingen om det tværsektorielle samarbejde omkring udskrivelse af ældre patienter fra hospitalen. De fem områder indgår også som centrale elementer i flere af afhandlingens artikler.

De fem områder er:

- De sundhedsprofessionelle mangler viden og forståelse for den anden sektors udkrivelsespraksis
- Kommunikationspraksis er ikke dialogisk
- Institutionelle betingelser og strukturer begrænser kommunikationen
- ’At passe driften’ vs ’At forbedre’ praksis.
- Et helhedsorienteret patientperspektiv er en ’empty signifers’.
De sundhedsprofessionelle mangler viden og forståelse for den anden sektors udskrivelsespraksis

Både i mine indledende undersøgelser (fase 1), i de fire workshop (fase 2) og i arbejdet med aktionsforskningsgruppen (fase 3) har jeg mødt udsagn som: ”..det vidste jeg ikke, var vigtigt for jer” og ”jamen så kan jeg bedre forstå – nu giver det mening”. Det kan virke indlysende, at det er nødvendigt at kende den praksis, som patienten udskrives til eller indlægges fra, men ikke desto mindre var det måske den erkendelse, der betød allermest for deltagerne i dette aktionsforskningsprojekt. Det, at de fik forståelse for og viden om hinandens praksis, havde tydeligvis betydning for, hvordan de planlagde og gennemførte udskrivelsen. Det var symptomatisk, hvor ofte vi fordypedes os i en snak om hvilke begrundelser, regler eller forståelser, der lå bag bestemte måder at agere på.

I både workshops og i aktionsforskningsgruppen blev der ved hvert møde udvekslet informationer, som var direkte opklarende, og som de efterfølgende kunne anvende i egen praksis. Det var tydeligt, at de alle var overraskede over, hvor lidt de kendte til hinandens begrundelser for praksis, og hvor stor betydning det havde for deres forståelse og udvikling af viden.

Min poststrukturalistiske åre får mig til at stoppe op her og stille spørgsmålene: Hvad er denne ”overraskelse” et udtryk for? Hvad er implicit i denne ”overraskelsesdiskurs – og hvordan bliver denne overraskelsesdiskurs til?” Er denne overraskelse et forsøg på at ”glemme” kompleksiteten? Måske er det vanskeligt eller umuligt at arbejde med i et sundhedsvæsen, hvor tempoet sættes op, og hvor der ikke er plads til komplekse patientforløb, der ikke passer ind i de sektororienterede rutiner? Som jeg beskriver i ovenstående, så er deres fælles erkendelse, at de ved alt for lidt om den anden praksis, og som jeg har skrevet om i artiklen ‘Det muliges kunst. Om betingelserne for det tværsektorielle samarbejde i et New Public Management orieneret sundhedsvæsen’ (Høgsgaard 2016), så løses problemstillingen ikke ved at sende de sundhedsprofessionelle på efteruddannelse for at lære at kommunikere. Jeg mener, at dette projekt har vist, at det vil være mere oplagt, at de sundhedsprofessionelle lærer mere om hinandens praksis, fx gennem udvekslingsbesøg hos hinanden, frem for at der er kursister på generelle og almenorienterede kommunikationskurser.
Kommunikationspraksis er ikke dialogisk

Som vist, foregik kommunikationen mellem sektorerne ofte elektronisk og gennem skemaer og standarder. Min analyse af disse skriftlige dokumenter viser, at de sundhedsprofessionelle ofte skrev informationer om patientens situation, som primært gav mening for dem selv i deres egen sektor. Det var informationer, som kunne være vanskelige at forstå og anvende i den anden sektor. Fx kunne der stå i de skriftlige dokumenter fra hospitalet: "Patienten har været indlagt fra (dato), fået vanlig AB, fulgt regime og kan nu udskrives. GOP er vedlagt". Det er forkortelser og henvisninger, som er vanskelige at forstå for hjemmeplejen, fordi de ikke kender til hospitalets rutiner og standarder. Informationerne fra kommunen var også svære at forstå for hospitalet. I de skriftlige dokumenter kunne der fx stå: "Borgeren har fået udleveret en "Oskar nr. 430". Behovsvurdering: I alt 110 minutter pr. uge".

Problemet med at kommunikere på tværs af sektorerne blev endnu tydeligere, når de ikke anvendte det elektroniske systems muligheder for at svare eller at stille spørgsmål til afsenderen i den anden sektor. En af konsekvenserne var, at de sundhedsprofessionelle ofte kontaktede hinanden per telefon, fordi det skriftlige materiale var mangelfuld eller uforståeligt. Et gentaget og måske udelukkende negativt udgangspunkt for en samtale mellem de sundhedsprofessionelle vil klart få betydning for det tværsektorielle samarbejde og kommunikationen. Aktionsforskningsforløbet havde netop vist, at relationer, indsigt og forståelse for hinandens praksis var afgørende for et godt patientforløb.

Erkendelsen af, at der i sundhedsvæsenet er etableret et elektronisk kommunikationsystem, som primært handler om at formidle skriftlige og sektororienterede informationer, rejser spørgsmålet om, hvad kontakt, mundtlighed og den nonverbale dimension betyder for både samarbejdet og kommunikationen. Jeg har med dette aktionsforskningsprojekt vist, at det har en afgørende betydning for samarbejdet, hvorvidt de involverede fagpersoner forstår hinanden, om de kender hinandens praksis, og om deres kommunikation er respektfuld og dialogisk. Det er mit håb, at denne viden om behovet for dialogisk kommunikation kan få betydning, når de tværsektorielle elektroniske kommunikationsplatforme skal udvikles og etableres i sundhedsvæsenet.
Institutionelle betingelser begrænser kommunikation og samarbejde

Gang på gang er jeg under mit treårige forskningsarbejde stødt på, hvordan de institutionelle betingelser og strukturer har betydning for forandring af lokale sociale praksisser i sundhedsvesenet. Allerede i det indledende arbejde blev det klart for mig, at de to sektorens forskellige lovgrundlag: serviceloven og sundhedsloven (Indenrigsministeriet, 2015; Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, 2010a) kom til at påvirke den måde, det tværsektorielle arbejde kunne udfolde sig på i praksis. De to lovgrundlag havde forskellige forståelser af patient og borgers, men samtidig er begge sektorer dybt indlejet i det, som Kamp (2013) og andre taler om som NPM-styringslogikker. Graden af indlejring og indereggørelse af de forskellige strukturelle betingelser i de sundhedsprofessionelles måder at kommunikere på og samarbejde om udskrivelsen af den ældre patient på kom alligevel som en overraskelse for mig. Det blev tydeligt, at arbejdets organisering i de to sektorer i rigtig mange situationer 'clasher' med hinanden, som Trine udtrykker det nedenfor:

"Trine [kom]:... men Signe i forhold til... det du sagde, det der med, at det ikke måtte bære præg af, at der bare skal være en hurtig udskrivelse. Så sidder jeg og tænker på... altså her clasher vores verdener fuldstændig. For sygehuset skal sørge for de hurtige udskrivelser, og vi [i kommunen] vil ikke have, det bærer præg af, at det skal være en hurtig udskrivelse." (Aktionsforskningssdag 11.9.2014).

Citatet viser også, at de sundhedsprofessionelle har en implicit forståelse af, at en god udskrivelse (i sundhedsfaglige termer) ikke må bære præg af at være en hurtig udskrivelse. Som Trine, der er fra den kommunale hjemmepleje, påpeger, så kommer de til at modarbejde hinanden. Når hospitalen skal sørge for de hurtige udskrivelser, kan det, set fra kommunens perspektiv, være et (ressource)problem, fordi patienten, der (for) hurtigt udskrives, har behov for flere plejedelser fra kommunen. Det er ikke kun de sundhedsprofessionelle på hospitalen, der er pressede i forhold til patientens udskrivelsesproces. Presset viser sig også i den kommunale sektor, når borgeren skal visiteres til de kommunale ydelser. Også her synes målet at være hurtigst muligt at få borgeren ud af 'systemet'.

"Signe [kom.visitor]: ... det bliver sådan, her fra næste år, at alle sundhedslovsydelerne bliver begrænset til en periode på tre måneder.
Lise[kom.sygeplejerske]: Det vidste jeg ikke! Hvad så med ham, som har haft sår i 14 år?"
Signe: Alle nytilkommne sundhedslovsydelser, som borgeren skal have, skal efter tre måneder tages op til revision, om borgeren selv kan klare opgaven, eller om de kan nøjes med at gå på sundhedsklinikken" (Aktionsforskningsdag 11.9.2014).

Begge citater viser, at medarbejderne fra hver deres sektor er pressede på tid, ressourcer og af en markedsgørelse af den sundhedsfaglige praksis, hvor opgaver skal afsluttes.


Eksemplet er et af de mange, hvor vi i aktionsforskningsforløbet diskuterede konsekvenserne af de korte indlæggelsesforløb og de hurtige udskrivelser af den ældre patient (se: Høgsgaard, 2016).

'At passe driften’ vs ‘At forbedre’ praksis

Som jeg viser i mine analyser i artiklen ‘Spændt ud mellem top-down og bottom-up - Om forbedringsforståelser når der arbejdes på tværs i det danske sundhedsvæsen’ (Høgsgaard, 2016) oplevede de sundhedsprofessionelle forbedringsarbejdet som en spændingsfyldt opgave mellem, hvad ledelsen krævede af dem, og hvad de selv fandt det relevant at gøre “på gulvet”.

Adskillelse mellem det professionsfaglige blik og det at `passe driften` tales i mit materiale flere gange frem som en spændingsfyldt og mangetydig tolkning af, hvordan man skal betragte sit arbejde, og hvordan de daglige opgaver bør løses. Det at passe driften viser sig at have status og magt. Det er en diskurs, de sundhedsprofessionelle trækker på, men samtidig førstår den måde, driften kører på, også som en, der undertrykker deres muligheder for aktivt at bidrage til forbedring af praksis. Lad mig komme med et eksempel: Når der skal implementeres organisationsændringer eller nye standarder, henviser de sundhedsprofessionelle til, at det først og fremmest er driften, der skal passes. Så må implementering af det nye komme i anden række. Driften bliver således, ganske magtfuldt, anvendt til at sætte forandringsprocessen på pause og som et legalt argument imod ledelsens ønske om forandring. Som fx Bente udtaler:

"Bente: Okay, nu er vi i en forandring – i en forandringsproces, der er dybt afhængig af, at der er nogen, som der kører daglig drift. Det er os, der kører den daglige drift, vi sørger for, at det her, det fungerer – så kan de ændre alt det de vil oppe, og når de er klar ... kan de få tingene ned til os." (Aktionsforskningsdag 24.11.2014).

Samtidig bliver det at passe driften også italesat som det, der kan give stabilitet: "Vi kan bare nogen gange sige: Christ – lad os køre daglig drift, for det er vores kernen[opgave], så har vi noget at holde fast i, indtil forandringen begynder hos os" (Aktionsforskningsdag 24.11.2014). Det bliver således en måde at holde orden i det kaos, som implementering af forandringer og forbedringer også skaber. På den anden side kan det at passe driften også være det, der forhindrer de sundhedsprofessionelle i deres muligheder for at bidrage til forbedring:

"Bente: Det er virkelig svært at komme igennem med Lean-processer. Alle de lean-agerter, som jeg har mødt, de bruger det ikke, det er der ikke tid til, og det er jo selvmordsigende (...)vi vil egentlig gerne være positive, men vi passer driften, så må forandringen komme til os på et tidspunkt – for driften passer ikke sig selv, det er det, der sker nu, som har betydning" (Aktionsforskningsdag 24.11.2014).

I dette citat henviser Bente til, at implementering af nye lean-processer skal bidrage til at forbedre praksis, men her bliver det `at passe driften` til en forhindring for processen. `At passe driften` skubbes således rundt og er en magtfuld markør, der både fungerer som en pause-plads (og måske endda protest) og som det, der forringer mulighedsbetingelser for forandring. Ønsket om at kunne bidrage til forandring og forbedring af
praksis er således på mange måder spændingsfyldt og spændt ud mellem de krav om implementering af nye systemer og standarder, der styres af en top down-proces og de sundhedsprofessionelles ønsker om at være en del af en bottom up-styret forandringsproces.

Et helhedsorienteret patient-perspektiv er en ‘empty signifiers’

At sætte kritisk spørgsmålstegn ved, hvorvidt sundhedsvæsenet behandler og plejer patienter ud fra et helhedsorienteret patientperspektiv, kan af sundhedsprofessionelle opleves som et provokerende udsagn, og det virkede da også provokerende, når jeg adskillige gange i aktionsforskningsforløbet udfordrede deltagerne med udsagnet om, at alle i sundhedsvæsenet arbejder ud fra et helhedsorienteret patientperspektiv. I en af de indledende samtaler med en af lederne stillede jeg spørgsmålet:

Helle [afdelingsleder]:...jamen, Ditte [udbrud], det kan du da ikke mene. At tænke ud fra et helhedsperspektiv, det er jo hele sygeplejens fundament!
[dagen efter]

Med denne kraftige reaktion fra afdelingslederen blev jeg nysgerrig på den forstyrrelse, mit udsagn havde skabt. Havde jeg her fat i noget helligt, som der i en professionsfaglig kontekst ikke kunne stilles spørgsmålstegevend? Igennem aktionsforskningsforløbet udfordrede jeg også deltagerne med samme spørgsmål med nogenlunde samme resultat; altså en kraftig reaktion på, at den værdi, der ligger i at have patientens ve og vel i centrum, var noget ingen ville give køb på.

Ideologien om et helhedsorienteret patientperspektiv kom også frem i et interview med én af overlærerne. Han fremhævede, at han altid tænkte på patientens helhedssituation. Da jeg kort forinden havde interviewet den patient, jeg fulgte i mit projekt, vidste jeg, at hun havde andre problemer end den lungebetændelse, hun var indlagt med.

Den viden bragte jeg ind i interviewsituationen med overlægen:
"Jane [overlæge]: Jo, jeg tænker altid på patientens helhedssituation. Jeg er helt enig i, at det er vigtigt.

Ditte [forsk]: Patienten, som jeg følger i mit projekt, havde også problemer med sine ben. Det talte I ikke om ved stuegang?


I dette citat viser Jane, at hun er enig i, at det er væsentligt at tænke på patientens helhedssituation, men samtidig skaber det et dilemma for hende. Dels vil det have tidsmæssige konsekvenser, fordi hun så ikke kan nå alle de andre patienter. Dels oplever hun sig ikke som fagligt kompetent til at se på alle patientens sygdomme eller har ikke tid til at forholde sig til en kollegas ordination og behandling. Dette er et eksempl på, at selvom lægen gerne vil medtænke et helhedsorienteret perspektiv på patienten, så bliver det på grund af de institutionelle betingelser og strukturerer umuligt for hende.

Jeg mødte undervejs i forløbet ofte udsagn om, at medarbejderne i den kommunale sektor tænker helhedsorienteret om deres borgere, at de har fokus på det hele menneske og deres behov. Men også her synes der at være et fragmenteret syn på – eller en fragmenteret behandling af – borgeren. Her var borgerens sygdomme eller diagnoser ikke det vigtige. Derimod var det afgørende, hvorvidt borgerens behov for ydelser passede ind i servicelovens bestemmelser og kommunens ydelseskatalog. Med et eksempel fra en diskussion i aktionsforskningsgruppen:

"Signe: Nogen gange så siger de fra sygehuset: Kan I ikke komme på tryghedsbesøg [hos borgeren], og så tænker jeg: Hvad er det, at det der tryghedsbesøg skal bestå af? Bare lige for at sikre, at borgeren har det godt [eller hvad?]. Men sådan noget har vi ikke. Vi skal have en konkret ting, som vi skal besøge borgeren for, ellers kan vi ikke komme” (Aktionsforskningsdag 11.9.2014).

Så hvor det på hospitalalet ofte blev regelværk, diagnose- og specialetænkning, som forhindrede en helhedsorienteret behandling af patienten, så var det i kommunalt regi tit hensynet til ’ydelseskataloget’, man arbejdede efter. Når de sektororienterede arbejdslogikker er så forskellige, og den tværsektorielle kommunikation og det tværsektorielle
samarbejde har så begrænsede kontaktflyde, som jeg har vist, bliver det absurd at tale om et helhedsorienteret og sammenhængende patientperspektiv.


Aktionsforskning fase IV

I den sidste fase af en aktionsforskningscyklus er der fokus på evaluering og på en vurdering af hvordan, der sættes en ny proces i gang. Aktionsforskningens evaluering handler om udbytte af aksjon – både det der var hensigten, og det der ikke var hensigten. Jeg har i de foregående beskrivelser og analyser undervejs i afhandlingen beskre-
vet og reflekteret over aktionsforskningsgruppens arbejde. Jeg koncentrerer mig derfor i dette evalueringsafsnit om det, som Coghlan med andre betegner som meta-refleksioner.

**Evaluering af forløbet**

Som en afslutning på aktionsforskningsprojektet gennemførte vi en evalueringstemadag, hvor vi inviterede alle, der havde deltaget i aktionsforløbet. Det var både personer, som jeg havde interviewet i fase 1, det var personer, som havde deltaget i fase 2-workshops og de personer, som havde deltaget i aktionsforskningsgruppens arbejde. I alt deltog 17 personer.

"Men er aktionsforskning egentlig vejen frem?... Er den tilgang egnet i denne verden, hvor alting forandrer sig så hurtigt, og hvor projektet hurtigt kan blive overhalet af andre projekter... Får man det ud af det, som svarer til de ressourcer, man lægger i det?" (Evalueringsworkshop 25.2.2015)

Kommentaren kommer fra en af de projektledere, som var inviteret til at deltage på evalueringsworkshoppen. Hun påpegede, som aktionsforskningsgruppenogså har følt, at de mange samtidige organisatoriske forandringer og andre projekter gjorde det svært at prioritere og fastholde dette projekt. Som en af aktionsforskningsgruppens deltagere også fremhæver:

"Det er svært at holde fast i den kvalitet, vi har fået opbygget, og fastholde kommunikationen på et højt niveau,... fordi vi er i konstant forandring..." og 
"...jeg kan mærke, at jeg har været med til tavlemøde, det er blevet bedre. Men nu glider det ud... der er mange på afdelingen, som er rejst, og som ikke har været med. Morgenkonferencen bliver ikke taget så alvorligt længere."

(Evalueringsworkshop 25.2.2015).

Det var tydeligt, at aktionsforskningsgruppen havde oplevet aktionsforskningsprocesen som et socialt frirum, hvor vi sammen kunne reflektere over, hvordan forskellige tilgange til viden og opfattelse af patienters situation havde betydning for deres kommunikationspraksis. Følelsen af, at dette projekt var ét af mange, har også udfordret os. Især var det svært at få kollegaernes opmærksomhed: "...der er så mange projekter, mine kolleger ved godt, at det ikke giver en skid... de føler, det er uden betydning for dem" (Evalueringsworkshop 25.2.2015). For de medarbejdere, der trodsede følelsen af, at "der er så meget" og "det betyder alligevel ikke noget", blev aktionsforskningsprojektet et frirum. Vores frirum i aktionsforskningsgruppen gav også mulighed for, at vi kunne forholde os reflekterende til de organisatoriske rammer og vilkår, der har betydning for praksis: "...det har været et mønster [i aktionsforskningsforløbet], at vi har haft be-
hvorfor at politisere og forklare og undskyde de håbløse vilkår, vi er i... vi har brugt dette sted til at få luft” (Evalueringsworkshop 25.2.2015). Aktionsforskningsprojektet har således åbnet op for et demokratisk og dialogisk frirum for dem, der deltog, men det har også vist, at det er vanskeligt at fastholde kollegaernes interesse og engagement.

At arbejde med kritisk utopisk aktionsforskning i et travlt sundhedsvæsen

Det har været en udfordring, for ikke at sige en skuffelse for deltagerne, at de/vi ikke har kunnet gennemføre alle de eksperimenter, som vi havde sat os for. Organisationsændringer, knappe personaleressourcer og manglende prioritering af projektet har været nogle af de mest nærliggende årsager. Det er vores erfaring, at hvis et aktionsforskningsforløb skal lykkes, er det nødvendigt med klare aftaler om tid og ressourcer – ikke kun i aktionsforskningsdagene, men også i forhold til de mellemliggende perioder. Det var ikke realistisk for deltagerne at bruge deres arbejdstid på projektet, fordi de i forvejen har en presset hverdag. Skal nye initiativer og aktioner lykkes, skal deltagernes projekttid til projektet i praksis også prioriteres (Høgsgaard, 2015; Kjerholt, 2011). Dette projekt var privilegeret, fordi det var et ph.d.-projekt med på forhånd tildelt tid og ressourcer. Men deltagerne og deres kolleger oplevede alligevel ikke, at midlerne kom i den rigtige kasse, ”Vi får penge fra Dittes projekt” blev der sagt, men det kunne kollegaerne ikke mærke, fordi de ofte skulle overtage aktionsforskningsdeltagerens arbejdssogaver. ”Vi er jo selvkørende teams, så det skal vi selv planlægge inden for rammerne”. Fornemmelsen for deltagerne var dermed, at pengene gik til ”at lappe huller” og ikke til at ansætte ekstra personer. Det var derfor svært for kollegerne at se, hvordan økonomien, altså de 100 timer der var blevet givet til projektet, kom dem til gode. Det viser, hvor vanskeligt det er at skaffe tid til projektdeltagere, men også tid til at implementere og fastholde de eksperimenter, som aktionsforskningsgruppen vidste, var afgørende for at forbedre kommunikationspraksis mellem de to sektorer.

Validitet i aktionsforskning

“Conventional researchers worry about objectivity, distance, and controls. Action researchers worry about relevance, social change, and validity tested in action by the most at-risk stakeholders” (Brydon-Miller, Greenwood, & Maguire, 2003:25).
Med dette citat indleder jeg mine diskussioner om aktionsforskningsprojektets validitet. Citatet viser, at validitet i aktionsforskning må behandles med en anden opmærksomhed end i megen anden forskning. Jeg udfolder derfor i dette afsnit, hvordan det er muligt at tale om validitet i aktionsforskning, og hvordan jeg, uden at anvende et objektiverende og distanceret blik, forsøger at præsentere mit forskningsarbejde, så det fremstår stringent og pålideligt og dermed udfolder en form for kommunikativ og kolaborativ validitet. Jeg koncentrer mig her om den validitet, der er knyttet til projektets offentlighedsbetydning.

Beskrivelsen af eksperimenterne og de forslag, aktionsforskningsgruppen kom frem til, er foregået som en vekselvirkning mellem en akademisk analyse og en reflekterende praksis. Jeg har som forsker undervejs i hele aktionsforskningsprojektet været i dialog med praksisfeltet og diskuteret projektets proces og indhold i offentligheden undervejs. Som Nielsen fremhæver, er det centralt for kritisk utopisk aktionsforskning, at en del af afrapporteringen også sker i mødet med den diskuterende offentlighed. I dette aktionsforskningsprojekt diskuterede vi med offentligheden på forskellige niveauer.


Et andet offentligheds niveau var at introducere og præsentere aktionsforskningen på et regionalt politisk og fagpolitisk niveau. Regionens sundhedspolitiske udvalg blev
undervejs viklet ind i diskussionerne, da jeg blev inviteret til at præsentere projektet for dem. Udover at jeg præsenterede projektets proces og resultater, udfordrede jeg dem også på deres forståelse af problemstillingerne om det tværsektorielle samarbejde. Endelig skal det nævnes, at jeg har introduceret projektet for den tidligere sundhedsminister Astrid Kragh, da hun besøgte den lokale fagforeningskreds i Dansk Sygeplejeråd. Når jeg har sagt ja til denne offentlighed og profilering af projektet, har jeg selvfølgelig været fuldt ud klar over, at der er forskellige interesser på spil. Selvom jeg selv er sygeplejerske og sundhedsprofessionel og dermed kan have en særlig interesse i projektet, har jeg i mine præsentationer haft fokus på aktionsforskningsproces og resultat – vel vidende, at det a-politiske eller værdifrie forskersubjekt ikke eksisterer.

Jeg har været inviteret til faglige temadage, hvor jeg har præsenteret aktionsforskningens proces og resultater. Det har været berigende for mig og projektet, at der har været så stor opmærksomhed om projektet, som har givet anledning til, at projektet i den grad er løftet udeover den lokale kontekst. Samtidig har jeg deltaget i den offentlige debat om de sundhedsprofessionelles muligheder og betingelser for at samarbejde på tværs af sektorerne. Det blev til en kommentar i dagbladet Information (Høgsgaard, 2016).

Det har således gennem sociale læreprocesser været hensigten at åbne projektet mod en almen dimension, hvor jeg, nogle gange sammen med aktionsforskningsgruppen, har involveret projektet i andre praksiskredse og politiske sammenhænge. Jeg har i ovenstående bestræbt mig på at gøre vores arbejde i aktionsforskningsprojektet transparent i håbet om, at det kan inspirere andre, men også som et afsæt for den videnskabelige, vi gennem det kollaborative arbejde har generet, og som har bidraget til kritiske og akademiske diskussioner over vilkårene i en tværsektoriel kommunikations- og samarbejdspraksis. Det er således blevet til fortællinger, der også orienterede sig socialt dialogisk i et forsøg på at forstå og tolke, hvordan vores erfaringer fra diskussioner og eksperimenter kunne få betydning for andre sundhedsprofessionelle. Derfor kom eksperimenterne til at indeholde et stærkt element af historiefortælling som formid-

**Validitet og social læring.**

Som Olsén fremhæver, skete der i deres aktionsforskningsprojekt en form for social læring – en kundskabsudvikling, der knytter sig til de kulturelle processer, og som handler om, at mennesker får fornyet mod på deres tilværelse (Olsén et al., 2003:30).


Som allerede nævnt, har deltagerne både i workshops og i aktionsforskningsgruppen understreget, at de ved at få indsigt i hinandens faglige arbejdsliv lærte utrolig meget af den fælles proces, som de efterfølgende kunne anvende og omsætte i deres arbejdsliv.

Måske er det i virkeligheden denne sociale læring, der er den største forandring, som dette projekt kan siges at have sat i gang. Deltagerne på både workshops og i aktionsforskningsgruppen fik ved at være sammen i et anderledes fælles socialt og refleksivt rum en forståelse for hinandens og egen situation og en ny viden om, hvorledes handlemåder i den andens sektor får og har betydning for deres egen dagligdag i patientens overgang fra den ene til den anden sektor.

Social læring har også vist sig ved, at to af aktionsforskningsgruppens deltagere har kontakttet mig, efter at projektet var lukket ned, og tilkendegivet, hvor stor en betydning projektet har haft for dem og beskrevet, hvordan de nu bruger det, de lærte gennem projektet i deres hverdagspraksis. Én har fortalt mig, at hun har brugt de metoder, vi arbejdede med i aktionsforskningsgruppen som inspiration i sin deltagelse i et efteruddannelsesforløb. En anden deltager har fortalt, hvordan hun bruger den samproducerede viden om den anden sektor i sin undervisning af elever og studerende, når de er
i uddannelsens praktikforløb. Desuden er hun blevet interviewet til fagbladet Fag og Arbejde om, hvilken betydning det havde for hende at være deltager i et aktionsforskningsprojekt omkring udskrivelsesprocessen af ældre patienter (Greve, 2016).

**Analyse IV**

I dette fjerde og sidste analyseafsnit fokuserer jeg på betydningen af hele aktionsforskningsforløbet og vender tilbage til projektets to forskningsspørgsmål. Det er således tid til de afsluttende refleksioner over projektet og til at opsummere, hvad der er aktionsforskningsprojekts bidrag. Jeg viser i dette afsnit, hvordan det gennemførte aktionsforskningsprojekt har bidraget til at udvide og nuancere erkendelsen og viden om, hvordan tværsektoriel kommunikation og samarbejde imellem de sundhedsprofessionelle kan forstås. Jeg refleksionerer over, hvordan den viden, projektet har genereret, både har bidraget og kan bidrage til forbedring af den tværsektorielle kommunikationspraksis. Desuden refleksionerer jeg over, hvordan et poststrukturalistisk inspireret kritisk utopisk aktionsforskingsprojekt som dette med sine eksperimenter kommer til at pege på og rejse en kritik af de diskursive betingelser.

**Aktionsforskningens bidrag til erkendelse af `At forbedre og forandre´**

I gennem aktionsforskningens demokratiske og kollaborative tilgang blev der skabt et socialt rum, hvor det blev muligt at udvikle idéer og drømme om en anden form for kommunikation. Det var idéer og drømme, som tog udgangspunkt i deltagernes forståelse af, hvordan og på hvilke måder de kunne bidrage til forandring af deres fælles kommunikationspraksis. Det har dermed været et meningsfyldt arbejde, som har været dybt forankret i den lokale kontekst.

Hvis jeg her afslutningsvis skal vende tilbage til Duttas (Dutta, 2007) kulturcentrerede tilgang til kommunikation, giver det mening at kommunikere i en lokal kontekst, hvor det, der er tavst i en dominerende forståelse af forandring, kan bringes frem. Duttas pointe er, at ved at åbne op for det, der gøres tavst, og som kun eksisterer i konkrete kontekster, kan der ske former for forandring, der reelt inkluderer forskelligheder, og som ryster de eksisterende strukturer og forståelser. Denne forståelse af forandring ligger langt fra det, jeg i min afhandling kalder et top down-perspektiv på forandring, hvor taget-for-given-viden netop er en del af den sociokulturelle og socioøkonomiske
reproduktion: "These taken-for-granted assumptions ensure that the status quo stays in place. Hegemony refers to the control held by a dominant group on other groups without the use of force" (Dutta, 2007:313). Idet aktionsforskningsgruppen skabte et fælles socialt rum, blev der åbnet for at forstå problemstillingen som et langt mere kompliceret problem end blot et individuelt anliggende, hvor det er de sundhedsprofessionelle, der som en-taget-for-given-viden er dem, som mangler kompetencer, og som er dem, der skal stå for forbedringer og at vedligeholde driften. På mikroniveau kan man sige, at vores arbejde i aktionsforskningsgruppen foregik med en kulturcenteret kommunikation, uden at vi dog var særligt bevidste om det. Her åbnedes for en forståelse af problemstillingen, som også inkluderede en kritik af, hvordan de institutionelle politikker og krav begrænsede de fagprofessionelles mulighedsrum – en kritik som ikke havde mulighed for at udfolde sig og få konsekvenser i hverdagen (Dutta, 2007:319). I det sociale rum vi fik skabt, blev det meningsfuldt at tale om at forbedre og forandre kommunikationspraksis, som noget der ikke kun havde med den enkelte at gøre. Her er det nærliggende igen at huske på Bacchis centrale spørgsmål: What the problem represented to be? (Bacchi, 2009), hvor hun fremhæver, at når man flytter blikket til, hvordan et bestemt problem repræsenteres, så åbnes der for andre forståelser af, hvad den problemstilling, man arbejder med, handler om (se: Høgsgaard, 2016a).

Jeg har undervejs i denne afhandling og i de fire tilhørende artikler argumenteret for, at den viden, som aktionsforskningsprojektet har produceret, har haft mere eller mindre gennemslagskraft i de organisationer, jeg har samarbejdet med. Jeg trækker her de fire væsentligste pointer frem, som aktionsforskningsprojektet har genereret, og giver mit bud på, hvordan jeg mener, der kan og må arbejdes videre med problemstilinger knyttet til udskrivningsprocessen af den ældre patient. I det følgende reflekterer jeg således over forskningsspørgsmålet:

- Hvordan kan samarbejde og samproduktion af viden, fælles forståelse og gennemførelse af praksisinitiativer på tværs af fag og sektorer bidrage til forbedring og forandring af kommunikationen imellem de sundhedsprofessionelle?

Både i workshops og i aktionsforskningsgruppen blev der etableret fælles sociale rum, som var afgørende for de erkendelser, vi nåede frem til, og for udviklingen af de kon-

- Etablere nye tværsektorielle faglige samarbejdsforsor, hvor de sundhedsprofessionelle får mulighed for og tid til at forstå og arbejde med udskrivelsesproces sens kompleksitet med dens mange dimensioner og elementer.
- At prioritere mødet, altså kontakt og relationen mellem de sundhedsprofessionelle på tværs af fag og sektorer, fordi det er i det kontekstuelle møde, at viden og forståelse skabes.
- Forstå nødvendigheden af, at kommunikation både er relationel og dialogisk og ikke monologisk dataudveksling. Det betyder, at fremtidige e-kommunikationssystemer også skal kunne understøtte et dialogisk samarbejde på tværs af sektorerne.

**Betydningen af at arbejde med en poststrukturalistisk inspireret aktionsforskningsstilgang**

Jeg har med mine mange eksempler vist, hvordan politiske strategier og institutionelle strukturer griber ind i de sundhedsprofessionelle muligheder for at skabe en tværsek-
toriel kommunikationspraksis (Høgsgaard, 2016, 2016). Disse diskussioner knytter især an til forskningsspørgsmålet:

- Hvordan har diskurer om det tværsektorielle samarbejde og kommunikation betydning for de sundhedsprofessionelles muligheder for at kommunikere om patientens udskrivelse eller indlæggelse fra den ene sektor til den anden?


Som jeg har fremført i mit afsnit om diskussionerne af diskurs som en poststrukturalistisk måde at begripe verden på, så er det spørgsmålet, hvor meget man kan forandre en diskursiv praksis. Men med min praktiske tilgang til verden vil jeg alligevel vove at
komme med forslag, som om muligt kan bidrage til at forstyrre de diskursive tale- og handlemåder og taget-for-givet-viden, og det er således mit forslag, at sundhedsvæsenets ledere, medarbejdere, patienter, pårørende og borgere i fællesskab tager fat på diskussioner, der kan bidrage til at:

- Åbne op for at forstå forskellighed som en dynamisk faktor og igennem en dialogisk praksis forsøge at forstå og anerkende hinandens forskelle
- Erkende diskursers undertrykkelse og magtfulde indflydelse på tale- og handlemåder og forsøge at forstyrre de taget-for-givet-viden forståelser, som synes at fastholde de diskursive tale- og handlemåder.

Betydningen af at arbejde med en poststrukturalistisk inspireret aktionsforskningstilgang

Jeg har i dette forskningsprojekt arbejdet med praksisnær forskning. Det er gennem de kollaborative processer i forskningsforløbet, at viden er blevet til – en viden vi har arbejdet aktivt med hele vejen igennem. Praksisforankringen har udfordret og beriget mine diskussioner af de teoretiske perspektiver, ligesom de teoretiske perspektiver både implicit og eksplicit har bidraget til både projektets design, analyse og resultater. Lad mig give et par eksempler. For det første mener jeg, at projektet, som det er tænkt, og som det har udfoldet sig, bidrager til en diskussion om, hvordan og om poststrukturalistiske og aktionsforskningstilgange kan kombinieres i samme aktionsforskningsprojekt. Som jeg sammen med Tine Rosenthal Johansen og Jannie Uhre (Høgsgaard et al., 2016) diskuterer i artiklen om forandringsbegrebet, så er det ikke kun praksis, der udfordres af forskellige teoretiske forståelsestermer, men også de praksisnære spørgsmål, ønskerne og løsningerne lokalt, der udfordrer det teoretiske felt. Jeg mener, at betydningen af at kombinere de to tilgange har frembragt nogle særlige forståelser og erkendelser, der også er knyttet til konkret handling.

For det andet har det klart været en stor, men spændende udfordring for mit arbejde at skulle og ville kombinere de to teoretiske måder at forstå verden på og at få dem til at bidrage til processen i et samspil. Aktionsforskningstilgangens begreber om de kollaborative processer som demokratiske og deltagende er til tider kommet til kort, fordi det viste sig, at demokratiske mulighedserum i offentlige institutioner er så indskrænkede. Min særlige opmærksomhed på den taget-for-givet-viden, som jeg har været op-
sat på at forstyrre grundet den teoretiske inspiration i poststrukturalismen, har bidraget til ny erkendelse både hos mig og deltagerne. Men den poststrukturalistiske bestræbelse på `at forstyrre` feltets sandhedsparadigmer og at forholde sig kritisk til, hvordan viden og magt influerer på måder at forstå verden på og agere på, var ikke altid lige nem at aktualisere. Som forsker tager jeg nemlig også selv, i kraft af deltagelse, del i reproduktionen af eksisterende sandhedsregimer, hvor vi gennem subjektivering ønsker at fremstå som kompetente fagpersoner overfor hinanden.
**KAPITEL IV**

**Afrunding**
Så er det tid til at sætte punktum i dette projekt. Det gør jeg ved at se fremad. Som en del af aktionsforskningens cyklus resulterer aktionsforskningen i nye problematiseringer og nye spørgsmål; det er som en spiral, hvor én aktionsforskningsproces fører til den næste (Coghlan 2014). Jeg viser her afslutningsvist, hvilke nye forskningsspørgsmål og forskningshorisonter dette projekt har rejst.

**Nye forskningsspørgsmål og forskningshorisonter**
Som jeg har vist i det indledende afsnit i denne afhandling, så har spørgsmålet om at ville forbedre den sundhedsfaglige praksis været på både den politiske og professionsfaglige dagsorden siden 1970’erne både nationalt og internationalt. Det er altså ikke en ny problemstilling, jeg har arbejdet med. Som jeg har vist, er det bemærkelsesværdigt, at de forslag til ændringer, som igennem tiden er blevet fremstillet fra både politikere og professionelle er de samme – og det er de forslag, vi i aktionsforskningsgruppen kommer med, for så vidt også. Men alligevel viser dette forskningsprojekt nye erken- delser, fordi vi gennem kollaborative demokratiske processer har udfordret den NPM-orienterede styring, som i den grad påvirker det tværsektorielle samarbejde. Det er blevet til forsøg med lokale eksperimenter, der har taget deres afsæt i de sundhedsprofessionelles praksis, kontekst og deres konkrete oplevelser, som er blevet til en form for kritik, som har forsøgt at frigøre de sundhedsprofessionelle fra NPM-styringslogik, hvor der netop ikke er plads til det individuelle, det professionsfaglige og en kontekt-orienteret forståelse.

Kritikken af NPM er igennem de tre år, hvor jeg har arbejdet med min forskning, blevet forstærket. Fx har socialdemokratiets formand Mette Frederiksen ved partiets kongres 23.9.2016 manet til opgør mod NPM: ”Vi er ved at ødelægge noget af den arbejdslæge, som er forudsætningen for, at det er godt at arbejde i den offentlige sektor…” (Villesen & Kristensen, 2016:1). Og hun står ikke alene med sin kritik. Også direktør i Danske Regioner Adam Wolf maner til krig imod NPM og mener, at vi befinder os ved en skillevej:

”Jeg vil gerne stå på mål for, at man gennem de sidste tre år har valgt de rigtige styringsinstrumenter til de rigtige problemer. Men styringsmetoder sander til. NPM har været et fremskridt som helhed, men har haft bivirknin-
Endelig supplerer de offentlige ansatte også med en skarp kritik kontrol og styring: “...den offentlige sektor skal ikke detailstyres i hoved og bagdel (Kristensen, Christensen, Oxfedlt, Kolind, & Ferbing, 2016), ligesom borgere og sundhedsprofessionelle også deltager i debatten (Kestler, 2016; Killhof, 2016). Også i forskningskredse er der diskussioner i gang om, hvilken betydning NPM over de seneste 30 år har haft. Fx er Christoffer Hood (Hood & Dixon, 2015, 2016) aktuel med sin kritik af NPM, hvor han især ser på tendensen til, at det i høj grad er blevet til en du-får-hva-du-betaler-for-tendens. Hoods fremhæver i sin forskning at: “...the evidence in our study seems to point toward a less than dramatic conclusion: that government broadly worked a bit worse (on fairness and consistency) and cost a bit more”(Hood & Dixon, 2015:266). Der er således på mange niveauer diskussioner i gang på dette område, som for mig også rejser nye spørgsmål: Hvordan det er muligt at udvikle idéer, der inkluderer fairness, demokrati og konsistens? Hvordan kan et post-NPM styringsprojekt i sundhedsvæsenet også inkludere demokratiske og faglige ståsteder? Med afsæt i dette kan jeg i mit projekt erklære mig helt enig i denne kritik og supplere med, at det haster med at handle på den kritik, fordi de sundhedsprofessionelle, der kan træffe faglige og kompetente beslutninger, er på vej på pension. Tilbage er de, hvor governmentality og selv-ledelse for alvor har sat sig igennem og de, som afventer top down-styring.

Projektets indholdsrisge og relationsrisge proces har også genereret nye spørgsmål og problemstillinger inden for dette forskningsprojekts genstandsfelt: de sundhedsprofessionelles kommunikation og samarbejde omkring udskrivelsesprocessen. Patienter, pårørende og praksiserende læger har haft en perifer rolle i projektet. De har primært deltaget i den indledende første fase, hvor jeg gennem interviews fik et indblik i, hvilken betydning det værsecitorieelle samarbejde synes at have for dem. Jeg har således ikke udfordret eller forstyrret patienters og pårørendes forståelse og taget-for-givenviden – og så alligevel. Ved en nylig præsentation af projektet på et dialogmøde mellem hospitalet/kommuner og patient/pårørende udspandt der sig en interessant diskussion på baggrund af mit oplæg. Et af mine slides viste en oversigt over “so what ?” - altså et forsøg på at diskutere, hvad vi (måske) kan gøre ved problemstillingen om det van-

Aktionsforskning – et personligt engagement
At arbejde med aktionsforskning har ikke kun været et teorietisk og metodisk afsæt for mit forskningsarbejde. Det har også været et personligt, værdimæssigt og demokratisk projekt. Jeg har med dette projekt udviklet mig i forskningsmæssig retning, hvor jeg forsker med og ikke på praksis. Det har været en kreativ og idérieg proces. Som Greenwood udtrykker det:

“Action research is neither a method nor a technique; it is an approach to living in the world that includes the creation of ideas for collaboration learning and the design, enactment and evaluation of liberation actions... it combines action and research, reflection and action in an ongoing cycle of cogenarative knowledge” (Greenwood 2007:131 in: David Coghlan & Brannick, 2014a:17-18).

Dette projekt har været et fælles projekt med grupper af sundhedsprofessionelle, hvor jeg som en form for insider-forsker har været engageret og oprigtigt optaget af projektet og problemstillingen. Med mit poststrukturalistiske og kritiske blik har jeg forsøgt at udfordre min egen og deltagernes forståelse af problemstillingen og den kontekst, vi har været en del af. Jeg har været optaget af både at forsøge at bidrage til løsning af problemstillingen gennem kollaborative og kreative processer sammen med de sund-
hedsprofessionelle, samtidig med at vi ved at inddrage kritik har udfordret forståelsen af de diskursive forståelser.

Jeg var ved opstarten af dette forskningsprojekt ydmyg over for opgaven. Det var jeg, fordi jeg vidste, at det var en kompliceret problemstilling. De tre års arbejde har ikke gjort mig mindre ydmyg, tværtimod er det blevet klart for mig, at der er i begge sektorerer er iboende forståelser, praksisser og begrænsede handlerum, som gør det nærmest umuligt for de sundhedsprofessionelle at kommunikere og samarbejde på tværs af sektorerne. Mit håb er dog, at jeg med dette projekt kan inspirere til fortsat forskning på området og til at bryde den taget-for-given-forståelse om hinanden, som kan bidrage til diskussioner, hvor talen ikke er koncentreret omkring ’empty signifiers’.

KAPITEL V
I dette kapitel introducerer jeg afhandlingens artikler og to konference-abstracts. Som jeg tidligere har kredset omkring, så skal artiklerne ses som en væsentlig del af mit analyserarbejde. Det er i artiklerne, jeg primært udfolder og diskuterer de centrale og vigtige erkendelser, som dette aktionsforskningsprojekt har genereret. Først introducerer jeg de fire artiklers og de to abstracts sammenhæng til aktionsforskningsprojektet, og hvad de bidrager med. Derefter præsenteres et kort resumé af artiklerne, som primært har fokus på artiklernes hensigt, metode, fund og diskussioner og konklusion.

Introduktion til afhandlingens artikler og konference-abstrakt
Dette kapitel i afhandlingen giver en kort introduktion til fire artikler: én faglig og tre videnskabelige artikler. Artiklerne præsenterer væsentlige analyseresultater fra projektet, og de er alle skrevet på baggrund af det gennemførte aktionsforskningsprojekt (2013-2015). De videnskabelige artikler fører således erkendelser fra aktionsforskningsprojektet ind i relevante akademiske fagfællesskaber og diskussionsføra. Artiklernes analyser udfolder vigtig viden omkring betydningsdannelse, forbedring og forandring i forhold til genstandsfeltet: 


I artiklerne `Aktionsforskning på arbejdet’ og `Negotiating ”change” in collaborative research combining action research and poststructuralist thinking’ bidrager jeg især til diskussioner om, hvad man kan lære af at arbejde konkret med en poststrukturalistisk inspireret

De to artikler ’Det muliges kunst. Om betingelserne for det tværsektorielle samarbejde i et New Public Management orienteret sundhedsvæsen’ og ’Spændt ud mellem top-down og bottom-up. Om forbedringsforståelser når der arbejdes på tværs i det danske sundhedsvæsen’ bidrager på hver deres måde til diskussioner om, hvordan institutionelle betingelser og vilkår har afgìrende betydning for de sundhedsprofessionelles arbejde med at forsøge at forbedre tværsektoriel kommunikation og samarbejde. I disse to artikler har jeg bevæget mig ind analyserne med et mere diskursanalytisk blik. Jeg tager i begge artikler fat i de paradokser og spændinger, som blev tydeligere og tydeligere, jo længere vi kom frem i aktionsforskningsforløbet. I den første artikel diskuterer jeg, hvordan de sundhedsprofessionelle gennem styring og selvledelse bidrager til at fastholde og reproducerere bestemte forståelser og handlemåder knyttet til udskrivningen. I den anden artikel viser jeg, hvordan de sundhedsprofessionelle forstår og forsøger at skabe mulighedsrum til forbedring af deres praksis.

De to abstracts: How can action research provide a more participated dialog between the health professionals, when elderly patients are discharged from hospital? og A Coherent and Holistic Patient perspective is an unreflective taken-for-granted talk in integrated care er begge præsenteret og diskuteret på International Conference on Integrated Care i henholdsvis 2015 og 2016. Når jeg har taget de to konference-abstracts med i denne afhandling, er det for at demonstrere vittigheden af at bringe forskningsprojektets gene-
rede erkendelser ind i fagfællesskaber, hvor en poststrukturalistisk kritisk utopisk aktionsforskning inspireret tilgang kan inspirere til nye fællesskaber. På begge konferencer oplevede jeg andre forskeres interesse for såvel mine forskningsresultat som for den metodologiske tilgang. Måske er jeg den nye pige i klassen, men også hende det kan være inspirerende at lege med.

`Aktionsforskning på arbejde`

**Hensigten** Artiklens hensigt er at beskrive, hvordan vi i en tværfaglig og tværzektoriel aktionsforskingsgruppe udviklede og afprøvede eksperimenter med henblik på at forbedre tværzektoriel kommunikation omkring udskrivelsesprocessen af ældre patienter. Desuden giver artiklen et bud på, hvordan det er muligt at arbejde med aktionsforskning i en travl hverdag i sundhedsvæsenet.

**Fund og diskussion:** Det blev afgørende for aktionsforskningsgruppen at arbejde med, hvordan de kunne få mere viden om hinandens praksisser i forbindelse med udskrivelsesprocesserne. Forslag til eksperimenter tog afsæt i tre fokusområder 1) at styrke de formelle og uformelle relationer mellem fag og sektorer, 2) at se på hinanden som kollegaer og 3) at skabe rum til dialogisk kommunikation. De eksperimenter, der blev afprøvet, var bl.a. tværfaglige konferencer og tværsektorielle udviklingsbesøg samt udarbejdelse af forslag til at etablere tværsektorielle nøglepersoner, som var vidende om den anden sektor. Desuden viser artiklen, hvordan deltagerne oplevede aktionsforskningsstilgangen som en tilgang, der skabte et demokratisk frirum, hvor de bl.a. følte sig forpligtede og ansvarlige i forhold til både proces og resultat. Artiklen viser også, hvor vanskeligt det efterfølgende var at holde fast i aktionsforskningsforløbets resultater på trods af et stort engagement og ledelsesmæssig opbakning.

**Konklusion** På trods af udfordringerne ved at arbejde med aktionsforskning, som det teoretiske og metodiske afsæt gav, viser projektet, at netop denne tilgang gav mulighed for at medarbejdernes praksisnære viden og deres forskellige former for forståelser på tværs af fag- og sektorgrænser har bidraget til forbedring af den tværsektorielle kommunikation og samarbejde i forbindelse med ældre patienters udskrivelse.
Negotiating “change” in collaborative research combining action research and poststructuralist thinking


Hensigten med artiklen er at vise, hvordan forskellige forståelser og implementeringer af forandring træder frem i tre forskningsprojekter, hvor forskningsprocesserne i dem alle er kollaborative og optaget af at skabe forandring.

Metode: Artiklens empiriske materiale er genereret i et samarbejde mellem forskere og praktikere og praktikere imellem. Alle tre projekter integrerer ideer om sprog, magt og sty- ring som uundgåelige dimensioner i studier af offentlige organisationer i Danmark. Vi ind- ledte vores diskussioner med hinanden med reflekterende teamarbejde (Andersen, 1987;


**Konklusion:** Ved at koble aktionsforskning med et poststrukturnalistisk vidensperspektiv blev det muligt for os at få greb om de kompleksiteter, som knytter sig til forandring i en aktionsforskningsproces, når forandring er noget, der samskabes. Vi fik blik for diversiteten i forandringsbegrebet, og vores analyses konkrete eksempler illustrerer, hvorledes bevægelser og spændinger mellem de konkrete forandringsbegreber og -praksisser er nødvendige at udforske, hvis man vil begribe og lære af hverdagspraksis i organisationer, og hvis man vil sætte dialoger i gang i selvsamme organisationer.

`Det muliges kunst. Om betingelserne for det tværsektorielle samarbejde i et New Public Management orenteret sundhedsvæsen’

I denne artikel tager jeg fat i et af de mest centrale fund, som aktionsforskningen har genereret; hvordan de institutionelle betingelser både på hospital og i kommunen har afgørende betydning for sundhedsprofessionelles muligheder og begrænsninger i forhold til at kommunikere og samarbejde omkring udskrivelser af ældre patienter (Høgsgaard, 2016a).
Artiklen repræsenterer de dilemmaer, spændinger og paradokser som såvel workshops som aktionsforskningsgruppens arbejde viste sig producere og reproducere gennem bestemte forståelser og handlemåder. Artiklen tager afsæt i en forståelse af, at der er findes en stærk diskurs om nødvendigheden af et velfungerende tværsektorielt samarbejde, der skal understøtte idéen om et sammenhængende sundhedsvæsen. Jeg tager i artiklen fat i, hvordan denne idé isoleres fra og grundlæggende udfordres af den `New Public Management´ (NPM)-logik, der har præget de seneste årtiers styring og organisering i sundhedsvæsenet.

**Hensigtt:** Hensigten med artiklen er at problematisere idéen om, at der kan skabes et bedre sammenhængende sundhedsvæsen ved alene at styrke indsatsen på det lokale niveau, fx ved at sende de sundhedsprofessionelle på kurser. Desuden ser jeg på, hvordan de institutionelle rammer og betingelser får betydning for muligheden for at kommunikere om samarbejde på tværs af sektorerne. Med Foucaults forståelse af viden, magtrelationen og governmentality viser artiklen, hvad og hvordan det tværsektorielle samarbejde sprogliggøres, forhandles og praktiseres af de sundhedsprofessionelle, når patienter udskrives fra hospitalet.

**Fund og diskussion:** Analysen af de to fortællinger viser, at forskellige styringsteknikker og teknologier åbner og lukker for bestemte subjektspositioner, og at det giver aktørerne særlige handlerum. Aktørerne trækker klart på bestemte videnskomplekser i deres forståelse af, hvordan det tværsektorielle samarbejde kan praktiseres, og hvordan de selv bedst kan handle. Der er tale om styringsteknologier som akkreditering, Lean, fælles sprog, Bestiller-Udfør-Modellen og regionale sundhedsaftaler. Jeg viser de forskellige paradokser i arbejdet. Fx at kendskabet til den enkelt patients situation er fraværende i begge sektorer på trods af, at de begge finder, at viden om den konkrete patient er væsentlig at få fra den anden sektor. Endelig diskuteres det i artiklen, hvordan samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle i de to sektorer snarere foregår som en ’kamp’ end som et reelt samarbejde omkring patientens sygdoms og plejeforløb. Det er en kampplads, hvor de så at sige kæmper om retten til at afvise patienten, og hvor de oplever, at kontakten med den anden sektor forstyrrende – i værste fald spild af tid.

**Konklusion:** Konklusionen er, at på trods af en stærk diskurs om, at det er nødvendigt med et velfungerende tværsektorielt samarbejde, så er de institutionelle betingelser og vilkår med til at begrænse samarbejdet. Den måde, de to sektorer er organiserede og tænker på, gör det vanskeligt for dem at arbejde på tværs. Fortællingerne om patientens udskrivelse viser, hvordan spændinger i samarbejdet om udskrivelsen på en gennemgribende facon påvirker de sundhedsprofessionelles arbejdsvilkår og skaber paradokser i det tværsektorielle samarbejde, som virker uløselige. Det bliver derfor ’det muliges kunst’ for de sundhedsprofessionelle konkret at skabe et tværsektorielt samarbejde mod strømmen, som reelt kan understøtte idéen om det sammenhængende patientforløb. Med denne artikel bidrager jeg til diskussionen om, hvor åbenlyst problematisk det er at tale om et sammenhængende sundhedsvæsen, når de sundhedsprofessionelle stilles over for sektoropdelte NPM-orienterede styringsteknologier, som sætter sig stærkt igennem hos den enkelte med selvedelses- og overlevelsesstrategier.
`Spændt ud mellem top down og bottom up. Om forbedringsforståelser når der arbejdes på tværs i det danske sundhedsvæsen’

Selvom det danske sundhedsvæsen anno 2016 er præget af en stærk selvfølgeliggjort discurs om, at behandling og pleje af patienter må og skal forbedres, synes det nærmest umuligt for de sundhedsprofessionelle, der arbejder i direkte kontakt med patienterne, at inkludere deres faglige viden og praksisnære erfaring i dette forbedringsarbejde. I denne artikel (Høgsgaard, 2016b) undersøger jeg, hvordan de seneste årtiers fokus på evidens, dokumentation, effektivitet og standardisering har fortrængt de sundhedsprofessionelles muligheder for at bidrage med deres kontekstorienterede og professionsorienterede viden i arbejdet med at forbedre praksis. Problemstillingen om at forbedre praksis er således spændt ud mellem en top down og bottom-up styringslogik (Bogason, 1998; Sabatier, 1986; Sørensen, 1998).

**Hensigt:** Artiklens hensigt er at undersøge, hvordan det er muligt at begribe forbedringsprocesser i det danske sundhedsvæsen, når sundhedsprofessionelle samarbejder tværektorielt om at udskrive ældre patienter fra hospitalet. Jeg argumenterer for, at den kontekstorienterede faglige viden, som de sundhedsprofessionelles repræsenterer, er nødvendig at inddrage i forbedringsarbejdet i sundhedsvæsenet. Formålet er også at vise, hvor kompliceret og spændingsfyldt denne opgave er, og at diskutere, hvordan de sundhedsprofessionelles tilsyneladende passivitet og modstand samtidig er et forsøg på at forvalte og holde fast i deres professionsfaglige ansvar over for patienter, borgere og pårørende.

**Metode:** Analysens empiriske materiale er transskriberet materiale fra ni aktionsforskningsdage i efteråret 2014 og mine tilhørende logbogsnotater. Analysens spørgsmål er: Hvordan inkluderes og ekskluderes bestemte vidensformer og handlemåder i aktionsforskningssgruppens måder at tale om at forbedre deres fælles praksis på? Hvilke spændinger tales frem, og hvordan åbner spændinger op for forskellige og flertydige forståelser af det ’at forbedre’ det tværektorielle samarbejde? Med udgangspunkt i disse analysestrategiske spørgsmål fokuseres der på aktionsforskningssgruppens artikulation af, hvordan de opleve-
de at kunne bidrages til ’at forbedre’ praksis, samt hvilke spændinger og modsætninger de italesatte.

**Fund og diskussion** I analysen viser jeg i fire eksempler, hvordan forskellige vidensformer er med til at konstruere en spændingsfyldt og kompleks forståelse af forbedring. Analysen viser, hvordan deltagerne har et håb om, at de ved at deltage i aktionsforskningsprojektet kan give stemme til det, der ellers undertrykkes og ekskluderes i en top down-forståelse af, hvordan forbedring af praksis kan ske. Desuden kommer aktionsforskningsgruppens frustrationer frem, når de til deres overraskelse oplevede, at kollegaerne afviste deres invitation til deltagelse. Det bliver til spændinger, hvor aktionsforskningens ideologi og forventning om deltagelse møder en travl hverdag i sundhedsvæsenet. Endelig viser analysen, hvordan den daglige drift både er en slags redningskrans, der kan holde én oppe, og et slags helle, der kan give ro og holde det forstyrrende forbedringsarbejde på afstand.

**Konklusion:** Jeg viser i artiklen, hvordan forbedringsarbejde er kompleks og spændingsfyldt og langt mere kompliceret end et blot spørgsmål om at kombinere top down- og bottom up-styring af arbejdet med forbedring. På den ene side handler det om at implementere top down-styret evidensbaserede standarder og retningslinjer, og på den anden side må man erkende, at forbedring af praksis også er kontekstuel og må give stemme til det tavse eller det, der er blevet gjort tavst, og som anses som værende upassende. Afslutningsvis reflekterer jeg over, hvordan de sundhedsprofessionelles ekspertviden også kan bidrage til at forbedre kvaliteten i det tværsektorielle samarbejde om patienters udskrivelse.

**How can action research provide a more participated dialog between the health professionals, when elderly patients are discharged from hospital?**

Dette abstract giver en introduktion til, hvordan det kollaborative arbejde i aktionsforskningsforløbet havde betydning for de sundhedsprofessionelles forståelse og samarbejde. Det tog udgangspunkt i spørgsmålene: *How can we compare our knowledge and experiences? How can we make space for relationships in the electronic communications systems?*
A Coherent and Holistic Patient perspective is an unreflective taken-for-granted talk in integrated care.

I dette abstract diskuterer jeg min historiske pointe om, at både fagprofessionelle og politikere i Danmark siden 1970’erne har været optaget af at gøre noget ved det tværsektorielle samarbejde. Desuden diskuterer jeg, hvordan fokus på et sammenhængende og helhedsorienteret patientperspektiv mere tager afsæt i sektorernes forståelseslogikker, traditioner og rutiner.

**Resume**

Denne afhandling beskæftiger sig med at undersøge tværsektorielt samarbejde og kommunikationspraksis imellem sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udkrives fra hospital til fortsat pleje, behandling og træning i eget hjem.


Altså beskæftiger jeg mig i denne afhandling med en ganske velkendt problemstilling. Mit bidrag til at forstå problemstillingens kompleksitet er inspireret af en poststrukturalistisk- og aktionsforskningsorienteret teoriramme. I afhandlingen undersøger jeg, hvordan det er muligt for de sundhedsprofessionelle gennem kollaborative processer at forbedre og forandre det tværsektorielle samarbejde og kommunikationen om patientens udskrivelse, men jeg ser også kritisk på, hvordan forandringsdiskurser muliggør det tværsektorielle samarbejde. Afhandlingen belyser således nogle af de modsætnings- og spændinger, der formes, former og omformes, når de sundhedsprofessionelle kommunikerer og samarbejder om patienters udskrivelse fra hospital.

Gennem aktionsforskningsførløbets kollaborative processer samproducerede praktikere fra de to sektorer og jeg nye erkendelser og viden om, hvordan det tværsektorielle samarbejde er både spændingsfyldt og komplekst. Jeg viser med afsæt i mit analytiske arbejde, hvor-
dan bestemte diskurser fastholder og fastholdes samt transformerer og transformeres i institutionelle begrænsede mulighedsrum, og hvordan positioneringer, beslutningsprocesser og den kollaborative forskningsproces er knyttet hertil. Jeg argumenterer videre for, hvordan jeg, med dette arbejde, kan gøde jorden for, at diskurssigtet kan blive en aktiv komponent i kollaborative forskningsstrategier, hvor forskere er aktive deltagere i forandringsprocesser.

Aktionsforskningsforløbet har givet indsigt i en række problemstillinger forbundet med at samarbejde og kommunikere tværsektorielt i forbindelse med ældre medicinske patienters udskrivelse. Afhandlingens konklusioner forholder sig til disse problematikker:

*For det første* viser aktionsforskningen, at det var problematisk, at de sundhedsprofessionelle ikke havde et tilstrækkeligt kendskab til *den anden sektors* praksis omkring udskrivelse af den ældre patient. Det betød, at udskrivelsesprocessen ofte var præget af misforståelser, manglende og utilstrækkelig dialog, samtidig med at de ofte havde en form for mistroiskohed over for hinanden, der netop var begrundet i manglende viden.

*For det andet* viste det sig, at det var udfordrende for deres samarbejde, at kommunikationen om udskrivelsen primært foregik via et elektronisk kommunikationssystem. I det elektroniske system kunne de primært udveksle data og informationer om patienten – uden dialog. Det var i dette system ikke muligt for de sundhedsprofessionelle at have en dialog omkring patientens situation. Ofte modtog de i begge sektorer informationer om patienten, som de enten ikke forstod, eller som ikke gav mening for dem i deres praksis.

*For det tredje peger* aktionsforskningen på, at udskrivelsessituationen let blev til en form for kampplads, hvor de sundhedsprofessionelle kæmpede om retten til at definere patientens plads i sundhedsvæsenet. Det er en kampplads, som er infiltreret af institutionelle styringslogikker, hvor de sundhedsprofessionelle anerkendes for handlinger, der kan gøre samarbejdet om udskrivelsen vanskeligt. Sygeplejersken på hospitala oplevede anerkendelse for hurtig at udskrive patienten, og kommunens visitator oplevede anerkendelse for at visitere færrest mulige ydelser, og hun vil derfor gerne have, at patienten ved udskrivelsen er så færdigbehandlet som muligt, hvilket kan betyde længere indlæggelsestid.

Det femte resultat handler om, at de sundhedsprofessionelle oplever det som konfliktfyldt at deltage i at forandre og forbedre deres praksis. Især har de seneste årtiers fokus på evidens, dokumentation, effektivitet og standardisering fortrængt de sundhedsprofessionelles muligheder for at bidrage med deres specifikke viden i arbejdet med forbed-ring. Ofte oplevede de, der arbejder i direkte kontakt med patienterne, det som umuligt at inkludere deres faglige viden og erfaringer i arbejdet med at forbedre praksis.
This dissertation examines cross-sector cooperation and communication practice amongst, and between, health professionals at the point when elderly patients are discharged from hospital.

The dissertation stems directly from my work in a collaborative action research project that was undertaken with healthcare professionals employed both in the medical department of a medium sized regional hospital and then a municipal home help service in Denmark. It is often communication and co-operation with other healthcare professionals that’s seen as problematic and can be the reason that elderly patients experience inadequate coordination and integration in their care and treatment process. With three historic examples, I show how since the 1970s cross-sector teamwork has been hotly debated; a debate involving health professionals, researchers and politicians. Analysis of selected policy documents shows that, in spite of decades of massive interest in doing something, problems with cross-sector cooperation are, if anything, even more pressing and urgent within discussions on the future of the Danish healthcare service today.

In other words, in this dissertation, I’m dealing with a very familiar problem. My contribution in trying to shed light on the complexity of the problem is inspired by a theoretical framework that is post-structural and informed by action research. The dissertation explores how it might be possible for healthcare professionals via collaborative processes to improve and change cross-sector teamwork and communication relating to patient discharge. It takes a questioning look at how, or if, current ‘change discourse’ actually facilitates cross-sector teamwork. This dissertation, therefore, highlights some of the contradictions and tensions that begin to emerge, solidify and transform, only to solidify again when healthcare professionals communicate and cooperate during the discharge of a patient from hospital.

Via the collaborative action research processes mentioned above, practitioners from the two respective sectors and I came up with new perceptions and understandings of the ten-
sions and complexities involved in cross-sector cooperation. Using my analytical and comparative work as a basis for evidence, I show that specific types of discourse are maintained and emerge and change within a restricted room for discursive manoeuvre, and how position taking, decision making processes and the collaborative research process all ‘work in’ with these scenarios. I argue, furthermore, how my approach can be said to lay the groundwork for my argument that discourse processes can form an active component in collaborative research strategies, in which researchers are found to be active participants in processes of change.

The action research processes in which I was involved have given key insights into a range of problems regarding cooperation and cross-sector communication vis-à-vis the medicinal discharge of elderly patients from healthcare supervision. The conclusion of the dissertation addresses the following problem areas:

*Firstly,* the action research found a problem area where healthcare professionals did not have sufficient knowledge of the other sector’s practice and procedures regarding the discharge of elderly patients. This meant that the discharge process was often characterised by misunderstandings, inadequate and insufficient dialogue, at the same time as they were often suspicious of each other; a suspicion that was based on precisely that lack of knowledge of the other.

*Secondly,* another issue that proved problematic was the fact that their cooperation regarding patient discharge was mainly done via electronic communication. In this electronic system, they could, in the main, only exchange data and information about the patient. In other words, it was not possible for these healthcare professionals to engage in general dialogue about the patient’s situation. Staff in both sectors often received information on a patient that they either didn’t understand, or that meant very little to them in terms of their own roles and practice.

*Thirdly,* the action research indicates that the discharge situation very easily became a bat-
In which the respective healthcare professionals fought for the right to define the patient's 'place' within the healthcare system. This is a battleground that is permeated with institutional management logic, where the healthcare professionals earn praise for engaging in actions that make the cooperation necessary for patient discharge more difficult. For example, a nurse at the hospital was praised for effecting a quick discharge of a patient. On the other hand, a community home help earned praise for providing the least possible services, and for that very reason, would want the patient as fully treated as possible on discharge from hospital.

A fourth piece of evidence from the action research was that the patient centred perspective was an idea that was simply taken for granted. In other words, it was a mantra that was often referred to, but in fact proved to be an 'empty signifier', which was either empty speech, or meant lots of different things to different healthcare professionals. It was often the case that a holistic approach to patient care was marked by each sector's own understanding of an integrated patient centred perspective.

The fifth piece of evidence from the research indicates that healthcare professionals feel it is stressful and difficult to be obliged to change and improve their working practices. In particular, the stress placed in recent decades on documentation, efficiency and standardisation has stymied the ability of healthcare professionals to contribute to the campaign for care and cooperation enhancement with their specific knowledge and expertise. Those that work in direct contact with patients often felt that that the idea that their expertise and healthcare experiences would be properly included in any campaign to improve working practises was just impossible.
Referencer


Foucault, M. (1982a). The Subject and Power on JSTOR.


Payne, S. (2002). The communication of information about older people between


Bekendtgørelse af lov om universiteter. København.


Figur oversigt:
Fig.1: Spiral of action research  side 52
Fig.2: Aktionsforsknings design  54
Fig.3: Mindmap over informanter  58
Fig.4: Fortælling om Johanne Hansen  76
Fig.5: Eksempel på gruppefremlæggelse  77
Fig.6: Kalenderoversigt  91
Fig.7: Vægavis  94

Bilagsfortegnelse:

Bilag 1: Ph.d. stipendium
Bilag 2: Information til patienter
Bilag 3: Godkendelse Datatilsynet
Bilag 4: Informationspjece
Bilag 5: Fordeling af timer
Bilag 6: Information om workshop
Bilag 7: invitation til lederworkshop
Ph.d.-stipendium:
Kommunikation i forbindelse med udskrivelse af ældre patienter fra sygehus til eget hjem


Et sammenhængende og borgernært sundhedsvæsen forudsætter hurtig, præcis og relevant kommunikation mellem alle involverede aktører. Der udvikles nationalt og regionalt et stadig mere specialiseret sygehusvæsen, med hurtigere patientforløb og flere ambulante behandlinger. Accelererede indlæggelsesforløb kan betyde, at flere komplekse pleje- og behandlingsopgaver skal varetages i primærsektoren, og at også patienten får en mere aktiv rolle i at følge behandlingsplanen. For et stort antal patienter med flere sideløbende, længerevarende lidelser og gentagne kontakter til sundhedsvæsenet skaber denne udvikling et eget behov for koordinering og kommunikation på tværs af fagspecialer og sektorer. Tidligere undersøgelser har peget på, at manglende sammenhæng i patientbehandlingen på tværs af sundhedsvæsnets organisering, kan påvirke behandlingskvaliteten negativt, og eksempelvis øge antallet af akutte genindlæggelser.

Fra patientens perspektiv er oplevelsen af sammenhæng i behandlingsforløbet afgørende. En sådan sammenhæng skabes ikke alene af den praktiserende læge, sygehuset eller kommunens social- og sundhedsfaglige medarbejdere, men også af patienten/borgeren selv (og i mange tilfælde patientens pårørende/netværk/ frivillige mv.).


Med udgangspunkt i erfaringer med udvikling af en mere effektiv og meningsfyldt tværfaglig kommunikation, som den der finder sted mellem kommunal primærsygeplejerske, egen læge og patienten/borgeren (og evt. dennes netværk) i forbindelse med og efter udskrivning fra hospitalet, igangsættes et dialogisk orientoeret ph.d.-projekt.
Projektets omdrejningspunkt er de involverede aktørers ønsker til det tværfaglige, tværsektorielle samarbejde, og til dialogen på tværs af de forskellige faglige perspektiver, og patientens levede hverdagsliv. Der skal i projektet arbejdes med disse ønsker i en fælles vidensproduktions- og forandringsproces, som sigter mod at fremme dialogiske kommunikationsprocesser, der bygger bro både på tværs af de forskellige fagligheder og på tværs af den sundhedsfaglige viden på den ene side, og patientens viden og erfaringer på den anden side.

Da der bliver stadigt flere ældre medborgere, som vil få brug for sundhedssystemet, tænkes fokus lagt på netop denne gruppe borgeres særlige vilkår og velfærdsstatens behov for at tilbyde kvalificeret omsorg, når ældre patienter udskrives fra hospitalen.

Etablering af tillidsfulde relationer mellem de ældre borgere/pårørende og de forskellige fagprofessionelle aktører vil styrke den enkeltes muligheder for og tiltro til igen at kunne klare sig og være myndig i sit eget liv.

Det anses som en fordel, at ph.d. stipendiaten involveres i et konkret samarbejdsprojekt omkring en udvalgt patientgruppe, og her er to projekter aktuelle.

**Projekt 1**

I 2014 forventes et projekt igangsat med fokus på de nye indsatser for borgere med flere kroniske sygdomme (multisygdom). Borgere med flere kroniske sygdomme har ofte mange kontakter til sundhedsvæsenet, og koordineringsbehovet er stort. Specifikt fokus for projektet vil skulle defineres i samarbejde med Holbæk Kommune og Holbæk Sygehus i ph.d.-forløbets første måneder. Yderligere information om dette projekt kan fås ved henvendelse til kvalitetudvikling@regionsjaelland.dk.

**Projekt 2**

Holbæk Sygehus og Holbæk Kommune har i 2013 og 2014 særligt fokus på tværsektoriel forløbsledelse på forløbsprogrammet for kronisk hjertesygdom. Et forløbsprogram er en beskrivelse af den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerede indsats af høj kvalitet for en given kronisk sygdom. Implementering af forløbsprogrammer udfordres typisk af, at forløbsprogrammet er tværsektorielt og tværfagligt, hvilket bl.a. stiller store krav til god kommunikation. Se evt. mere via nedenstående link:

http://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2013/Documents/1615/2059805.PDF


Ph.d.-projekten gennemføres i et samarbejde mellem Holbæk kommune og Region Sjælland, og der vil være mulighed for at indgå i regionale forskningsnetværk og aktiviteter.

Projektet er tænkt og formuleret indenfor en poststrukturalistisk, dialogisk, aktionsforskningssorienteret teoretisk ramme, hvor de involverede aktører indgår som medforskere i arbejdet med at forstå og forandre den eksisterende praksis med henblik på at skabe ny viden og konkrete forandringer, som er meningsfulde og tilfredsstillende for alle aktørerne.
For at komme i betragtning til stillingen skal kandidatgraden skal være afsluttet senest 1. august 2013.

**Ansøgningen skal indeholde:**
1. Projektbeskrivelse på 4-6 sider
2. Overordnet plan for et 3-årigt ph.d.-forløb
3. CV
4. Kopier af relevante eksamensbeviser
5. Specialeudtalelse(r)

Yderligere information om stillingen kan fås ved henvendelse til lektor Birgitte Ravn Olesen, bro@ruc.dk eller lektor Christina Hee Pedersen, chp@ruc.dk

Yderligere information om ph.d.-program og organisation kan fås ved henvendelse til ph.d.-skoleleder, lektor Keld Bødker, keldb@ruc.dk.

Bemærk, at der holdes sommerferie i juli.

**Ansøgningsfristen er 8. august 2013**
Materiale modtaget efter dette tidspunkt vil ikke blive taget i betragtning.

Vi modtager udelukkende ansøgninger via vores elektroniske rekrutteringssystem. For at søge stillingen skal du gå ind på stillingsannnoncen på vores hjemmeside under www.ruc.dk/job/phd/.

Her klikker du på knappen *Søg stilling her*, som står umiddelbart under annoncen. Derpå udfylder du ansøgningsformularen samt vedhæfter de i opslaget nævnte dokumenter. Slut af med at klikke på knappen *Send*.

Roskilde Universitet opfordrer alle interesserede til at søge stillingen, uanset alder, køn, religion eller etnisk tilhørsforhold.
Information om forskningsprosjektet:

**Kommunikation i forbindelse med udskrivelse af ældre medicinske patienter - fra sygehus til eget hjem.**

Tak for dit tilsagn om at deltage i mit forskningsprojekt, som er forankret ved Roskilde Universitet.

Jeg skal undersøge, hvordan vi kan gøre samarbejdet og kommunikationen mellem personale på sygehuset og i hjemmeplejen bedre – til gavn for patienter, borger og pårørende. Det er bevist, at der ofte går vigtige informationer tabt, når mange er involveret i en udskrivelse. Derfor er det vigtigt, at vi bliver bedre til at samarbejde.


Dine oplysninger vil indgå som data i min forskning, hvor du vil fremstå anonym.

Det er frivilligt at deltage, og du kan til enhver tid trække dig fra projektet.

Du giver hermed dit samtykke til at deltage i projektet.

Dato Underskrift

---------------------------------

Med venlig hilsen

Ditte Høgsgaard
Ph.d. studerende
Ovennævnte projekt er den 28. oktober 2013 anmeldt til Datatilsynet efter persondatalovens § 48, stk. 1. Der er samtidigt søgt om Datatilsynets tilladelse.


Oplysningerne vil blive behandlet på følgende adresse:
Løserup Strandvej 48, 4300 Holbæk, Roskilde Universitet, Universitetsvej 1, 4000 Roskilde, Holbæk Kommune, Kanalstræde 2, 4300 Holbæk og Holbæk Sygehus, Medicinsk Afsnit 035, Smedelundsgade 60, 4300 Holbæk.

TILLADELSE
Datatilsynet meddeler hermed tilladelse til projektets gennemførelse, jf. persondatalovens § 50, stk. 1, nr. 1. Datatilsynet fastsætter i den forbindelse nedenstående vilkår:

Generelle vilkår

Tilladelsen gælder indtil: 1. oktober 2016

Ved tilladelsens udløb skal du særligt være opmærksom på følgende:

Hvis du ikke inden denne dato har fået tilladelsen forlønget, går Datatilsynet ud fra, at projektet er afsluttet, og at personoplysningerne er slettet, anonymiseret, tilintetgjort eller overført til arkiv, jf. nedenstående vilkår vedrørende projektets afslutning. Anmeldelsen af dit projekt fjernes derfor fra fortegnelsen over anmeldte behandlinger på Datatilsynets hjemmeside.

---

1 Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger med senere ændringer.
Datatilsynet gør samtidig opmærksom på, at al behandling (herunder også opbevaring) af personoplysninger efter tilladelsens udløb er en overtrædelse af persondataloven, jf. § 70.

1. Ph.d.-studerende Ditte Høgsgaard er ansvarlig for overholdelsen af de fastsatte vilkår.

2. Oplysningerne må kun anvendes til brug for projektets gennemførelse.


4. Enhver, der foretager behandling af projektets oplysninger, skal være bekendt med de fastsatte vilkår.

5. De fastsatte vilkår skal tillige igtages ved behandling, der foretages af databehandler.


8. Oplysninger må ikke opbevares på en måde, der giver mulighed for at identificere de registrerede i et længere tidsrum end det, der er nødvendigt af hensyn til projektets gennemførelse.

9. En eventuel offentliggørelse af undersøgelsens resultater må ikke ske på en sådan måde, at det er muligt at identificere enkeltpersoner.

10. Eventuelle vilkår, der fastsættes efter anden lovgivning, forudsættes overholdt.

Elektroniske oplysninger – krav til sikkerhed


14. Udtagelige lagringsmedier, sikkerhedskopier af data m.v. skal opbevares forsvarligt aflåst og således, at uvedkommende ikke kan få adgang til oplysningerne.

**Manuelle oplysninger – krav til sikkerhed**

15. Manuelt projektmateriale, udskrifter, fejl- og kontrollister, m.v., der direkte eller indirekte kan henføres til bestemte personer, skal opbevares forsvarligt aflåst og på en sådan måde, at uvedkommende ikke kan gøre sig bekendt med indholdet.

**Oplysningspligt over for den registrerede**

16. Hvis der skal indsamles oplysninger hos den registrerede (ved interview, spørgeskema, klinisk eller paraklinisk undersøgelse, behandling, observation m.v.) skal der uddeles/fremsendes nærmere information om projektet. Den registrerede skal heri oplyses om den dataansvarliges navn, formålet med projektet, at det er frivilligt at deltage, og at et samtykke til deltagelse til enhver tid kan træckes tilbage. Hvis oplysningerne skal videregives til brug i anden videnskabelig eller statistisk sammenhæng, skal der også oplyses om formålet med videregivelsen samt modtagerens identitet.

17. Den registrerede skal endvidere oplyses om, at projektet er anmeldt til Datatilsynet efter persondataloven, samt at Datatilsynet har fastsat nærmere vilkår for projektet til beskyttelse af den registreredes privatliv.

**Indsigtsret**

18. Den registrerede har ikke krav på indsigt i de oplysninger, der behandles om den pågældende.

**Videregivelse**

19. Videregivelse af personhenførbare oplysninger til tredjepart må kun ske til brug i andet statistisk eller videnskabeligt øjemed.


**Ændringer i projektet**


22. Ændring af tidspunktet for projektets afslutning skal altid anmeldes.
Ved projektets afslutning

23. Senest ved projektets afslutning skal oplysningerne slettes, anonymiseres eller tilintetgøres, således at det efterfølgende ikke er muligt at identificere enkeltpersoner, der indgår i undersøgelsen.


25. Sletning af oplysninger fra elektroniske medier skal ske på en sådan måde, at oplysningerne ikke kan genetableres.

Ovenstående vilkår er gældende indtil videre. Datatilsynet forbeholder sig ret til senere at tage vilkårene op til revision, hvis der skulle vise sig behov for det.

Datatilsynet gør opmærksom på, at denne tilladelse alene er en tilladelse til at behandle personoplysninger i forbindelse med projektets gennemførelse. Tilladelsen indebærer således ikke en forpligtelse for myndigheder, virksomheder m.v. til at udlevere eventuelle oplysninger til dig til brug for projektet.

En videregivelse af oplysninger fra statistiske registre, videnskabelige projekter m.v. kræver dog, at den dataansvarlige har indhentet særlig tilladelse hertil fra Datatilsynet, jf. persondatalovens § 10, stk. 3.

Datatilsynet skal for god ordens skyld også gøre opmærksom på, at der i sundhedslovens § 46 findes særlige regler om videregivelse fra patientjournaler til forskning, herunder regler om Sundhedsstyrelsens godkendelse.

Anmeldelsen offentliggøres i fortægelsen over anmeldte behandlinger på Datatilsynets hjemmeside www.datatilsynet.dk.

Persondataloven kan læses/hentes på Datatilsynets hjemmeside under punktet "Lovgivning".

Advarsel – ved brug af Excel, PowerPoint m.v.
Den dataansvarlige skal til enhver tid sikre sig, at dokumenter og andre præsentationer, som publiceres eller på anden måde gøres tilgængelig for andre på internettet, usb-nøgle eller på andet elektronisk medie, ikke indeholder personoplysninger.

Der skal vises særlig agtpågivenhed i forbindelse med brug af grafiske præsentationer i Excel og PowerPoint, da de uforvarende kan indeholde indlejrede persondata i form af regneark, tabeller mv.
Præsentationer, der gøres tilgængelig på internettet, bør derfor omformeres til Portable Digital Format (PDF), da dette fjerner eventuelle indejrede Excel-tabeller.

Med venlig hilsen

Helene Arensbak Mørk
Ph.d. studerende
Ditte Høgsgaard

Roskilde Universitet
Universitetsvej 1
4000 Roskilde

diho@ruc.dk
mobil. :20486771

PROJEKTBESKRIVELSE
Kommunikation i forbindelse med ældre medicinske patienters udskrivelse fra sygehus til eget hjem

-at forstå og forandre-


**Introduktion til projektet**

Ph.d. projektets fokus er at undersøge, forstå og om muligt forandre den tværfaglige og tværsektorielle kommunikationspraksis, som foregår mellem de sundhedsprofessionelle i forbindelse med ældre medicinske multisyre patienters udskrivelse fra sygehus til eget hjem - og at skabe ny viden herom.

Jeg tager afsæt i de problemstillinger, der er i forbindelse med udskrivelsesprocessen, hvor det ofte er vanskeligt at lykkes med kommunikationen på tværs af forskellige sektorer, faggrænser og specialer. En vellykket kommunikation mellem parterne er især vigtig, når ældre medicinske patienter med flere sygdomme og lidelser og dermed mange kontakter med sundhedsvæsenet skal udskrives.

Jeg arbejder med problemfeltet ud fra en dialogisk kommunikations aktionsforsknings tilgang, hvor jeg som forsker arbejder i *et tæt samarbejde med praktikere*. Jeg er især optaget af, hvordan vores forskellige traditioner, kulturer og fordomme har betydning for såvel kommunikationen som for samarbejdet. Det er ligeledes centrale projektet, at den viden vi skaber sammen om muligt kan bidrage til at skabe forandring i jeres kommunikations praksis.

Projektets formål er at skabe videnskabelig *viden om*:

- de forskellige traditioner, kulturer og fordomme, der er i spil, når ældre medicinske patienter med flere sygdomme udskrives fra sygehus til eget hjem
- hvordan man i en aktionsforskningsramme kan samarbejde med praktikere fra forskellige sektorer og faggrupper om at udvikle og afprøve nye handlinger med henblik på at forbedre den kommunikative praksis mellem de involverende parter (Fx: de professionelle sundhedsaktører, patienter og pårørende)
- hvordan den fælles producerede viden om traditioner, kulturer og fordommes betydning for praksis kan formidles i praksis, så det giver mening og om muligt få betydning for de forskellige faggruppers fremtidige kommunikations- og arbejdsfællesskab.
Tidsplan og forløb - i korte træk


Holbæk Kommune/Sygehus

- Fase 1: 1.10.13-31.1.14
- Fase 2: 1.2.14-30.4.14
- Fase 3: 1.9.14-30.4.15
- Fase 4: 1.5.15-30.9.16

RUC


I fase 1, er der primært fokus på at indsamle data og informationsmateriale om, hvordan kommunikation og samarbejde i forbindelse med udskrivelsen af ældre patienter fra sygehus til eget hjem, foregår i dag.

For at få så mange perspektiver med som muligt vil jeg følge en patient fra indlæggelse, gennem indlæggelsen og ved udskrivelsen. Jeg vil undervejs gøre mig observationer og notater om forløbet, interviewe patient og måske pårørende, og interview de medarbejdere som er involveret i udskrivelsesprocessen.

I samarbejde med Holbæk kommune vælges den borger/patient, som jeg følger gennem indlæggelse til medicinsk afdeling 03-5 på Holbæk sygehus. Personen skal gerne være en ældre borger, som har flere sygdomme, og som har flere indlæggelser bag sig på medicinsk afdeling - gerne på 03-5.

Fase 1 afsluttes med en analyse af de indsamlede data, hvor jeg vil pege på problemstillinger, temaer og centrale pointer, som skal danne afsæt for det videre arbejde.


Fase 3 er aktionsforskningsprocessen. Forskningsgruppen består af 3 medarbejdere fra Holbæk kommune, 3 fra afdeling 03-5 og undertegnede. Med afsæt i de valgte temaer/problemstillinger arbejder vi os frem til fælles nye forståelser, indsigter og forslag til initiativer, der forhåbentlig vil kunne bidrage til at forandre rutiner og praksis omkring udskrivelsen af ældre medicinske patienter. Om muligt vil vi gennemføre udvalgte forslag - og se på, hvorvidt praksis ændres bl.a. ved at følge patienterne ny udskrivelsespraksis.

Fase 3 afsluttes med en workshops, hvor vi sammen sætter vores forståelser og forskningsresultater i spil.

I fase 4 arbejder jeg med materialet, hvor jeg samler de pointer og resultater, analyserne har vist og analyserer dem i en dialogisk kommunikativ teoretisk ramme. Måske bliver der i denne fase behov for at gentage interview, samtaler med jer og patienter. Fase 4 afsluttes med forsvar af min afhandling.
Samarbejdsmodel - og forbrug af timer

For at et aktionsforskningsprojekt, med høj grad af medarbejdere involvering skal kunne lykkes, er det vigtigt, at alle parter har et så klart billede af processen som muligt.

Som deltagere i aktionsforskningsprojektet er vi ligestillede. Det er altså ikke mig som forsker, der kommer og ser på jeres praksis, trækker mig tilbage i det videnskabsteoretiske hus og efterfølgende sender en rapport med mine pointer. NEJ - i denne aktionsforskningsproces er der fokus på, at vi sammen producerer viden om praksis og sammen forhandler os frem til, hvad og hvordan vi kan bidrage til forandring af praksis. Derudover er det min opgave at beskrive, analysere og bringe de forskellige forståelser, temaer og problemstillinger i spil, samt at beskrive og analysere workshops og aktionsforskningsprocessen ud fra en dialogisk kommunikations teoretisk forståelsesramme.

For at I kan indgå i aktionsforskningsprocessen, er det nødvendigt, at I har prioriteret tid til opgaven.

I nedenstående skema gives en oversigt over det antal medarbejdere og timeforbrug, som der forventes at være behov for - og som der er indgået aftale om:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2 møder á 1 time</td>
<td>6-8</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Interview enkelt/fokusgruppe á 1-2 timer</td>
<td>2-5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2-3 workshops á 7 timer</td>
<td></td>
<td>7-10</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aktionsforskningsproces á 100 timer</td>
<td></td>
<td></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Analysearbejde á 10 timer</td>
<td></td>
<td></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Afsluttende workshop á 7 timer</td>
<td></td>
<td></td>
<td>7-10</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Afsluttende præsentation</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>?</td>
</tr>
<tr>
<td>Antal max. Timer i alt</td>
<td>26</td>
<td>200</td>
<td>300</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Afsluttende kommentarer

Jeg glæder mig meget til samarbejdet og håber, at vi i fællesskab og på baggrund af vores forskellige forståelser kan få en nuanceret forståelse af, hvorfor det er svært at samarbejde på tværs af sektorer og fag - og at vi på den baggrund kan komme med forslag, der om muligt kan bidrage til forandring og forbedring af den nuværende samarbejds- og kommunikationspraksis, når medicinske patienter udskrives til eget hjem.

På forside af denne projektbeskrivelse er der et billede af et fjeld, som skal illustrere, at dette er en proces, hvor vi ved at hjælpe og forstå hinanden kan nå nye step, og hvor vi undervejs kan nyde udsigten. Selvfølgelig ej jeg også nysgerrig på, hvordan der ser ud fra toppen af fjeldet - og hvad nyt vi mon ka’ se 😊

Har I spørgsmål eller kommentarer er I altid meget velkomne til at kontakte mig.

Hvis I er interesseret i at læse om aktionsforskning vil jeg anbefale artiklen Aktionsforskning - om at skabe meningsfuld viden og forandring sammen, af Birgitte Ravn Olesen, lektor på RUC. Den er fra bogen: Fra metateori til kommunikation, af Pernille Almlund, Nina Blom Andersen (red), Hans Reitzels Forlag, 2011.
Tillæg til

AFTALE OM SAMFINANSIERET PH.D. UDDANNELSE

Mellem parterne:

Roskilde Universitet
NN Kommune
Ph.d. studerende Ditte Høgsgaard.


NN kommune forpligter sig til at stille kontorfaciliteter, adgangskort, mail og IT-faciliteter til rådighed.

Som en del af projektet involveres et antal medarbejdere fra NN kommune direkte i aktionsforskningsforløbet. Behovet for medarbejdernes involvering er:

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>2013</th>
<th>2014</th>
<th>2015</th>
<th>2016</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Antal medarbejdere der deltager i:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2 Møder á 1 time</td>
<td></td>
<td>6-8</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Interview enkelt/fokusgruppe á 1-2 timer</td>
<td></td>
<td>2-5</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2-3 Workshops á 7 timer</td>
<td></td>
<td>7-101</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Aktionsforskningsprocessen á 100 timer</td>
<td></td>
<td>32</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Analysearbejde á 10 timer</td>
<td></td>
<td>3</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Afsluttende workshop á 7 timer</td>
<td></td>
<td>7-10</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Afsluttende præsentation á 2 timer</td>
<td></td>
<td>?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Antal max. timer i alt:</strong></td>
<td>26</td>
<td>200</td>
<td>300</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Workshops foregår i april 2014
2 Aktionsforskningsprocessen foregår september-december 2014

NN Kommune er forpligtet til, at de ovenfor nævnte antal medarbejdere stilles til rådighed i de nævnte timer og tidspunkter.

dato 8. November 2013

………………………………………………………………………………………………
Underskrift RUC
Underskrift NN Kommune ph.d. studerende
**Invitation WORKSHOP**


Jeg er nået frem til, at nedenstående tre overordnede tematikker synes at have betydning:

1) **Helheds vs del-orienteret patientperspektiv**
2) **Et professionsfagligt ansvar vs dokumentation, aftale og regler**
3) **Information vs kommunikation og dialog.**

**Hensigten med workshop** er at præsentere, diskutere og problematisere mine fund og problemstillinger inden for de tre tematikker med jer, så vi gennem udveksling af erfaringer og synspunkter kan identificere paradokser, dilemmer og muligheder og dermed skabe nye indsigt og forståelse for kommunikationspraksis på tværs af sektorer og fagspeciale.

**Deltagerne:** i de tre workshop vil være de sundhedsprofessionelle personer, som er involverede i udskrivelsen af ældre medicinske patienter som sygeplejersker, terapeuter, social – og sundhedsassistenter- og hjælper, læger og specialister ect. I alt ca. 15 personer fra såvel primær som sekundær sektor.

**Metode:** Hver workshop indledes med, at jeg præsenterer og problematiserer mine fund, som vi efterfølgende sammen skal diskutere, problematisere og nuancere. Diskussionerne vil foregå på forskellige måder - i små og store grupper,

**Sted og tid:** Alle tre workshop afholdes på Søminestationen, Dragerup, Skovvej 10, 4300 Holbæk. Mit mobil nr.: 20486771
Vi begynder kl. 9 og slutter kl. 15. Der serveres kaffe/te og brød – og en let frokost

**Tilmelding:** senest 28.2.2014 til nærmeste leder.
Gerne 2 sygeplejersker og 1 social- og sundhedsassistent fra plejegruppen til hver workshop.

**Tirsdag d. 1. april:** "Information vs kommunikation og dialog"
**Onsdag d. 9. april:** "Et professionsfagligt ansvar vs dokumentation, aftale og regler"
**Fredag d. 25. april:** "Helheds vs del-orienteret patientperspektiv"

vel mødt

Ditte Høgsgaard, ph.d. studerende
**Temaeftermiddag for ledere**

På baggrund af min analyse af interviews, dokumentmateriale, feltobservationer kan jeg se, at der synes at være særlige måder at kommunikere og forstå det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde på - når ældre medicinske patienter skal udskrives fra sygehus.

Jeg har nu på 3 workshop diskuteret og nuanceret mine pointer med medarbejder repræsentanter fra begge sektorer. I alt har ca. 30 personer med forskellige faglige bagrunde givet deres vurdering og perspektiver - og sammen har vi nuanceret mine fund yderligere. Det har været rigtig interessant og har bragt mig videre i den proces jeg fortsat er i, hvor jeg arbejder på at afklare, hvilke konkrete tema(er), der skal danne afsæt for efterårets aktionsforskningsproces.

Hensigten med denne temaeftermiddag er dels at præsenterer mine fund for jer, diskutere og nuancerer yderligere og at I giver jeres perspektiver på, hvad I mener det er vigtigt at der bringes videre i aktionsforskningsprocessen.

**Dagens program**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tid</th>
<th>Indhold</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>12:00 - 12:30</td>
<td>Velkomst, sandwich</td>
</tr>
<tr>
<td>12:30 - 13:15</td>
<td>Præsentation af projektet</td>
</tr>
<tr>
<td>13:15 - 13:30</td>
<td>Spørgsmål og kommentarer</td>
</tr>
<tr>
<td>13:30 - 14:15</td>
<td>Billede øvelse 1</td>
</tr>
<tr>
<td>14:15 - 14:30</td>
<td>Pause</td>
</tr>
<tr>
<td>14:30 - 15:15</td>
<td>Billede øvelse 2</td>
</tr>
<tr>
<td>15:15 - 15:45</td>
<td>Opsamling, hvad tager vi med</td>
</tr>
<tr>
<td>15:45 - 16:00</td>
<td>Forslag til det videre forløb</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Temaeftermiddagen foregår på Holbæk vandrehjem Ahlgade

Vejleder, Lektor Christina Hee Pedersen, RUC, vil være min hjælper og assistent

Vel mødt ☻