

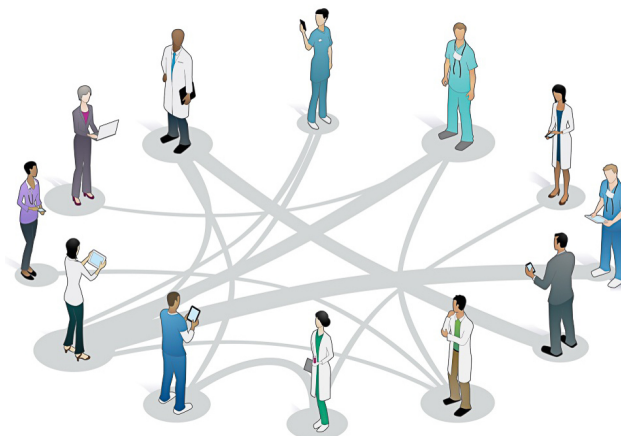


Tværsektoriel samarbejde og kommunikation imellem sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udskrives.

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:



Roskilde Universitet



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
<i>Tre historiske nedslag.....</i>	<i>11</i>
<i>Fortsat en aktuel debat.....</i>	<i>14</i>
<i>Tværsektorielt samarbejde og kommunikation i et historisk forskningsperspektiv.....</i>	<i>15</i>
Kollaborativ kritisk forskning med de sundhedsprofessionelle	17
Forskningsspørgsmål	17
Afhandlingens opbygning.....	18
Kapitel II.....	20
Teoretiske ståsteder og tilhørende overvejelser	20
Poststrukturalismens og aktionsforskningens historik	21
<i>Aktionsforskningen og udvalgte forgreninger.....</i>	<i>22</i>
<i>Poststrukturalismen.....</i>	<i>24</i>
Tilgange der udfordrer, beriger og komplementerer.....	26
<i>Subjektpositionering og aktørdeltagelse</i>	<i>27</i>
<i>Kritik som forstyrrelse og utopi.....</i>	<i>31</i>
<i>Videnskabelse i kollaborativ handlen.....</i>	<i>33</i>
At forandre og forbedre kommunikationspraksis.....	35
Kapitel III.....	38
Et aktionsforskningsprojekt bliver til	39
Deltagelse og forskningsetik	39
<i>Etiske overvejelser, når patienter er involverede</i>	<i>40</i>
<i>Etiske overvejelser i aktionsforskning</i>	<i>42</i>
<i>Anonymitet og aktionsforskning.....</i>	<i>45</i>
<i>Aktionsforskeren – en særlig privilegeret aktør og deltager</i>	<i>47</i>
<i>At udfordre insider-sygeplejersken.....</i>	<i>49</i>
Organisering af projektet.....	50
<i>Projektdesign og forløb.....</i>	<i>51</i>
Aktionsforskning, fase I	54
Ud i feltet.....	55
<i>Fra indlæggelse til udskrivelse.....</i>	<i>56</i>
<i>Interview med sundhedsprofessionelle</i>	<i>57</i>
<i>Dokumenter om udskrivelse</i>	<i>59</i>
Analyse I.....	59
<i>Fra Skejby til Skotland.....</i>	<i>61</i>
<i>Fem tematikker reduceres til tre</i>	<i>62</i>
Aktionsforskning, fase II	64
Workshops.....	64

Workshopdeltagere	68
Workshopdesignmetoder	71
Workshop for ledere	79
Analyse II	81
Aktionsforskning, fase III	85
En kritisk utopisk aktionsforskningsproces.....	85
Aktionsforskningsgruppen, valg og deltagelse	86
Udvikling af procesdesign og forbedringsforslag	90
Analyse III.....	95
Resultater genereret af en aktionsforskningsproces	96
Udvikling og gennemførelse af lokale eksperimenter, type 1.....	97
Kollaborativt produceret viden, type 2	103
Aktionsforskning fase IV.....	112
Evaluering af forløbet.....	113
Validitet i aktionsforskning.....	114
Analyse IV	118
Aktionsforskningens bidrag til erkendelse af 'At forbedre og forandre'	118
Betydningen af at arbejde med en poststrukturalistisk inspireret aktionsforskningstilgang...	120
Betydningen af at arbejde med en poststrukturalistisk inspireret aktionsforskningstilgang...	123
KAPITEL IV	125
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

Denne artikelbaserede afhandling er samfinansieret af Forskerskolen på Kommunikation og Humanistisk Videnskab, Roskilde Universitet, Region Sjælland/Holbæk Sygehus og Holbæk Kommune. Desuden har medicinsk forskningsfond på Holbæk Sygehus og Dansk Sygeplejeråd bidraget med økonomiske midler til konferencer og studieophold. Jeg er taknemmelig over den tillid og støtte, I har vist mig. Tak.

Afhandlingen er resultatet af en vandring, som jeg nysgerrig, fuld af gå-på-mod og med til tider barnlig iver kastede mig ud i i sensommeren 2013. Den har ført mig langt omkring både helt konkret – så langt væk som Skotland og Canada – og fra sygeplejefaglige praksisrefleksioner til akademiske og filosofiske diskussioner. Jeg har følt mig som en vandringskvinde, der hele tiden var på vej. Nogen gange har jeg bevæget mig med raske skridt og lethed, og andre gange meget langsomt i sneglefart med stok og støtte. Mange gange er jeg snublet og har fået en hånd, et træk, et skub her og der. Jeg er gået af farlige, ufremkommelige og nogen gange blinde stier, og har fået hjælp til at komme tilbage på sporet. Flere har fulgt mig på min vej, og jeg har delt mine oplevelser med andre vandringskvinder og -mænd, som jeg mødte på min vej. Men der har også været lange lige strækninger og stejle klipper, som jeg har måttet klatre op ad alene.

De personer, der har deltaget i min forundersøgelse, været med på workshops og i aktionsforskningsgruppen, har været uundværlige deltagere i projektet. Uden deres nysgerrighed, kritik, opmuntring og omsorgsfuldhed over for mig og projektet ville jeg aldrig være nået her til. Tak for jeres viden, inspiration, støtte og engagement fra først til slut i projektet. Tak for det, vi har skabt sammen. Især tak til Anders Rutkjær Kristensen, Anja Møllnizt Lund, Annette Seidenfaden, Charlotte Vendelbo Christensen, Denise Rasmussen og Susanne Pedersen, og til medarbejdere og ledere i Holbæk Kommune, Holbæk Sygehus og afdeling 03-5 – uden jer havde der slet ikke været noget forskningsprojekt.

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 I har lært mig, uden jeres støtte og hjælp var jeg aldrig kom-

met i mål. Tak til forskningsgruppen Center for Dialogisk Kommunikation på Institut for Kommunikation og Humanistisk Videnskab, som under professor Louise Phillips kyndige og inspirerende ledelse altid har været interesserede og engagerede i en til tider noget vildfaren ph.d. studerendes tanker og idéer. Tak til mine medstuderende Nana Gammelgaard Stæhr, Jannie Uhre, Jonas Agerbæk Jeppesen, Michael Scheffmann-Petersensom og Tine Rosenthal Johansen, som undervejs har bidraget til væsentlige diskussioner og inspiration. En særlig tak til Tine Rosenthal Johansen, som igennem hele forløbet har kunnet se, hvor jeg egentlig var på vej hen. Tak til Forskningens Hus i Holbæk for interessante diskussioner og opbakning.

Tak til familie og venner for jeres tro på, at jeg kunne – og for jeres utrættelige opbakning. Alle har støttet mig undervejs i processen og været til trøst, når det hele bare var for svært. Tak til Frank og til min søn Nicolai for troen på og stoltheden over sin mor. Til min datter Nanna for kærlig opmuntring og for altid inspirerende og kloge samtaler. Til min søster Helle, som i den grad har støttet mig og bidraget med knivskarpe pointer. Hun har givet mig mod på at holde fast i projektets praksisforankring og altid opmuntret mig, når jeg syntes, at projektet bare var for plat og *intet-nyt-under-solen*. Ikke mindst har de mange oplevelser fra Jacobs sygdomsforløb forpligtet mig på at *gøre noget*. Tak for alt Jacob. Til min søster Christel og Christian for bidraget til, at dette også har været en kreativ vandring, og som sammen med Sarah har fulgt mig fra deres elskede Australien. Tak til alle fantastiske venner, der har støttet og hjulpet mig undervejs. Især tak til Janne Rasmussen for altid hudløs ærlighed og trolige deltagelse i alle mine eskapader. Tak til Lisbeth Hypholt for inspirerende diskussioner og forståelse af, hvor fantastisk, men til tider også helt umuligt, det er at lave en afhandling. Endelig TAK til Bodil, som følger mig fra sin himmel.

December 2016

Prolog

Denne afhandling tager sit afsæt i et samarbejde mellem Holbæk Kommune, Region Sjælland/Holbæk Sygehus og Roskilde Universitet om at *gøre noget* ved problemstillingen, der handler om, at kommunikationen imellem de sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udskrives fra hospitalet, ikke fungerer tilfredsstillende. Det blev til et 3-årigt ph.d.-stipendiat-opslag (bilag 1). Nysgerrigt læste jeg opslaget, og med mine mangeårige erfaringer som sygeplejerske vidste jeg, at problemstillingen på mange måder stadig var højaktuel. Jeg blev uddannet som sygeplejerske i 1983, og min afsluttende opgave handlede netop om det tværsektorielle samarbejde. Sidenhen har jeg i min karriere på forskellige måder interesseret mig for problemstillingen. Efter godt 20 år i uddannelsesverdenen vendte jeg i 2009 tilbage til jobbet som sygeplejerske og til den direkte patientpleje på en medicinsk hospitalsafdeling. Jeg har således helt aktuelle erfaringer med de udfordringer, man som sundhedsprofessionel står overfor, når man skal samarbejde og kommunikere tværsektorielt om patientens udskrivelse fra hospital til den kommunale hjemmepleje. Som sygeplejerske på en medicinsk afdeling har jeg således selv været involveret i problemstillingen og kender til de problemstillinger og frustrationer, samarbejdet ofte indebærer, og som synes at være en væsentlig og voksende problemstilling i det danske sundhedsvæsen. Derfor er jeg også gået til dette ph.d.-projekt med en stor ydmyghed, og jeg har fra starten været helt klar over, at enkle løsninger, entydige forklaringer eller hurtige *fix it*-løsninger ikke bare lå derude og ventede.

Opslaget tiltrak mig også, fordi det skulle være et poststrukturalistisk 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 demokratisk samarbejde i fællesskab kan forandre og forbedre vores livs- og arbejdsbetingelser – og dermed også det tværsektorielle samarbejde. Samtidig var det befriende for mig, at opslaget også indeholdt en 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-

ståelser 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 handle- rum. Denne afhandling er mit bidrag.

Velkommen til en vandring igennem et broget landskab, der byder på lange lige stræk- ninger, knortede stier, stjernestunder og stejle skrænter.



Kapitel I

I dette kapitel I introducerer jeg forskningsprojektets problemstilling og de institutionelle og historiske kontekster, problemstillingen er indlejret 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

Denne afhandlings genstandsfelt er: *Sundhedsprofessionelles tværsektorielle kommunikationspraksis, når ældre patienter udskrives fra hospital til fortsat pleje, behandling og træning i en kommunal hjemmepleje*¹. Det er et samfinansieret ph.d.-stipendie (bilag 1), som er blevet til på baggrund af et samarbejde mellem ledelsen ved Holbæk Kommune, Region Sjælland/Holbæk Sygehus og Roskilde Universitet. At en kommune og en hospitalsledelse finder sammen om et ph.d.-stipendiat-opslag, ser jeg som udtryk for deres håb om, at de ved at involvere medarbejdere fra begge sektorer og aktionsforskere kan samskabe forandring og forbedring af den fælles tværsektorielle kommunikationspraksis. Begge sektorer havde således et ønske om at skabe forandring og forbedring af deres fælles tværsektorielle kommunikationspraksis – og med god grund. Ofte er det netop kommunikationen og samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle, der opfattes som problematisk (King et al., 2013; Kripalani et al., 2011; Schoenborn, Arbaje, Eubank, Maynor, & Carrese, 2013; Sundhedsstyrelsen, 2011) og som årsagen til, at ældre medicinske patienter² gennemgår hyppige uhensigtsmæssige genindlæggelser og grunden til, at patienter og pårørende oplever manglende koordinering og sammenhæng i deres pleje- og behandlingsforløb. Udover et håb om, at et aktionsforskningsprojekt kan bidrage til at forbedre og forandre kommunikationspraksis, lagde ph.d.-opslaget også op

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 hospitalsophold, 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 hospitalet.

Aktionsforskningsprojektet bestod af tre dele. Først en indledende undersøgelse af de sundhedsprofessionelles tværsektorielle samarbejds- og kommunikationspraksis omkring udskrivelse af ældre patienter. Dernæst fire gennemførte workshops med deltagere fra både primær og sekundær sektor, og endelig en intensiv aktionsforskningsproces som blev udviklet og gennemført af en aktionsforskningsgruppe bestående af seks sundhedsprofessionelle og mig som forsker. Inden jeg fordyber mig i, hvordan jeg teoretisk og metodisk gik til opgaven, illustrerer jeg, hvordan problemstillingen træder frem både i en forskningsmæssig, institutionel, historisk og nutidig kontekst. Jeg præsenterer afhandlingens to forskningsspørgsmål og afslutter dette første kapitel med en præsentation af afhandlingens opbygning.

Tværsektoriel kommunikation og samarbejde. Hvad er problemet?

Udviklingen i sundhedsvæsenet har betydet, at ældre patienters indlæggelsestid på hospitalet bliver kortere og kortere. Ofte udskrives patienterne fra hospitalet med en forventning om, at den igangsatte pleje, behandling og rehabilitering fortsætter i den

kommunale hjemmeplejes regi (Bull & Roberts, 2001; Closs, 1997). Ældre patienter er særligt udsatte, fordi deres helbred er skrøbeligt, og de har flere samtidige lidelser og dermed behov for pleje, behandling og rehabilitering. Det kræver kommunikation og samarbejde på tværs af fag- og sektorgrænser. Flere undersøgelser fra det danske sundhedsvæsen viser, at mange ældre medicinske patienter har oplevet forringelser i deres pleje under eller efter et indlæggelsesforløb på et hospital, netop fordi koordineringen og samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle ikke fungerede tilfredsstillende (Danske-Patienter & Ældre-Sagen, 2010; Hagerup & Sommer, 2015; Sundhedsstyrelsen, 2016; Sundhedsstyrelsen, Regioner, & Landsforening, 2012; Søgaard & Sommer, 2015). De korte indlæggelsestider, færdigbehandling i den kommunale hjemmepleje og patienternes egne forventninger om et sammenhængende pleje- og behandlingsforløb betyder, at de sundhedsprofessionelles samarbejde og kommunikation på tværs af fag- og sektorgrænser må fungere tilfredsstillende. Dette er ingen enkel opgave, og som jeg viser i nedenstående, er det et område, som der i årevis har været stor politisk og sundhedsprofessionel interesse for.

For det første er sundhedsvæsenet i Danmark organiseret i to sektorer - en primær og en sekundær sektor. De to sektorer har selvstændig økonomi og styring og er ansvarlige for hver deres del af pleje- og behandlingsarbejdet (K. M. Pedersen, Christiansen, & Bech, 2005). Sektorerne består af solidt forankrede institutioner og fagspecialer, som er fyldt med traditioner og kulturer for, hvordan man forstår patienten og samarbejder med den anden sektor. Det er velkendt, at der i de to sektorer er forskellige traditioner og forskellige måder at tænke, forstå og agere på (Kjerholt, 2011; Seemann, Dinesen, & Gustafsson, 2013; Seemann, Gustafsson, & Dinesen, 2011; Sundhedsstyrelsen, 2011). Det er således velkendt, at det, man kalder 'silotænkningen' i det offentlige sundhedsvæsen, har betydning for det tværsektorielle samarbejde og kommunikationen. Som Seemann og andre peger på, bygger offentlige organisationer og i særdeleshed det danske sundhedsvæsen på hybrider af maskinbureaukrati og fagbureaukrati med iboende lærings- og siloproblemer (Seemann et al., 2011; Torfing, 2012).

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

styringsteknologier, som også har haft afgørende betydning for, hvordan de sundhedsprofessionelle kan kommunikere og agere i forbindelse med en patients udskrivelse (se fx Dahl 2004, 2009; Hasle 2014; Kamp et al. 2013; Møller 2014).

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 veltilrettelagt, 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 omhandle 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 forskningsrapport "Patientens politiske diskurshistorie" (K. Z. Pedersen, 2008) har hjulpet mig godt på vej i min hermeneutiske litteraturkædesøg-

³ <https://www.regionh.dk/sundhedsplatform/sider/default.aspx> hentet 22.10.2016

ning. Med udgangspunkt i hendes forskningsrapports referencer og citeringer har jeg søgt videre og ad den vej dannet mig et overblik over betydningsfulde politiske dokumenter i perioden 1970 – 2010.

Tre historiske nedslag

Man har kunnet finde politiske udtalelser, hensigtserklæringer og målsætninger om nødvendigheden af at styrke indsatsen og samarbejdet mellem sektorerne i sundhedsvæsenet siden den første kommunalreform i 1970 (Økonomi- og indenrigsministeriet, 1970, Indenrigsministeriet, 1977, 1985; Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, 2010; Regeringen, 1994; Strukturkommissionen, 2004). Som det fremgår af de tre eksempler, er det slående, hvor ens der tales om problemstillingen, ligesom de idéer og løsningsforslag, som præsenteres, på mange måder er identiske med de forslag til ændringer, der også diskuteres i dag.

Første nedslag: 1970'erne

I 1970 blev antallet af kommunale enheder reduceret fra 1.098 til 277, ligesom antallet af amter blev reduceret fra 25 til 14. Det var i en tid, hvor sundhedsområdet udviklede sig kraftigt, bl.a. med en øget specialisering og øgede muligheder for at behandle patienter for sygdomme, som man tidligere døde af. Denne udvikling havde allerede taget fart op igennem 1960'erne og havde bl.a. betydet en voldsom stigning i sygehusudgifterne. Allerede på dette tidspunkt var der en forestilling om, at man kunne begrænse sygehusenes hastigt stigende udgifter ved at flytte opgaver fra sygehus til den kommunale sektor. Det gjorde behovet for øget samarbejde mellem sektorerne større, så den primære sektor ville være i stand til at aflaste sygehusene (Indenrigsministeriet, 1974; K. Z. Pedersen, 2008).

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 bådseopdeling 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).

Der er altså allerede i 1970'erne en forståelse af, at der er et problem, som skal løses ved en *bedre koordinering* og ved at reducere *båseopdeling imellem hospitalsvæsenet, praksissektoren og den øvrige del af den primære sundhedstjeneste*. Løsningen synes at være ligetil og formuleres som *et tættere samarbejde ... skabes mulighed for en fælles og koordineret indsats*. Det er meget interessant, at denne påpegning af problemstillingen på mange måder er identisk med den måde, der i dag tales om prioritering og løsning af det tværsektorielle samarbejde og kommunikation. I dag er båseopdelingen skiftet ud med det mere managementorienterede udtryk 'silotænkning' (Busch, Johnsen, Klausen, & Vanebo, 2005; Klausen, 2010), men der tales fortsat om nødvendigheden af at undgå, at de forskellige praksisser er afskåret fra hinanden, og om at der må etableres et tættere samarbejde imellem sektorerne (se fx: Danske Regioner, 2015; Sundhedsstyrelsen, 2011, 2016).

Andet nedslag: 1980'erne

Andet nedslag er fra Samordningsudvalgets⁵ 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 tøjle 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, henvisningssedler og udskrivningsbreve, lægelige udtalelser, sygeplejeoplysninger m.v.*

⁵ Samordningsudvalgets rapport var et resultat af en arbejdsgruppe under den daværende borgerlige regering under Poul Schlütters ledelse fra 1982-1987 (Rasmussen, 2016).

- at iværksætte forsøg med vandrejournaler, behandlingsprogrammer, "den patientløse kontakt", konsulent- og distriktsordninger 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 genoptræning."
(Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2004:33).

Med kommunalreformen 2007 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007) og i den efterfølgende sundhedslov findes de ovennævnte krav til et formaliseret og forpligtende samarbejde mellem regionerne og kommunerne (Ministeriet for Sundhed og forebyggelse 2010). Her er det især kravet om et forpligtende samarbejde, som fremhæves: *"Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen samarbejder om indsatsen på sundhedsområdet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer"* (Ministeriet for Sundhed og forebyggelse 2010:Kapitel 62, §203). I regeringens opfølgning og evaluering af kommunalreformen fra 2007 fremgår det, at: *"Evalueringen af kommunalreformen viser, at den nuværende opgavefordeling i sundhedsvæsenet fungerer godt, men at der på en række områder er behov for at styrke*

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 løsningsforslagene 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 centralt 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 patientforløb – 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
"Styrket sammenhæng for de svageste ældre"⁶

Tværasektorielt samarbejde og kommunikation i et historisk forskningsperspektiv

Jeg har ligeledes undersøgt, hvad der har optaget forskere inden for det sundhedsvidskabelige forskningsfelt siden 1970'erne for at få et indblik i forskningsfeltets diskussioner. Jeg har lavet en systematisk litteratursøgning i PubMed, CINAHL, EBSCO og Web of Science, hvor jeg søgte på ordene: Discharge, primary/secondary care og cross-sectorial communication. Derudover har jeg lavet en hermeneutisk kædesøgning, hvor jeg har anvendt de relevante artiklers referencer og citeringer. Jeg har søgt inden for tidsperioden 1970-2015. Søgningerne har resulteret i tre udvalgte review-artikler fra henholdsvis 1997, 2002 og 2013 (Allen, Ottmann, Brown, & Rasmussen, 2013; Closs, 1997; Payne, 2002).

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 udskrivelsen:

"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 udskrivelsen. 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

⁶ https://sundhedsstyrelsen.dk/da/puljer-og-projekter/2016/~/_media/D48E568C441B4B038A59015F8242333E.ashx hentet 13.11.2016

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 manglede 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

Fra begyndelsen af dette projekt har det således stået klart, at jeg bevægede mig ind i et område, som både er velkendt, genkendeligt og udforsket. At så mange års opmærksomhed ikke syntes at have ført til gode løsninger, gjorde min ydmyghed i forhold til, hvad mit projekt ville kunne bidrage med, stor. Men med en poststrukturalistisk og kritisk utopisk aktionsforskningsinspireret tilgang har jeg taget fat på problemstillinger fra et nyt sted. Frem for at fokusere på, om de sundhedsprofessionelle samarbejder og kommunikerer *rigtigt* eller *forkert*, er dette projekt en kritisk udforskning af, hvordan diskurser, der er knyttet til problemstillingen om udskrivelse, forhandles, fastholdes og fastholder sprog og handlemåder i sundhedsprofessionelles tværsektorielle samarbejde og kommunikation. Med en poststrukturalistisk tilgang afviser jeg idéen om, at problemstillingen kan forstås uafhængigt af sin historiske tid og den kontekst, den er en del af. Så selvom det umiddelbart ser ud som om, det er den samme problemstilling, der siden 1970'erne reproduceres, så argumenterer jeg for, at den historiske kontekst, de institutionelle strukturer og betingelser, som NPM-orienterede styringslogikker og kommunikationsmåder, medproducerer diskursive muligheder og begrænsninger i sundhedsprofessionelles tværsektorielle kommunikation og samarbejde (Stormhøj, 2006). Med en kritisk utopisk aktionsforskningstilgang (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005) rejser jeg en kritik af betingelser og vilkår, som synes at begrænse tværsektoriel kommunikation og samarbejde omkring patienters udskrivelse. Samtidig undersøger jeg, hvordan jeg som forsker sammen med de sundhedsprofessionelle kan producere nye erkendelser og viden, der udfordrer feltets tagen-for-givet-forståelse, og hvor vi sammen kan udvikle og afprøve eksperimenter, der kan bidrage til forandring og forbedring af deres praksis.

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?

Med afsæt i disse to spørgsmål forfulgte jeg to spor. Det første spor var sammen med de sundhedsprofessionelle at undersøge, hvordan samproduktion af viden om muligt kunne bidrage til forandring og forbedring af den tværsektorielle kommunikationspraksis. Det andet spor handlede om, hvordan vi i aktionsforskningsgruppen gennem kollaborative processer og med eksperimenter bidrog til kritik af "herredømme" og undertrykkelse (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005) og udfordrede de diskursive praksisser, som projektet var indlejret i.

Min måde at stille forskningsspørgsmålene på adskiller sig fra andre sundhedsvidenskabelige undersøgelser af det tværsektorielle samarbejde, når ældre patienter udskrives. Ofte har der været fokus på kommunikationen mellem de sundhedsprofessionelle og patient/borger, eller som Kjerholt viser i sin aktionsforskning, på sammenhænge i patientforløb (Kjerholt, 2011). Med en poststrukturalistisk inspireret tilgang tager jeg fat et andet sted, hvor jeg også er optaget af, hvordan bestemte diskurser inkluderer, men også ekskluderer særlige former for viden og forståelse. Desuden er jeg optaget af, hvordan det gennem kollaborative processer er muligt at skabe et socialt rum, hvor vi i aktionsforskningsgruppen kan udvikle eksperimenter, der kan forstyrre og udfordre de diskurser, der synes at fastholde forståelser og handlemåder omkring patientens udskrivelse. Inspireret af Neidels ph.d.-afhandling (Neidel, 2011) stiller jeg spørgsmålet, om jeg med denne tilgang til problemstillingen bliver en slags '*den nye pige i klassen*'?

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, analyseret 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 III er opdelt i fire hovedafsnit og omhandler hele aktionsforskningsforløbet. Indledningsvis udfolder jeg mine etiske overvejelser som aktionsforsker, der udforsker et sundhedsfagligt felt, hvor praktikere på forskellige niveauer i sundhedssystemet, men også patienter, deltager. Dernæst illustrerer jeg aktionsforskningens design og udfolder den praktiske organisering og gennemførelse. Første hovedafsnit: Et aktionsforskningsprojekt bliver til, viser det indledende arbejde, hvor jeg bevægede mig ud i det konkrete felt og lavede en slags feltarbejde for at få et indblik i, hvordan kommunikationen og samarbejdet ved netop denne hospitalsafdeling og denne kommunale hjemmepleje blev praktiseret. Jeg viser, hvordan mit forarbejde blev til, og hvordan jeg skabte relationer og kontakter med praksisfeltet. Andet hovedafsnit handler om fire workshops. Hovedpointen i dette afsnit er at vise, hvordan jeg problematiserede og diskuterede mine fund fra det indledende arbejde i de fire workshops. Tredje afsnit handler om det intensive aktionsforskningsforløb, hvor jeg sammen med seks sundhedsprofessionelle i aktionsforskningsgruppen udviklede og afprøvede eksperimenter til forbedring af den tværsektorielle praksis. Afslutningsvis diskuteres validitet og udfordringerne ved at arbejde med aktionsforskning.

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

I kapitel V introducerer jeg afhandlingens fire artikler og to conferenceabstracts.

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 *poststrukturalismen*. 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 stiller 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 afhandlingens 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 og bevægede hinanden 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 forskningsprojekts bagtæppe. Min ambition er, at jeg gennem de to tænkemåder kan åbne op for alternative forskningsgreb og tankefigurer, som kan inspirere andre, der arbejder med at samskabe viden med praksis.

Poststrukturalismens og aktionsforskningens 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

Aktionsforskningen har siden 1940'erne haft indflydelse på den humanistiske samfundsforskning. Den tyske psykolog Kurt Lewin (1890 – 1947)⁷ betragtes af mange som aktionsforskningens grundlægger. Men andre tænkere som Paulo Freire, John Dewey, Herbert Marcuse, Oskar Negt, Hans Skjervheim har også haft stor indflydelse på udviklingen af efterkrigstidens praksisnære aktionsforskning (Mary Brydon-Miller, Greenwood, & Maguire, 2003; K. A. Nielsen, 2012; K. A. Nielsen & Nielsen, 2006). Lewins idéer om aktionsforskning var kontroversielle i en tid, hvor den eneste rigtige forskning var knyttet til et positivistisk forskningsideal, hvor forskeren nødvendigvis må have en neutral og objektiv tilgang til sit genstandsfelt. Lewin var, som jødisk intellektuel flygtning fra 1930'ernes Tyskland, også optaget af udviklingen af demokratisk tænkning i forskningen, og af at forskning må være etisk forpligtet over for samfundet. For Lewin blev tænkningen om at lære og at understøtte den demokratiske proces en fremdrift i hans tænkning og udvikling af aktionsforskningen som forskningstilgang (Marrow, 1969). For Lewin var det således afgørende, at viden skulle udvikles og formes i den sociale praksis, og at forskeren deler sin viden med praktikerne, samt at forskeren og praktikerne sammen formulerer både problemer og løsninger (Nielsen & Nielsen, 2006:69). Forskeren er altså direkte involveret i og forpligtet på den praksisnære forskning. Som Skjervheim hævder, har vi som mennesker og aktionsforskere ikke noget valg: *"We cannot choose the commitment – as human beings in the real world we are committed"* (Skjervheim 1957:11 in Nielsen & Nielsen, 2006:70). Det var således centralt helt fra aktionsforskningens begyndelse, at det handlede om at udvikle en videnskabelig forskningstilgang, hvor viden skabes gennem konkrete forandringer i et demokratisk samspil med aktører i praksis, og hvor både forskere og deltagere er forpligtede på hinanden og på en demokratisk samfundsudvikling. Med denne afstandtagen til objektivitet og neutralitet som forskningsideal er der altså lagt op til at forstå forskerens og deltagernes positioner som aktive, forpligtende og deltagende i aktionsforskningsprocessen.

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).

Kritisk utopisk aktionsforskning – en forgrening

Aktionsforskningen har siden 1950'erne forgrenet sig i en række traditioner, der trækker på forskellige teoretiske retninger, som fx pragmatisk filosofi, kritisk tænkning, socialkonstruktionisme, system- og demokratiteori (Reason & Bradbury, 2008:3). I min tilgang til aktionsforskning trækker jeg især på kritisk teori, som er det filosofiske afsæt for kritisk utopisk aktionsforskning. Mit valg af netop denne tilgang voksede frem undervejs i processen. Men først en kort beskrivelse af hvad kritisk utopisk aktionsforskning er. Jeg trækker primært på de danske aktionsforskere Kurt Aagaard Nielsen og Birger Steen Nielsens forståelse af kritisk aktionsforskning (B. S. Nielsen & Aagaard Nielsen, 2006; K. A. Nielsen & Nielsen, 2007; L. Svensson & Nielsen, 2006), velvidende, at der også internationalt er forskere, der har bidraget til udvikling af kritisk aktionsforskning. Især har den brasilianske pædagog Paulo Freire inspireret et væld af forskere i hele verden til at skabe politiske forandringer i uretfærdige sociale strukturer (se fx: Mary Brydon-Miller et al., 2003; Kemmis, 2006). Kritisk utopisk aktionsforskning har siden 1980'erne haft indflydelse på aktionsforskningen i Danmark. Det er især danske forskere som Kurt Aagaard Nielsen og Birger Steen Nielsen, der med afsæt i deres forskningsprojekt: "Industri og Lykke" (Olsén, Nielsen, & Aagaard Nielsen, 2003) samt Halkær Ådal projektet om menneskers holdning til natur fra 1990'erne, som har udviklet den kritiske utopiske aktionsforskning (B. S. Nielsen & Aagaard Nielsen, 2006). Det er afgørende at forstå kritisk aktionsforskning som en gensidighed mellem udviklingsteori og praksiserfaringer, hvor det teoretiske afsæt er kritisk teori (her henviser Nielsen især til kritisk teori-tænkere som Negt, Adorno og Habermas). Nielsen og Nielsen (2006) forholder sig dog mere pragmatisk til den negative kritik, som er central i klassisk kritisk teori, idet de oversætter det immanente, det frigørende element, til en mere empirisk forskningspraksis. Samtidig vægter de i arbejdet med aktionsforskningen, at der aldrig kun er tale om lokale forandringer og udvikling af eksperimenter, men at aktionsforskningen også altid rummer almene dimensioner med samfundsrelevans. Netop denne pointe om, at aktionsforskningen både har en individuel, lokal – OG en almen dimension, har været vigtig for mig i mit forskningsarbejde. Det har forpligtet mig på at forske sammen med praktikere i et forsøg på at forandre og forbedre lokal

praksis, samtidig med at jeg efterfølgende også diskuterede de samskabte og almene videnselementer i et akademisk forskningsmiljø.

Poststrukturalismen

Poststrukturalismen udvikler sig igennem 1960'erne⁸. Forståelsen af poststrukturalisme knytter sig primært til de humanistiske fag, men har også fundet vej ind i sociale og samfundsvidenskabelige discipliner og er ikke mindst blevet til inspiration i empiriske analyser (se fx: Hojgaard and Sondergaard 2011; Krøjer 2010). Inden for poststrukturalismen kan man ikke tale om en selvstændig teori, men mere om en lang række strømninger, der bryder med strukturalismen (Esmark, Bagge Laustsen, & Åkerstrøm Andersen, 2005; S. Q. Jensen, 2006; Stormhøj, 2006; Williams, 2005; Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Det er især den franske filosof Michel Foucault (1926-1984), der fremstilles som en af poststrukturalismens grundlæggere, men tænkere som Barthes, Lacan og Derrida har også haft afgørende betydning for udviklingen af denne tænkning (Williams, 2007). På samme måde som i aktionsforskningen kan denne teoretiske tilgang bedre karakteriseres som en måde at tænke på end som en egentlig videnskabs-teoretisk tilgang. Jeg gør her et ophold og giver en kort introduktion til poststrukturalismens brud med strukturalisterne, som er en vigtig pointe for at kunne forstå, hvordan forståelse af viden i poststrukturalismen er knyttet til sprog. Poststrukturalisternes brud med den strukturalistiske sprogtradition betød et skift i fokus fra sprogets struktur til, at det nu skulle forstås som foranderligt og glidende med et fokus på sprog som en praksis, hvor ord og udsagn kan have forskellige betydninger, afhængigt af den kontekst, de forhandles og indgår i (Williams, 2005). Det var således ikke længere muligt at forstå strukturer ved kun at se på den konkrete anvendelse af sproget. En sprogliggørelse kan altså ikke forstås som en afspejling af en allerede eksisterende virkelighed. Derimod er der tale om flere mulige tolkninger, systemer, mønstre og diskurser, hvor betydningen skifter, vedligeholdes og forandres i en diskursiv praksis (Stormhøj, 2006). Som Krøjer (2010) fremhæver, med henvisning til Patti Lather, er ønsket i en poststrukturalistisk tilgang, at forskningen kan bidrage til at forstå en øget kompleksitet i viden om mennesker, som både er flertydig og dynamisk. Poststrukturalismen gør

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 tegnenes 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 en vidensproduktion, 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 genpolitisere 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).

Det er netop tanken om at prøve at forstå denne dynamik, som gør, at bestemte praksisser kommer til at fremstå som diskursive selvfølgeligheder. Jeg stiller således spørgsmål til en taget-for-givet-viden og søger ikke efter entydige årsagsforklaringer eller "sandheder" om problemer i udskrivningssituationen, men gennem spørgsmål, som ikke ligger lige for, at få øje på kompleksitet, spændinger og betydninger, som får konsekvenser for, hvilke forandringstiltag der bliver mulige og umulige at tænke. Dette er på trods af, at jeg unægteligt bevægede mig ind i et genstandsfelt (sundhedsvæsenet), som netop er præget af at udforske årsags-virknings-sammenhænge. Denne tanke måde vil jeg gerne forstyrre, og det er mit håb, at jeg, med en kombination af en post-strukturalistisk optik og kritisk utopisk aktionsforskning, som *den nye pige i klassen* kan udfordre forskningsfeltet med andre spørgsmål og forståelser af praksisfeltets kendte problemstillinger.

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 tanke måde, 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

begrebssættene 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.

I en poststrukturalistisk forskningstradition kan subjektet ikke forstås som noget fast og endegyldigt defineret. Subjektet bliver til i en stadig tilblivelsesproces og må forstås som noget, der på den ene side er formet af og på den anden side er formende af den sociale og diskursive kontekst, som det indgår i (Foucault, 1982b). Subjektet skabes altså gennem den kultur og de mulige handlerum, som konteksternes diskursive praksisser åbner op og lukker ned for. Verden forstås altså som det sted, hvor kampe og forhandlinger om subjektspositioner, og om hvad sand og passende viden er, finder sted. Det er netop herigennem, at subjektet bliver til. Det betyder, at subjektets tilblivelsesprocesser samtidig siger noget om, hvilken taget-for-givet viden, der tillader subjektet bestemte positioner og handlemåder, og ligeledes noget om bestræbelsen om at blive kulturelt genkendt, som er indbygget i al identitetsdannelse. Jeg står altså her med en poststrukturalistisk subjektforståelse, hvor subjektet bliver til i relationelle forhandlingsrum med andre og i forhold til konkrete konteksters magt-/vidensrelationer. Det er et subjekt, der dermed ikke er noget i sig selv, og hvor handlerummet knytter an til diskursens passendehed eller placering i et normativt rum. Det betyder, at sundhedsprofessionelles måder at kommunikere og samarbejde på ikke kan forstås uafhængigt af de relationer og de organisatoriske kontekster, de er situerede i, og som aldrig er helt de samme.

Subjektetsbegrebet 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-

tiske aktionsforskning forstås subjektet som noget, der aktivt kan skabe sig selv socialt og praktisk, men som samtidig blokeres af de strukturelle og sociale magtforhold. Netop denne blokering er medvirkende til, at subjektet står over for ambivalenser og handleblokeringer, fx spændt ud mellem at skulle tilpasse sig magtforholdene i hverdagslivet og lysten til at være et aktivt fantasifuldt skabende subjekt, der kan indgå i frie sociale relationer (K. A. Nielsen, 2004:528).

Jeg står hermed med en subjektsforståelse, der på den ene side konstrueres og udfoldes 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 kritiske aktionsforskning rejser en kritik af poststrukturalismen for at reducere subjektet, fx Nielsen: *"Hvor subjektsbegrebet opgives, udraderes samtidig ikke-identiteten mellem individ og samfund, og individet reduceres til et snitpunkt af sine sociale relationer"* (Nielsen, 2005:170). Der er flere aktionsforskere (bl.a. Krøjer, 2006; Neidel, 2011a), der er uenige med Nielsens bombastiske afvisning af poststrukturalismens subjektsforståelse. Jeg er enig med Neidel og andre i, at Nielsen, i sin måde at forstå subjektet på, tildels overser, at *"subjektet bliver til i komplekse tilblivelsesprocesser, som både rækker over flere kontekster og involverer mange, ofte modsatrettede ordninger"* (Neidel, 2011b:49). Kritikken skal forstås således, at subjektet altså indgår i flere kontekster samtidigt, der alle rummer flere spor og flere mulighedsrum og dermed også flere mulige subjektsståsteder og positioner.

Den poststrukturalistiske og kritiske utopiske aktionsforsker

Som forsker i det poststrukturalistiske landskab er det centralt at gøre sig sin egen medvirken som medskabende vidensproducent 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

indgående kendskab til mit genstandsfelt (D Coghlan & Brannick, 2014). Det er således ikke som poststrukturalistisk aktionsforsker nok at nøjes med at tydeliggøre det sted, man taler fra, man må også rejse en kritisk selvrefleksion over, hvorledes man indrammer og medskaber det sociale felt, man studerer. Hvad gør én i stand til med autoritet at sige noget om det, der er i spil i en konkret kontekst? Og hvorledes spiller ens egne normer og forestillinger med, når man udvikler en analytisk pointe? Samtidig handler forskerdeltagelse også om repræsentation og forskningskommunikation. Her er opgaven, ifølge Søndergaard (2006), at man som (poststrukturalistisk) deltager må bidrage til at skabe flertydighed og til at forstyrre feltets selvfølgeligheder og taget-for-givet viden (Søndergaard, 2006). Denne forholdemåde bliver en slags holdepunkt for en som forsker. Jeg vender senere i afsnittet tilbage til, hvordan min position som forstyrrende aktionsforsker har haft betydning for mit arbejde.

Aktionsforskningen bidrager også med et forskerdeltager-begreb, der endda rækker udover det 'at forstyrre'. Her er det centralt at forstå, at man for at få adgang som forsker også må involvere sig og deltage aktivt (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005:525). Forskningsprocessen må altså forstås som en aktiv involverende proces. I en kritisk aktionsforskningstilgang kan man således ikke tale om, at forskersubjektet er uden for verden. Den er vi deltagere og aktører i. Det er et vilkår, man må tage på sig ved også at agere som deltager, frem for *kun* at forsøge at beskrive, forstyrre eller kontrollere verden (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005; Reason & Bradbury, 2006). Derfor er den etiske fordring i aktionsforskningen, at man sammen med deltagerne bevæger sig i et emergerende, skabende og aktiverende rum (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005).

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

den er indviklet i bestemte vidensorganiseringer, vidensproduktioner og vidensanerkendelse, fx i de vidensregimers teknikker og teknologier, der styrer en organisation som et hospital. Her vil jeg kort opholde mig ved Foucaults governmentality-begreb (Foucault, 2014a; Otto, 2003). Governmentality er et af de begreber, som jeg anvender i min analyse af, hvordan de sundhedsprofessionelle gennem forskellige magtfulde New Public Management (NPM)-styringsteknikker og teknologier både ledes, men også udvikler en raffineret og uigennemskuelig form for selvledelse (Dean, 1994; Høgsgaard, 2016; Otto, 2003). Der er her tale om styringsteknologier og teknikker, som er initiativer, systemer og rammer, der har til formål at forme og forandre den enkeltes evner for at kunne agere 'rigtigt' i sit eget liv – arbejdsliv.

Magtbegrebet i kritisk utopisk aktionsforskning trækker tråde til kritisk teori. Dette betyder, at forståelsen af magt er knyttet til modstand mod en form for samfundsmagt, der forsøger at fastholde en statisk og reinfied umyndiggørelse af den enkeltes handle- rum. At frigøre sig fra magten er at finde vej ud af en umyndighed ved at stille spørgsmålet: hvordan kan vi leve et rigere liv, fx hvordan kan det tværsektorielle samarbejde omkring patientens udskrivelse give et rigere arbejdsliv for de sundhedsprofessionelle. Det er netop forestillinger om et rigtigere liv, der konkretiseres ved at opløse det uacceptable eller det ubærlige og gennem det utopiske arbejde åbne for en potentiel erfaringsdimension, som rækker udover den moderne indsnævrede horisont: *"Realitetsmagten anfægtes gennem begrænsede konkrete 'prøvehandling'*" (Nielsen, 2005:172). Det er altså en anderledes måde at forstå magten på end Foucaults diskursive magtbegreb, som ovenfor fremstillet. Hvor der med Foucaults forståelse af magt er tale om en diskursiv og disciplineringsmagt, og ikke om magt som konsekvens af industrialisme eller kapitalisme. Foucault har først og fremmest fokus på de magtteknologier, der retter sig mod individet. Det rejser Olsén og Nielsen en kritik af ved at fremhæve en fare for, at et diskursivt magtperspektiv på disse strategier og teknikker blokerer udsynet mod konkret-utopiske muligheder for frigørelse. Deres pointe er, at der dermed er en fare for, at muligheder for frirum, forsøg, erfaringer med øget demokrati og selvbestemmelse glider ud af synsfeltet, og magten bliver det uomgængelige, man realistisk må affinde sig med, man må blot tilegne sig den og anvende den på mere fornuftige måder (Olsén et al., 2003:40 ff). I den kritiske tilgang er herredømme og emanicipation

således virksomme drivkræfter, 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 udfordres 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 reflekterende 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 ekskluderes 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.

Begge teoretiske traditioner er enige om, at det at forholde sig kritisk er vigtigt. I en poststrukturalistisk tradition er kritik knyttet til at finde måder at forstyrre diskursernes taget-for-givet-heder. Det handler således om at forstyrre den orden, den fælles sandhed, som synes så indlysende. Men også inden for den kritiske utopiske aktionsforskning er kritik centralt. Som nævnt ovenfor, trækker denne tradition på kritisk teori og læner sig op af den grundlæggende kritik af de eksisterende moderne samfundsforhold i kapitalismen, som forstås som et fremmedgørende, herredømmeorienteret og socialt uligt samfund (K. A. Nielsen, 2004:531). Kritisk teoris hensigt er at åbne for nye svar gennem det, som Nielsen kalder det utopiske frirum, hvor mennesker, som samler sig om et *fælles tredje*, kan udfolde deres sociale fantasi – utopierne, netop med afsæt i deres hverdagserfaringer og dermed udfordre og forsøge at bevæge det bestående (Nielsen, 2010). Her er det *”forskerens opgave at rette en mere grundlæggende kritik af de samfundsmæssige strukturer og institutioner, som det det utopiske frirum har*

forsøgt at formulere alternativer til" (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005). De forandringstil-
tag, der skabes i aktionsforskningsprocessen, udfordrer altså det bestående ved, at der
rejses en kritik så at sige indefra fra deltagerne, som forsøger at opløse den undertryk-
kende samfundsmæssige fordrejning, de er underlagt. Det frigørende i en kritisk uto-
pisk tilgang er knyttet til det at frigøre subjektet og det levede liv fra den undertryk-
kende samfundsmagt. Kritisk utopisk aktionsforskning trækker primært på den første
generations kritiske teoretikere som Theodor Adorno 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
begribes 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 politisere – 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 spørgsmålstegn 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

Med mine to forskningsspørgsmål bliver det et væsentligt anliggende i afhandlingen både at se på forandring i og forbedring af praksis. Forskningens opgave i den kritiske utopiske aktionsforskning bliver at skabe et rum, hvor det er muligt at nærme sig det, som synes utilnærmeligt, tabuiseret og/eller usynligt, og at rejse en kritik af realitetsmagten og samfundsstrukturerne centralt (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005). Det indebærer, at der immanent i subjektets lære- og erkendelsesprocesser konstitueres en form for normativitet, der kan forstås som en kritisk-utopisk orienteringsretning, der tager form undervejs, og hvor "*Forestillinger om et rigtigere liv konkretiseres gennem opløsningen af den uacceptable eller ubærlige realitets faktiskitet...*" (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005:171).

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 sandhedspolitisk 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 indfedtet 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 forandringsforslag.

Forskningens opgave bliver i dette spænd at være videnskabskabende, 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 udfordret 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 selvfølgheder, 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 syne, 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

Med dette videnskabsteoretiske afsæt er min forståelse af kommunikation langt mere komplekst end et spørgsmål om, at deltagerne gennem et medie afsender og modtager beskeder til hinanden. Med en diskursiv forståelse af kommunikation er der således meget mere på spil, fordi de to, der kommunikerer, altid er indlejret i både en historisk og en relationel kontekst, som er med til at definere – eller med Foucault vil jeg sige ekskludere og inkludere – særlige måder at forstå, tale og handle på. Samtidig er magt altid til stede i samtalen som en dynamisk faktor. Jeg forstår kommunikation som værende dialogisk (L. Phillips, 2011). Det betyder, at der i den dialogiske kommunikation åbnes for den anden; det er forsøg på at forstå den anden, og der er måske en villighed til at opgive eller gå på kompromis med sine egne synspunkter. Dermed kan de to parter i fællesskab nå frem til en ny fælles forståelse af en fælles praksis (Nordentoft & Olesen, 2014).

Endelig er kommunikationen også altid knyttet til den kontekst, den er en del af. Det er en kontekst, der i dette projekt klart er indlejret i de institutionelle betingelser, som derfor har en afgørende betydning for den mulige kommunikations muligheder. De institutionelle rammer vil ofte være påvirket af lovgivning, fysiske rammer, regler og traditioner etc. Som Smed (Smed, 1998) definerer det, bidrager deltagerne også til at udvikle, begrænse og udfordre de institutionelle betingelser. De institutionelle betingelser er altså også ufærdige og dynamiske. Hvordan kommunikation og de institutionelle rammer og betingelser er vævet sammen, er et centralt element i denne afhandling – og det vil jeg gang på gang vende tilbage til.

Forståelse af kultur og struktur

Aktionsforskning forstås af Nielsen som en særlig form for kulturarbejde. Med henvisning til Negt taler Nielsen om, at aktionsforskning som kulturarbejde er noget, der relaterer sig til en særlig: *"uddifferentieret sfære i samfundet"* (Nielsen, 2005:173). Kultur er i Negts forståelse et alment, konkret og utopisk begreb, der også indeholder historisk skabte forestillinger og fordringer om sandhed og lykke. At forstå aktionsforskning som kulturarbejde må konsekvent gøre menneskers livssammenhæng til udgangspunkt og horisont for aktionsforskningens undersøgelser og projekter. Som fremhævet af Nielsen (ibid:174), så er det altså hverdagslivet og hverdagserfaringerne, der er aktionsforskningens udgangspunkt og ikke organisationens (realitetsmagtens) eller eksperternes. Denne forståelse af at arbejde med *"de uddifferentierede sfæres kultur"* for at give stemme til dét, der normalt holdes ude eller nede, deles af Dutta (2007). Han skelner mellem kulturcentreret og kultursensitiv kommunikation. Kulturcentreret kommunikation har fokus på at forandre sociale strukturer imellem mennesker ved at skabe rum for marginaliserede stemmer, mens den kultur-sensitive tilgang har fokus på at skabe forandring inden for dominerende diskursive rammer. Her bliver målet at arbejde med ændring af en udsat gruppes holdninger og handlinger ud fra allerede bestemte og veldefinerede initiativer. Det bliver til en tilpasning af det dominerende paradigme, og som Dutta formulerer det: *"The expertise remains in the hands of the dominant external experts, who determine the objectives, determine the relevant cultural characteristics..."* (Dutta, 2007:308-309). Jeg arbejder ikke med dét, der af Dutta betegnes som *"undertrykte grupper"*, men finder alligevel Duttas perspektiv relevant, fordi jeg sammen med praktikere i feltet har søgt at arbejde med kultur og kommunikation som komplekse og dynamiske størrelser, som gennem kollaborative utopiske processer kan udfordre dominerende forståelser. Sammen har vi i aktionsforskningsprojektet udforsket dominerende forståelser af kommunikations- og samarbejdskulturer ved at skabe sociale rum, som kunne åbne op for en kritik og stemmer, der ellers er tavse i det tværsektorielle samarbejde.

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

socialt system, der bl.a. indeholder mønstre for og kontrol over fordeling af ressourcer, men som også får betydning for, hvad der i en specifik kontekst anses som passende, og hvad der marginaliseres. Her er der, ifølge Dutta (2007), en tæt sammenhæng mellem kultur-begrebet og de sociale strukturer, fordi de måder, som fx ressourcer er allokeret og kontrolleret på, har indflydelse på, hvordan mening og handlemåder skabes og formes (ibid: 319).

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 udefrakommende 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 ageren, 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 drive 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 sundhedsvidenskabelig og i en samfundsvidenskabelig kontekst. Fx fremgår det af statens samfundsvidenskabelige vejledning til bedømmelse af forskningsprojekter, at:

*"Samfundsvidenskabelig 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 grupperes adfærd."*⁹

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-

⁹ Vejledende retningslinjer for forskningsetik i samfundsvidenskaberne:
<http://ufm.dk/publikationer/2002/filer-2002/ssf-etik.pdf> hentet d. 7.9.2016

on og kritik fra det akademiske forskningsfelt. Netop det at publicere og diskutere forskningsresultater fra et aktionsforskningsprojekt har, som Tofteng & Husted (2012) fremhæver, i mange år været aktionsforskningens udfordring. Der har historisk været få publikationer inden for aktionsforskningsområdet (Tofteng & Husted, 2012), og ofte har det været publikationer om selve aktionsforskningsprocessen og i mindre grad om aktionsforskningens resultater. Der synes dog at være en stigning i, at aktionsforskere også blander sig med andre forskningsområder, fx inden for sygeplejefeltet og politologi (se fx: Ahrenkiel, Nielsen, Schmidt, Sommer, & Warring, 2011; Kjerholt, Wagner, Lindhardt, Delmar, & Clemensen, 2016). Jeg mener, at der her er inspiration at hente fra Nielsen (2010), da han netop plæderer for, at forskerens ansvar går ud over det at fremstille resultater og forandringer i en lokal kontekst. Forskeren er også forpligtet på at fremanalysere og problematisere dimensioner af mere almen interesse fra de konkrete projekter. Der er altså både en forskningsmæssig og en offentlig interesse at forholde sig til som aktionsforsker. Det betyder, at der gennem aktionsforskningsprojektet frembringes nye erkendelser, der både kan føre til forbedring og kritik af eksisterende forhold, og som også har en almen og offentlig interesse. Jeg har således i dette aktionsforskningsprojekt både haft fokus på, hvordan vi i et samarbejde kunne eksperimentere lokalt med måder at kommunikere og samarbejde på i forbindelse med udskrivelse af ældre medicinske patienter – og samtidig rejse en kritik af sundhedssystemet, som det fungerer i dag. *"Udarbejdelsen af sådanne dimensioner i og ud fra det lokale og i diskussion med anden forskning på området kan så i øvrigt også bringes produktivt tilbage til den lokale kontekst"* (B. S. Nielsen & Nielsen, 2010:113). Netop ønsket om gennem dette projekt at overskride det lokale niveau uden at objektivere forskningsfeltet blev for mig en nyttig måde at arbejde med forskning på. Tænkningen har været central hele vejen igennem, hvor denne type etiske forpligtigelse har fulgt mig som et pejlemærke på min vandring.

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 aktionsforskningsprojekts indledende undersøgelse fulgte jeg to patienter fra deres indlæggelse på en medicinsk afdeling og til udskrivelse med fortsat pleje i den kommunale hjemmeple-

je. Jeg interviewede således de to patienter og deres pårørende. I Helsinki-deklarationen¹⁰ angives de etiske bestemmelser, som sundhedsvidenskabelige forskere skal respektere, når patienter og pårørende indgår i forskningsprojekter. Det er i Danmark udmøntet i en national og regionale videnskabsetiske komiteer (Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, 2011). For at sikre, at mine etiske overvejelser var i overensstemmelse med deklarationen, fremsendte jeg i november 2013 min projektbeskrivelse til den regionale videnskabsetiske komité. Da projektet ikke omfattede biologiske forsøg, blev projektet ikke vurderet af den regionale komité, men udelukkende godkendt af den lokale komitékonsulent. De etiske overvejelser, som Helsinki-deklarationen også fremhæver, er, at forskeren skal sikre patienter og pårørende frivillig deltagelse. De to patienter og deres pårørende, der deltog i mit projekt, blev informeret mundtligt og skriftligt om projektet og om, at deres udtalelser ville blive anonymiseret i projektet. Samtidigt blev de informeret om min tavshedspligt og behandling af fortrolige oplysninger. De har alle givet skriftligt samtykke om at medvirke. De blev ligeledes informeret om, at de til enhver tid kunne trække sig fra projektet (bilag 2) Ved at læse journaler og andre dokumenter om patienternes sygdomsforløb har jeg undervejs haft adgang til patientfølsomme informationer, både fra hospitalsafdelingen og fra det kommunale område. Derfor er projektet indsendt til og godkendt af Datatilsynet (bilag 3). Endelig har jeg fulgt bestemmelserne om at opbevare patientinformationer omhyggeligt og ansvarsbevidst, og om kun at anvende dem i forbindelse med dette projekt. Jeg har ikke opbevaret elektroniske data på universitetets eller eget elektroniske netværk, men udelukkende haft adgang til elektroniske data gennem institutionernes intranet og adgang via personligt password, som jeg har fået udleveret af institutionerne. De personfølsomme data er anonymiseret og tilintetgjort efter brug.

Udover at overholde disse formelle krav har jeg i min forholdemåde 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

¹⁰Helsinki <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> hentet 2.9.2016

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 organisering, historie og ikke mindst min insider-viden om spændinger og dilemmaer i det tværsektorielle 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 projektdesign, valg af metoder og over, hvordan jeg også selv var deltager 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

(2009) anbefalinger er, at forskeren sikrer sig, at de deltagende institutioner og deres ledelse er velinformede om projektet. I mit projekt informerede jeg både skriftligt gennem en informationspjece og mundtligt gennem møder med både ledelse og medarbejdere om projektet (bilag 4). De mange informationsmøder om projektet på hospitalet foregik ved afdelingsmøder og møder med afdelingsledelsen. Selve temaet og idéen til at arbejde med en aktionsforskningstilgang var i udgangspunktet initieret af ledelserne på hospitalet og kommunen og var derfor ikke et bottom-up og medarbejderdefineret projekt, som ellers kendetegner mange aktionsforskningsprojekter (David Coghlan & Brannick, 2014b; McNiff, n.d.; Reason & Bradbury, 2008). Problemstillingen om at forbedre den tværsektorielle kommunikation med aktionsforskning som tilgang var således ikke udsprunget direkte af medarbejdernes ønske om at forbedre kommunikationen og samarbejdet. Derfor var det vigtigt for mig at få en forståelse af, hvordan medarbejderne oplevede problemstillingen, og dermed få adgang til deres forståelse af feltet og af de problemer, som de var optaget af omkring udskrivelsesprocessen. Jeg kom ofte og uformelt i hospitalsafdelingen for at skabe kontakt og relationer med afdelingens personale (såvel plejepersonale, sekretærer og køkkenpersonale som elever og studerende). Mit mål var, at flest mulige vidste, hvad projektet handlede om, og at de dermed havde en fornemmelse af, hvad aktionsforskningsprojektet kunne komme til at betyde for dem, og hvordan det var muligt for dem at bidrage. På den måde var jeg så at sige allerede fra starten i gang med at positionere mig som en aktionsforsker på afdelingen og at danne mig et indblik i netop de involveredes forståelse af problemstillingen omkring tværsektorielt samarbejde og kommunikation.

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 hospitalet i den kommunale hjemmepleje. Også i den kommunale sektor

var der stor interesse for projektet, og der blev også hos dem tændt 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.

Et andet etisk opmærksomhedspunkt var deltagelsesaspektet i aktionsforskningsprojekter. Som deltagere i et aktionsforskningsprojekt ville medarbejderne blive en slags medforskere – og dermed ikke 'subjekter' eller objektet for det, som jeg studerede (McNiff & Whitehead, 2009; K. A. Nielsen & Nielsen, 2005). Som tidligere beskrevet har det netop været centralt for mig som aktionsforsker at sikre, at der i projektet var et tydeligt medforsker-perspektiv. Det havde jeg eksplicit formuleret i mit informationsmateriale:

"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 selvfølge kommunikations- og handlemåder, der knyttede sig til sektorerne 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 "hvis bare 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 projektdeltagerne 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 deltagerne kan ofte være et dilemma, fordi aktionsforskningsprojekters grundvilkår er, at de som lokale forandringsagenter 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 deltagerne 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 kollegaer, 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 kollegaer 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 kollegaer og deres ledere, især fordi vi i processen også forholdt os kritiske til institutionelle vilkår og betingelser. De har altså skullet 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. Betegnelsen DEM blev nu brugt til at beskrive deres kollegaer, 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

og sige. Det gav os en mulighed, men det var også noget af en strik at få om halsen, lige pludselig... det blev lidt alvorligt og kunne man nu – kunne jeg nu opfylde det – og det endte med, at det kunne jeg ikke, fordi vi endte i al muligt møg ude i praksis og det har været rigtig ærgerligt – og det har jeg sagt før – jeg kunne ikke følge det ordentlig til dørs, for vi druknede (Evalueringssdag 25.2.2015).

Citatet viser med al tydelighed, at det var hårdt og udfordrende for deltagerne at være forpligtede på aktionsforskningsdelen, 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 almengøre 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 aktionsforskningsgruppens 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 hospitalets 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 hospitalet 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 hospitalets 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)

Som tidligere ansat sygeplejerske ved samme hospital, hvor aktionsforskningen foregår, er jeg det, som Coghlan beskriver som en insider-aktionsforsker, om end jeg ikke var ansat i organisationen under projektet (David Coghlan & Casey, 2001). Men det gav flere fordele, at jeg kendte ledelsen og flere af de medarbejdere, der deltog, fra tidligere. Ligeledes var det en fordel, at jeg havde kendskab til og konkrete erfaringer med samarbejde om den medicinske patients udskrivelsesproces. Det var således let for mig at forstå den konkrete kontekst. Men det kunne også give mig en falsk fornemmelse af at være en, der vidste alt om problemstillingen. Denne risiko var jeg meget opmærksom på især i begyndelsen af projektet, hvor jeg var meget optaget af ikke at præsentere mine egne meninger, men derimod forsøge mig med en spørgende og lyttende forholdemåde. Men det viste sig ret hurtigt, at deltagerne faktisk let kunne skelne mellem mig som forsker og som sygeplejerske. Det var således dem, der gav mig taletid, trak mig

ind og ud af diskussionerne og positionerede mig som en forsker, der også var sygeplejerske.

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 forholder 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 tøvende, 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

Som allerede nævnt, er ph.d.-projektet samfinansieret. Der er altså tre interessenter i dette projekt, som hver har deres forventninger til projektets resultater. Som Coghlan fremhæver, er det som aktionsforsker væsentligt at forholde sig til interessentspørgsmålet (David Coghlan & Brannick, 2014b). Universitetet/samfundet er interesseret i at uddanne forskere, der kan bidrage til samfundsudviklingen, men også er i stand til at skabe forskningsresultater på et akademisk anerkendt forskningsniveau, og som kan sætte det enkelte universitet eller institut på verdenskortet (Ministeriet for Forskning Innovation og Videregående Uddannelse, 2012). Gennem lovgivningen omkring ph.d.-graden er der faste krav til forløbet, som både indebærer en undervisningsforpligtelse og krav om deltagelse i forskningskurser.

Hospitalets og kommunens forventninger til projektet var, at det helt konkret, om muligt, skulle bidrage til forandring og forbedring af det tværsektorielle samarbejde. Velvidende 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 indlejret, 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

aftaler 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 universitetslektorer 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/betaler 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 organiseret 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).

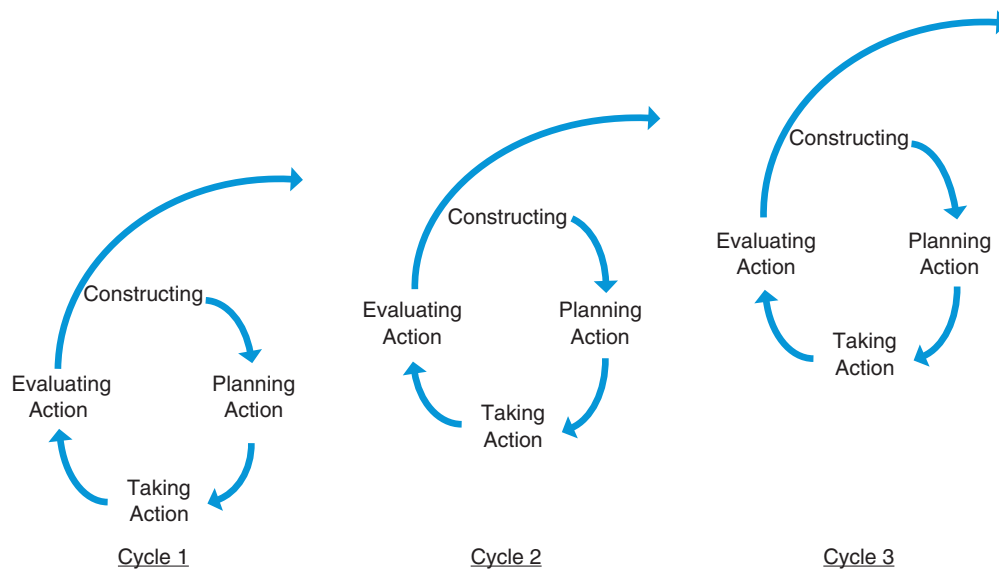


Figure 1.3 Spiral of Action Research Cycles

Fig. 1. Spiral of Action Research Cycles (David Coghlan & Brannick, 2014a:38)

Som illustreret af Coghlan og Brannick (2014), er aktionsforskningsarbejdet en cirkulær og cyklisk proces, som i princippet er ufærdig, og som kontinuerligt fører til konstruktion af nye konstruktioner, planlægning, gennemførelse af eksperimenter og evaluering. Jeg har i princippet designet mit aktionsforskningsprojekt efter denne grundlæggende model. Som det fremgår af nedenstående figur, er aktionsforskningsforløbet organiseret i de fire faser, om end der i mit projekt har været flydende overgange. Her henter jeg også inspiration fra Nielsen og Olsen, som i deres projekt "Industri & Lykke" (B. S. Nielsen, Nielsen & Olsén, 1999:22ff) beskriver deres arbejde som en proces i tre trin, og hvor projektets bærende idé var at skabe en industrivirksomhed, en fabrik, som var kendetegnet ved demokratiske og bæredygtige løsninger. De tager i deres projekt udgangspunkt i teser, forsøgsideer og forventninger (fase 2), som glider over i den praktiske gennemførelse af forsøgsdimensionerne (fase 3) og en afsluttende analyse af forsøgsdimensionerne (fase 4). Nielsen og Olsen har dermed ikke fokus på først at afklare, hvordan problemet træder frem i den lokale kontekst for deltagerne. Det kan synes overraskende, men skal ses i lyset af deres afsæt i kritisk teori, hvor udgangspunktet er en kritik af den samfundsundertrykkelse, der foregår på en fabrik, og, som de i udgangspunktet mener, står i vejen for demokratiske og bæredygtige løsninger. Endelig er mit design indrammet af, at det er et ph.d.-arbejde. Det har betydet, at jeg

undervejs har ekspliciteret 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 evalueringsfasen 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 en analyse, som tog afsæt i mine forskningsspørgsmål. Disse delanalyser gav mig en anledning til at se kritisk på, hvordan forståelser – og talen om det tværsektorielle samarbejde – trådte frem og gav mig ideer til, hvordan jeg med min poststrukturalistiske tilgang ville kunne bidrage til at forstyrre de selvfølgeligheder, som blev artikulert 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.

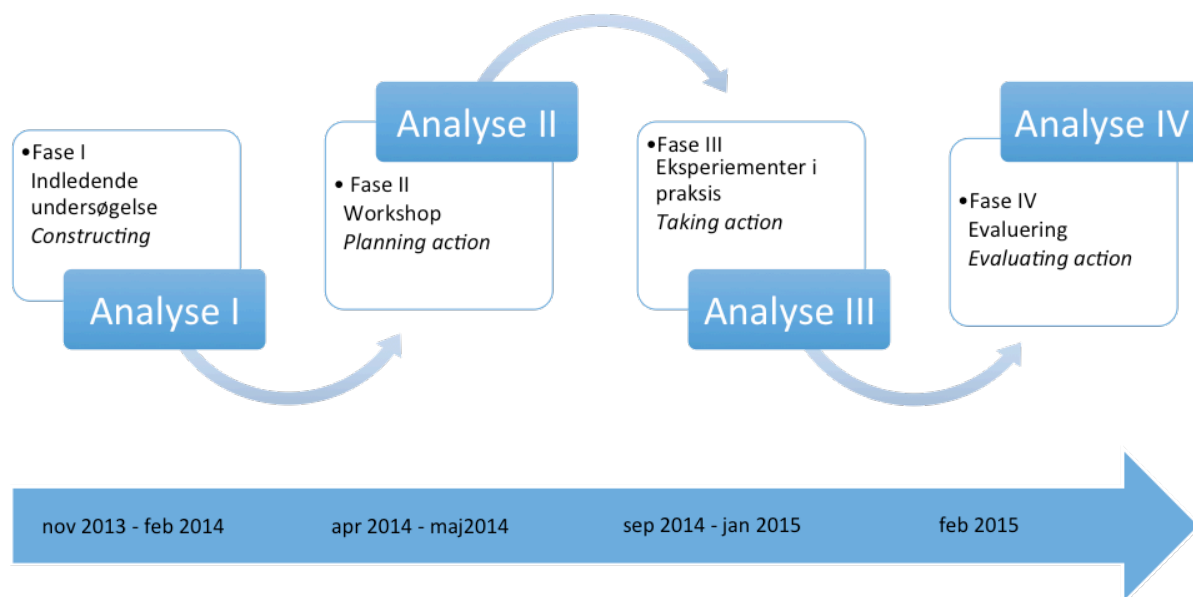


Fig. 2 Aktionsforskningsdesign

Som illustreret, begyndte projektet i november 2013 med indledende undersøgelser i den praksis, hvor aktionsforskningsprojektet foregik. Derefter afholdt jeg sammen med deltagere fra både hospital og kommune i april til maj 2014 fire workshops. I perioden september 2014 til februar 2015 gennemførte jeg sammen med seks sundhedsprofessionelle et intensivt aktionsforskningsforløb, hvor vi udviklede og afprøvede eksperimenter i praksis. Projektet blev afsluttet med en evalueringstemadag i februar 2015.

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 agerede 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 Gadammers 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 hospitalet. 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 hospitalet, 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

eget 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.

Mødet med praktikerne på tværs var guld værd, fordi de gav mig et langt tydeligere og mere nuanceret billede af, hvordan udskrivelsen foregår, end jeg havde. Jeg inddrog efterfølgende mine feltdagbogsnotater i arbejdet med aktionsforskningsgruppen. Netop forståelsen af den lokale kontekst og praksis gav mig en skattekasse af konkrete eksempler, som jeg efterfølgende kunne bruge i både formidlings- og udviklingsarbejdet, fordi de virkede autentiske, og fordi de var nemme at genkende for aktionsforskningsgruppen. Jeg kunne også bruge mine erfaringer fra dette feltarbejde som afsæt til at stille yderligere spørgsmål til praktikernes forståelser og handlemåder. Mit arbejde med helt konkrete eksempler, som senere blev til praksisnære fortællinger, fik afgørende betydning for min kommunikation og formidling i resten af aktionsforskningsforløbet.

Fra indlæggelse til udskrivelse

Jeg fulgte to ældre medicinske patienter og deres pårørende igennem et indlæggelses- og udskrivelsesforløb. 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 pårørendeinterviewene 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 betingelserne 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. Desuden 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 deltage (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.

Den anden patient, som indgik i projektet, var en 65-årig mand, som havde været igennem et meget kompliceret sygdomsforløb, og som nu skulle udskrives. Han havde et omfattende behov for pleje og træning, hvilket stillede store krav til den kommunale hjemmepleje. Både personalet på hospitalet og i hjemmeplejen opfattede denne patients udskrivelssituation som værende yderst kompliceret og problematisk. Ved mine forskellige besøg i hjemmeplejen og på hospitalsafdelingen havde jeg i flere sammenhænge hørt personale tale om de særlige udfordringer, der var omkring udskrivelsen af denne type patienter. Min begrundelse for at inkludere denne patient var, at han repræsenterede den gruppe af multisyge patienter, der har et stort behov for pleje og træning efter en udskrivelse; en kendt og stigende udfordring både for hjemmepleje og hospitalerne (Fortin et al., 2006). Patienten og hans to sønner gav tilsagn om at deltage i interviews. Jeg forsøgte at interviewe patienten på hospitalet og efter udskrivelsen på plejecentret, men patientens sygdomssituation gjorde det vanskeligt, da patienten havde svært ved at tale. De to sønner blev interviewet på hospitalet og privat i deres fælles virksomhed.

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 udvælgelsesstrategi valgte jeg at lade de to patienters kontakter 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".

En opfordring jeg fulgte, og som førte mig til interviews med personer, jeg ikke selv havde overvejet. Jeg har således ladet mig inspirere af sneboldsmetoden (A. R. Pedersen, 1998) i min kortlægning af, hvem jeg skulle interviewe.

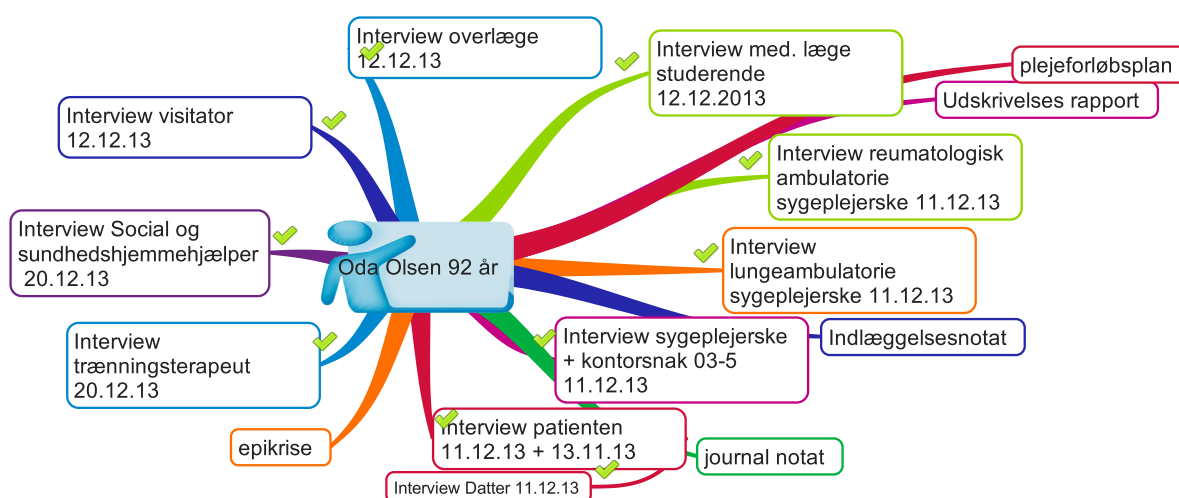


Fig. 3 Mindmap over valgte interviewpersoner og valg af skriftligt materiale.

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 undervejs 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 nyuddannede 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 kollegaer 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 udover de selvfulgkelige diskurser, som jeg med min faglige baggrund også var en del af.

Dokumenter om udskrivelse

For at få en forståelse af, hvordan de sundhedsprofessionelle kommunikerede, inddrog jeg skriftlige dokumenter om udskrivelsen. Det var primært den form for dokumenter, som Lynggaard (2010) kalder for *primære dokumenter*. Det er dokumenter, som er: "*produceret med henblik på cirkulation i et afgrænset og lukket forum*" (Lynggaard, 2010:137). Dette omfattede journalnotater om de to udvalgte patienter, som var skrevet af læger, sundhedspersonale, terapeuter etc. samt hjemmeplejens og visitationens notater om patienternes funktionsniveau. Da en stor del af kommunikationen mellem de sundhedsprofessionelle foregik elektronisk og via standardiserede skemaer, inddrog jeg også dette materiale som en del af det empiriske materiale. Dette materiale gav mig et billede af, hvad der fra begge sektorer synes at være vigtigt at formidle skriftligt videre til medarbejderne i den anden sektor. Desuden inddrog jeg dokumenter fra regionens interne database, hvori det beskrives, hvordan kommunikationen mellem de to sektorer bør foregå i forbindelse med patienternes udskrivelse. Jeg har også inddraget sekundære dokumenter (Lynggaard, 2010:138) som regionens sundhedsaftale, hvori strategier for samarbejdet er beskrevet. Jeg analyserede disse dokumenter ved at se på, hvad og hvordan kommunikation og samarbejde om udskrivelsen bliver skrevet frem, hvorledes der bliver set på afsender og modtager, hvem og hvilke positioner der bliver beskrevet, og hvilket indhold der synes at få forrang. Jeg har ligeledes noteret mig materialets form, og de kontekster dokumenterne skulle bruges i.

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 feltobservationer 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 arbejdslogikorienteret.
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 sammenhængende 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 udlandet for at få en fornemmelse af, hvordan disse temaer blev betydningsfulde i en sammenhæng, der rakte ud over den lokale kontekst, hvori de var blevet 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

På mine studieture diskuterede jeg mine fem tematikker/paradokser med sundhedsprofessionelle rundt i Danmark og i Skotland, England, Holland og Norge. Jeg var især optaget af at tale med dem om, hvordan de kommunikerede og samarbejdede omkring udskrivelsesprocessen, og om de problemstillinger de syntes knyttede sig til udskrivelsesprocessen. Min hensigt var altså igen at blive udfordret på det, jeg så at sige selv var nået frem til, og at få en fornemmelse af, om den måde, jeg angreb problemstillingen på, gav genlyd. Man kan sige, det var en måde at arbejde mig ind på forskningsfeltets indviklethed og forsøge at forstå, hvilke dimensioner projektets problemstilling også handlede om (D Coghlan & Brannick, 2014; Tanggaard & Brinkmann, 2010).

Udvælgelsen af, hvem jeg skulle besøge og tale med, er også her blevet til gennem sneboldsmetoden (A. R. Pedersen, 1998) – den ene kontakt førte til den anden, ligesom jeg brugte mit omfattende faglige netværk og sociale medier som Facebook og LinkedIn. Det blev til studiebesøg på en medicinsk afdeling på Skejby Sygehus, hvor jeg interviewede en sygeplejerske om deres udskrivelsesproces af den ældre medicinske patient. Jeg besøgte udviklingsenheden på Viborg Sygehus, hvor jeg mødte projektledere og konsulenter, som arbejdede med at udvide det tværsektorielle samarbejde, hvor de især var optaget af at udvikle en ny tværsektoriel praksis sammen. Det blev til et interview med projektleder ved udviklingsafdelingen ved Silkeborg Sygehus, som arbejdede med et projekt om at skabe tættere relationer mellem hospitalet og de praktiserende læger. Jeg besøgte fagkonsulenter og teamledere ved Københavns Kommune og Sønderborg Kommune. Endelig besøgte jeg geriatrisk afdeling på Odense Universitetsho-

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 fortalte 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 Torqbay 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 geriatrik 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 u hensigtsmæssig. 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 generet på baggrund af det indledende arbejde og arbejdet i de fire workshops. I mødet deltog de ledere fra hospitalet og fra kommunen, som var dem, der var projektets sponsorer og mine vejledere. Formålet med billedøvelsen var at inddrage 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 kommunikere, 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 tværsektoriel 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

De to danske aktionsforskningsteoretikere Kurt Aagaard Nielsen og Birger Steen Nielsen (B. S. Nielsen et al., 1999; K. A. Nielsen & Nielsen, 2005, 2006; Lennart Svensson, 2002) er mine primære kilder, når jeg skriver om aktionsforskning, og når det gælder den måde, jeg har arbejdet *med* praksisfeltet på. Denne del af afhandlingen bliver altså både en fortælling om, hvordan jeg sammen med forskellige sundhedsprofessionelle aktører fra hospital og hjemmepleje igennem aktionsforskningsforløbet samproducerede, og hvordan vi gennemførte forskellige initiativer i praksis med det formål at bidrage til forbedring af tværsektoriel kommunikation og samarbejde i forbindelse med ældre patienters udskrivelse. Men det er samtidig en fortælling om, hvordan jeg *undervejs* udviklede og styrkede min egen 'kritiske utopiske aktionsforsker'-profil. Jeg har fra begyndelsen været optaget af at se på, hvordan bestemte diskurser har betydning for de sundhedsprofessionelles kommunikation og samarbejde om det tværsektorielle samarbejde, samt hvordan diskurser skabte særlige forståelser og mulighedsbetingelser – samtidig med at jeg undersøgte, hvorledes diskurserne også blev fastholdt og reproduceret gennem det tværsektorielle samarbejde imellem sundhedsprofessionelle. Men den stadig mere klare tilknytning til en bestemt aktionsforskningstradition udviklede sig gennem arbejdet med mit empiriske materiale fra de fire workshops.

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 forskellighed. 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, udskrivelsessituationen 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 arbejds spørgsmål, 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 workshoppene udviklede en gensidig anerkendelse af forandringsbehovet, håbede jeg at

kunne styrke deres motivation til at deltage og bakke op omkring projektets fremtidige aktiviteter. Min hensigt med de fire workshopdage var således, at jeg ved at udveksle mine analyser og med nysgerrighed, undren og spørgsmål fra feltets aktører kunne bevæge projektet fra et *'JEG-har-set-og-forstået-udfordringen-som'* til et kollaborativt *'VI-forstår-udfordringen-som'*. Det blev således til et rum, hvor vi ved at anerkende vores forskellige vidensforståelser og handlemuligheder kunne skabe en fælles forståelse og idéer til at forandre praksis.

Det var mig, der havde udviklet workshoppenes design. Jeg vidste fra begyndelsen, at jeg ville invitere deltagere fra begge sektorer ind. At arbejde med workshop eller værkestedsarbejde, som Nielsen (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005:174) kalder det, åbner for at etablere et frirum, hvor både deltagerne og jeg fik mulighed for at overskride "hverdagens lukkede horisonter". Det giver, som Nielsen taler om, og med min poststrukturalistiske tilgang mulighed for at forstyrre diskursernes selvfølgeligheder. De tre temaer, ét til hver workshop, tog udgangspunkt i de tre problemstillinger, som jeg havde analyseret mig frem til gennem det indledende arbejde. Temaet for første workshop var: *Information vs kommunikation og dialog*, for anden workshop var det: *Fagligt ansvar vs dokumentation, aftale og regler*, og temaet på tredje workshop var: *Helheds – vs delorienteret patientperspektiv*.

Der blev gennemført fire workshops i alt. I de tre første workshops deltog 10-12 forskellige fagpersoner fra både hospitalsafdelinger, visitation og hjemmepleje. Det var medarbejdergrupper, som var direkte eller indirekte involverede i udskrivelsesprocessen af den ældre patient, fx social- og sundhedshjælpere fra kommunen, visitatorer, terapeuter og sygeplejersker. De tre dage blev afholdt med ca. én uges mellemrum i tidsrummet kl. 9-15. Det viste sig at være en god organisering, da deltagerne i den grad tog workshoppenes diskussioner og aha-oplevelser til sig. Det viste sig, at de også fortsatte diskussionerne "hjemme" i egen praksis. Fx kunne én af deltagerne, der deltog i den sidste workshop, henvise til pointer fra den første workshop, som hun ikke havde deltaget i: *"...altså det her ved jeg, fordi Lene fortalte om det i vores afdeling, efter at hun havde deltaget i den første workshop"* (Workshop, 25.4.2014). Dermed udviklede workshopkene sig så at sige udover den konkrete workshoppramme, hvor den erfarede viden

ikke kun var viden, som den enkelte fik med sig, men også til viden der blev delt med kollegaerne. Det er netop et eksempel på, hvordan videnskabelse ikke kun er læring for den enkelte, men, som Nielsen fremhæver, en erkendelse af, at: *"Videnskabelsen i aktionsforskning har ikke ét subjekt. I de lokale sammenhæng, hvor forskningen (...) umiddelbart er lokaliseret, sker der en vidensudvikling hos deltagerne..."* (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005:176). Det fik den betydning, at selvom workshoppene ikke foregik i den konkrete afdeling/hjemmepleje – og at ikke alle medarbejdere deltog, så var rigtig mange optaget og interesserede i aktionsforskningsgruppens arbejde.

I den fjerde workshop deltog de ledere, der havde et direkte ledelsesansvar over for de deltagende sundhedsprofessionelle og ledere, der indgik i de ledelsesteams, 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 hospitalet og i kommunen havde over for hinanden. Ved at fravælge lederes deltagelse var det mit håb, at vi kunne sætte en midlertidig parentes om de formelle ledelseskra- v, 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 aktionsforskningsgruppen 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 tilgode- dese 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 facilitere 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 stillet 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.

Workshopdeltagere

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 medarbejderne 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

dem, og de meldte sig hurtigt til de tre workshopdage. Udover at de skulle have interesse for projektet, havde de også aftaler med deres leder om, at de kunne være væk fra afdelingen. Netop dette er vanskeligt, for som Kjerholdt (2016) m.fl. skriver om, kan det være vanskeligt at få plads og tid til et længerevarende aktionsforskningsprojekt på en travl medicinsk afdeling. Så selvom der fra ledelsen var prioriteret tid til projektet, var det ikke nemt (Billund, 2016; Olesen & Pedersen, 2008). Det var dog langt vanskeligere at få deltagere fra hjemmeplejen til at deltage i workshoppene. Det havde ikke på samme måde været muligt for mig at møde plejegrupperne uformelt og skabe direkte relationer og omtale projektet. Jeg havde forsøgt at møde så mange som muligt på hjemmeplejens kontor. Men morgentiden, hvor de var på kontoret, var meget hektisk, og det var vanskeligt for mig at skabe relationer og uformel snak omkring projektet. Jeg havde mødt hjemmeplejens social- og sundhedsassistenter ved frokostmøder, men deres fællestid var ligeledes meget hektisk. Måske spillede min mere begrænsede insiderviden og erfaring med hjemmeplejeområdet en vigtig rolle her. Jeg kunne ikke på samme måde gennemskue, hvordan jeg kunne få dem i "tale", samtidig med at jeg måske også signalerede en 'hospitals-habitus' i min måde at fremstille – og tale om – og være i problemstillingen på. Det viste sig, at der var flere af deltagerne fra hjemmeplejen, som var blevet bedt om at deltage, fordi jeg havde presset lederne med henvisning til den formelle aftale, der var indgået på ledelsesniveau. Jeg var derfor spændt på de første workshops. Hvordan ville deltagernes engagement og deres interesse for projektet være, hvis de nærmest var blevet tvunget af sted?

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 oplæsning, 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

kommunikation i forbindelse med udskrivelsen. De personalegrupper, der deltog i workshoppene, var terapeuter, social- og sundhedshjælpere og -assistenter, sygeplejersker, specialister og konsulenter. Jeg havde også inviteret de overlæger, yngre læger og praktiserende læger, som jeg havde interviewet, med til workshoppene. De fleste takkede nej til invitationen med henvisning til en travl hverdag. Kun én overlæge sagde ja til at deltage, men meldte afbud dagen før. Måske var lægernes fravalg kendetegnende for, at de primært betragtede det tværsektorielle samarbejde om udskrivelsen som plejegruppens opgave. Som én af overlægerne ved interviewet sagde: *”Nej, udskrivelsen det har jeg ikke noget med at gøre. Det er sygeplejersken, der har kontakt med hjemmeplejen. Det er dem, der aftaler vedrørende udskrivelsen.”* (Interview, dec. 2013). Dette er interessant, da lægen er en central aktør i forhold til at beslutte, hvorvidt patienten er klar til udskrivelse, hvad patienten skal behandles for på sygehuset, og hvad der kan behandles ambulant eller i egen læge-regi. Det er bemærkelsesværdigt, at lægegruppen tilsyneladende ikke oplever at være en væsentlig aktør i det tværsektorielle samarbejde i forbindelse med udskrivelsen. Også de praktiserende læger var fraværende i det direkte samarbejde omkring udskrivelsen. De fleste deltagere på workshoppene var således personer, som jeg tidligere havde mødt i forbindelse med det indledende arbejde gennem interviews og uformelle møder, og alle havde indsigt i og erfaringer med tværsektoriel kommunikation og samarbejde. Tilsammen gav den viden, jeg havde opbygget gennem det indledende arbejde, vigtige fælles faglige forudsætninger for det frugtbare workshoparbejde, som fulgte.

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 placerede 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 gruppens 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 workshopar-

bejdet ville få stor betydning for aktionsforskningsforløbet og hele min afhandling. Samtidig positionerede jeg mig også med en tydelig sundhedsprofessionel profil som den sygeplejerske, der året før havde været ansat på netop det hospital, patienterne udskrives fra. Jeg forsøgte at skabe en troværdig forskerposition, men også at være bevidst om det faktum, at jeg for nylig havde været én af dem, der kommunikerede og samarbejdede med hjemmeplejen i kommunen om patienternes udskrivelse. På forhånd var jeg meget usikker på, om de ville respektere min status som forsker og ikke *kun* se mig som sygeplejerske. Jeg var derfor meget opmærksom på, at når jeg inddrog eksempler fra praksis, så valgte jeg eksempler fra det indledende arbejde. Det var tydeligt, at det fik betydning, at jeg havde en professionsfaglig tilgang, og at jeg ikke *kun* var forsker. Endelig havde jeg også en position som deltager – både i kraft af min deltagelse i diskussionerne i den faciliterende funktion, og ved at jeg var hovedpersonen i dagens afsluttende reflekterende team. Jeg bidrager således som både aktionsforsker og sygeplejerske til de kollaborative processer – en position som jeg både positionerer og positioneres i.

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 udskrivelsessituation. 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 neutralt 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 forske) 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:

"Karin ser utryk ud – og da vi holder pause efter min præsentation, kommer hun hen og siger, at dette workshopsarbejde er hun ikke helt forberedt på. Hun siger, at hun ikke ved, om hun kan deltage eller bidrage med noget. Jeg siger til hende, at det er meget vigtigt for mig, at hun deltager, og at det netop er hendes forståelse og erfaringer som social-og sundhedshjælper, som hun skal bidrage med. Hun ser lidt skeptisk ud, men siger, at hun ikke vil gå."
(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 –*

præget af åbenhed, modtagelighed og opmærksomhed i forhold til andre orienteringer og rettet mod "et fælles tredje" (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005:174). Jeg er overbevist om, at jeg ved at fastholde dette frirum skabte muligheden for en åben og dialogisk proces imellem de aktører, der ofte i dagligdagen betragtede hinanden som 'årsagen' til, at kommunikationen og samarbejdet ikke fungerede.

Lær hinanden at kende øvelser

I alle workshoppene lavede vi efter min præsentation en lille check-in-øvelse (B. P. Halkier & Lindén, 2009). Formålet med øvelserne var dels at aktivere deltagerne fysisk, dels at få dem til at tale med hinanden om problemstillingen. Jeg bad dem om at tænke på tre ting fra min præsentation, som havde gjort indtryk på dem. Derefter gik de rundt mellem hinanden, og når jeg sagde stop, fandt de sammen med den person, som stod længst væk fra dem. De havde hver tre minutter til at fortælle om deres tre ting. Vi lavede øvelsen tre gange. Det er min vurdering, at denne lille øvelse var med til at skabe en livlig og positiv stemning og et godt afsæt for det videre arbejde. Jeg har i min logbog noteret:

"Vi lavede den lille opvarmningsøvelse. Den virkede også godt i denne [anden] workshop. Det betød, at de hurtigt kom i gang med at snakke med hinanden – ja, de var nærmest ikke til at stoppe igen. Jeg havde en fornemmelse af, at der er rigtig god energi i gruppen" (Logbogsnotat 9.4.2014).

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 kollegaer 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 udskrivesituationen. 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 handlinger, 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 forsvar af, hvem der havde gjort hvad rigtigt og forkert i fortællingens situation. Deltagerne blev delt i en hjemmepleje/visitor-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 udskrivesituationen 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 udskrivesituation, 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 seneste år, for urinvejsinfektion, forvirring og lungebetændelse. Johanne bor alene i en pensionistbolig tæt på et plejecenter.

Siden sidste indlæggelse for 2 mdr. siden blev det aftalt, at hjemmeplejen skulle komme hver dag for at hjælpe Johanne med aftensmaden og pillerne. Den varme middagsmad spiser hun tit i dagscentret, som er tæt på. Hun deltager én gang om ugen i den fælles træning på dagscentret. Johannes mand døde for 5 år siden. De var gift i 45 år, og hun savner ham stadig. Hun har én datter, der netop er gået på efterløn. Datteren bor på Syd-

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

Johanne Hansen sidder på sengekanten og er i gang med at børste sit hår. Sygeplejerske Bente kommer ind på stuen og sir: "nå – det bliver flot" og nikker anerkendende, og fortsætter: "det er jo i dag, du skal hjem" Hun smiler og fortsætter "Glæder du dig?". Johanne holder en pause med børsten og ser lidt betænkelig ud "...joehh det gør jeg vel, selvom jeg er nervøs for, om jeg kan klare det, når jeg kommer hjem... synes, jeg bliver så hurtig forpustet og træt" Bente er i gang med at finde Johannes eget tøj frem fra skabet, hun vender sig om, ser på Johanne og siger: "Jamen det skal nok gå. Du har jo klaret mange ting selv de sidste to dage, og det er gået godt med træningen. Jeg har givet besked til hjemmeplejen om, at du kommer hjem i dag kl. 14 efter middagsmaden. Jeg har skrevet til dem, at du skal have den hjælp, du plejer at få" Johanne er færdig med børsten og ser lidt opgivende på det tøj, som Bente har lagt frem til hende, og siger: "Jamen så må vi håbe, at de kommer – det gjorde de ikke sidst. De sagde, at de ikke havde fået besked fra sygehuset" Bente vender sig om og siger "nå det var ikke så godt, men det har de i hvert fald nu".

Det banker på døren, og Lone stikker hovedet ind, nikker til Johanne og siger til Bente: "De har ringet fra visitationen. Du skal ringe til dem vedr. udskrivelsen af Fru Hansen i dag" Johanne ser lidt forvirret fra den ene til anden. Bente vender sig hurtigt om og går i rask tempo til kontoret for at ringe til visitator.

Johannes datter har også ringet og vil gerne vide, hvornår hendes mor kommer hjem. Lone, der har talt med datteren, siger til Bente: "Hun er godt nok meget nervøs og usikker på, om Johanne kan klare sig selv hjemme. Hun synes vist, det er svært at bo så langt væk. Jeg lovede, at du også ringer til hende".. "det skal jeg nok" siger Bente og tænker, at hun faktisk godt kan forstå, at datteren er utryk ved situationen, og egentlig synes hun også, at Johanne burde blive et par ekstra dage, men med al den overbelægning, og når nu Johannes blodprøver er normale, ja – så er der ingen vej udenom, hun skal altså udskrives i dag.

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

Falck kommer med Johanne Hansen til hendes beskyttede bolig kl. 16:30. Det blev senere end forventet, fordi der var bestilt en forkert transport. Johanne fik ikke sovet til middag og sad hele eftermiddagen og ventede på, at Falck skulle komme. Falckfolkene er søde, og de hjælper hende ind og af med overtøjet. De spørger, om de skal hjælpe hende i seng eller kalde på nogen. Men Johanne slår ud med hånden og sir: "Ej, jeg kan godt klare det. Nu er jeg hjemme og har min rollator, så jeg skal nok klare det. De kommer nok snart fra hjemmeplejen og ser til mig". Da Falckfolkene er gået, mærker hun, hvor usigelig træt hun er, og hun synes også, at hun er meget svimmel. Hun tænker, at det ville være godt, om hun bare kunne komme over i sengen, men den møgseng er så svær at komme op i, og hun har ikke kræfter til at bakse med den nu. Omsider får hun placeret sig i den gode stol med udsigten til den lille have. Ja, det er nu nærmest en terrasse med nogle krukker. Hun når lige at tænke, at krukkerne vist snart skal plantes til, før hun falder i dyb søvn.

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

hun ind. Hun kender godt Johanne, selvom hun ikke kommer hos Johanne fast. Hun bliver ret forskrækket over at se Johanne sidde sammenfalden i stolen. Hun synes, at Johanne ser så tynd og gennemsigtig ud, mere end hun plejer. Hun føler på pulsen og mærker fine regelmæssige pulsslæg. Hun kalder på Johanne: "Hej Johanne, er du der?" rusker blidt i hende "hallo er du vågen ". Johanne giver nogle spage gryntelyde uden at komme mere til sig selv. Louise bliver rigtig urolig over, at Johanne sover så tungt, det plejer hun ikke at gøre. Hun tænker, at hun hellere må ringe til sygeplejersken og fortælle hende om situationen. Det stod i den elektroniske journal, at der blev givet medicin og recept med hjem. Louise leder alle vegne i de tasker, Falckfolkene har sat på gulvet, men finder ikke medicinen. Da Louise går til telefonen for at ringe til sygeplejersken, tænker hun, at nu er det igen en situation, hvor gamle mennesker bliver udskrevet alt for tidligt, og uden at de er friske nok til at klare sig i eget hjem.

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 visitator.*

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 udskrivesituationen blev oplevet og kunne fortælles af fx hustru, visitator, 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?

Line [Hosp]: "Jeg håber, visitator har lagt et direkte nummer, ellers tager det for lang tid. Gad vide hvilke spørgsmål, hun har. Jeg håber ikke, jeg skal i krydsforhør. Jeg prøvede jo at ringe i går, efter at tsm [elektronisk besked] var sendt, men kom ikke igennem. Jeg er selv ked af, at jeg ikke har tid til at sætte mig ordentligt ind i Johannes situation. Jeg føler mig også presset over, at overlægen på morgenkonferencen holdt fast i, at Johanne skulle hjem i dag. Jeg ville ønske, at vi kunne beholde Johanne et par dage mere.

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 hjemmeplejen 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..
 Louise [visitor] men jeg kan jo godt forstå, at hvis I [sygehuspersonalet] tror, at fordi hun bor i en beskyttet bolig tæt på et plejecenter, at så er der hjælp nok, men der er faktisk kun den hjælp, der er visiteret til om aftenen til det medicin og den mad, hun får om aftenen. Det er den eneste hjælp, der er.

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, aha-oplevelser og udveksling af idéer og forslag på tværs af fag- og sektorgrænser. Som det fremgår af mit logbogsnotat:

"Der var så megen gensidig forståelse, og god energi i gruppen. Jeg bliver overrasket over, at de faktisk turde sige så mange ting til hinanden – lytte, være nysgerrige og efterfølgende sige: "Jamen det vidste jeg ikke. Nu giver det meget mere mening for mig" (Logbogsnotat 1.4.2014).

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:

"...ejjj 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 udskrivelsestiderne, når lægen først udskriver patienten efter kl 13". (Workshopdag 1.4.2014).

Jeg vil mene, at jeg ved at anvende fortællinger på denne dialogiske og kollaborative måde faktisk lykkedes med at skabe et fælles frirum til både kritik og forstyrrelse, samtidig med at der blev skabt en anerkendelse af deres forskelligheder og den andens arbejdsbetingelser. Jeg arbejdede med kollegaer, som hjalp mig med faciliteringen af plenumdiskussionerne på to af de tre workshops, og jeg faciliterede selv den tredje. De to hjælpere havde begge en forskningsbaggrund, og den ene havde desuden en sundhedsfaglig baggrund. Det betød, at vi faciliterede workshoppene forskelligt, og det var tydeligt, at vi også blev positioneret forskelligt. Som jeg skriver i min logbog efter en workshop: *"...det er interessant, at de ignorerer Lises [facilitatoren, uden sundhedsfaglig baggrund] spørgsmål – det ville de aldrig gøre ved mig."* (Logbogsnotat 9.4.2016).

Reflekterende teamøvelse

De tre workshops blev afsluttet med, at jeg blev sat i 'den varme stol' i en reflekterende teamproces (Andersen, 1987), hvor jeg blev udfordret på, hvordan jeg havde forstået dagens diskussioner og på, hvordan jeg ville tage deres ønsker og forslag med i det videre arbejde. At arbejde med reflekterende team-tankens var et forsøg på at nå en endnu større erkendelse ved at synliggøre over for dem, hvilken viden jeg umiddelbart tog med mig fra den enkelte workshop. Det var en måde for os alle at blive ved med at reflektere over de temaer, der var kommet frem i løbet af dagen, og det er, som Shotter fremhæver med henvisning til Andersen, en måde at være til stede i fællesskabet på *"... [a] way-of-being-with those around..."* (Shotter, 2007:15). Den reflekterende teamproces er delt i tre trin (Andersen, 1987; Brownlee, Vis, & McKenna, 2009). Første trin foregik ved, at jeg siddende på en stol midt i rummet blev interviewet af én fra hospitalet og én fra hjemmeplejen. De havde på forhånd fået følgende spørgsmål, som de kunne lade sig inspirere af: *Hvad har gjort indtryk på dig, Ditte? Hvad er du blevet klogere på? Hvordan kan det bringes videre i aktionsforskningsforløbet? Hvad tænker du nu om problemstillingen?* De øvrige deltagere lyttede og noterede. Efterfølgende talte de sammen om, hvordan de havde hørt mine refleksioner over dagen, og hvad det havde sat i gang hos dem.

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 re-
præsentere 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

Rammerne for workshoppen med lederne var en temaeftermiddag på fire timer, af-
holdt på det lokale vandrehjem. Der var på forhånd udsendt et program for dagen (Bi-
lag 7). Hensigten var, som sagt, at involvere lederne direkte i projektet, præsentere
dem for resultaterne af det indledende arbejde, men også at diskutere, hvordan de som
ledere oplevede problemstillingen om kommunikationen og samarbejdet omkring den
ældre patients udskrivelse. Et forsøg på at få deres kritik i spil. Ved at invitere lederne
med søgte jeg en yderligere problematisering og nuancering af problemstillingen set
fra et andet perspektiv. Også her anså jeg det som vigtigt, at vi var et neutralt sted, så
ingen af dem havde fornemmelsen af at være værter for mig. Som nævnt ovenfor, hav-
de flere ledere udtrykt et klart ønske om at deltage i projektet. Alligevel havde det væ-
ret vanskeligt at rekruttere lederne til workshopeftermiddagen. En af grundene kunne
være, at lederne havde en forståelse af, at problemstillingen mere var medarbejdernes
end deres, eller måske fordi de også var pressede på tid. I alt deltog 12 ud af de 33, jeg
havde inviteret, seks fra hospitalssektoren og seks fra hjemmeplejen. Flere havde
meldt, at de kom, men havde meldt afbud på selve dagen eller dagen før.

Præsentation af projektet

Som ved de første tre workshops indledte jeg også lederworkshoppen med en præsen-
tation af projektet og de foreløbige analyser. Jeg vidste gennem deres tidligere tilken-
degivelser, 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 ledere var underlagt forskellige regler og krav til fx at overholde budgetter.

Billedøvelse

Vi arbejdede på denne workshopeftermiddag med lederne med en billedøvelse inspireret af Hee Pedersen (Hee Pedersen, 2008a; C. H. Pedersen, 2004). Hensigten var at skabe et anderledes samtalerum, hvor deltagerne med billeder som anker kunne arbejde med deres kollektive og individuelle erfaringer på en anderledes måde (C. H. Pedersen, 2004:41). Man kan sige, at denne øvelse også var en måde at skabe en slags 'fælles tredje' på. Øvelsen blev en platform, hvor lederne kunne diskutere deres valg af billeder, forståelser og betydninger, som ikke tog afsæt i konkrete udskrivelseskonflikter mellem hospital og kommune, men hvor deres dialog om billederne kom til at repræsentere deres forståelse af problemstillingen og spændingerne knyttet til udskrivelsen af den ældre patient fra hospitalet.

Til øvelsen havde jeg udvalgt 100 forskellige billeder, der var meget forskellige. Det var billeder af mennesker, ting, situationer og stemninger. De var i farver, sort/hvide, store og små. Det var ikke billeder, som direkte signalerede kommunikations- eller samarbejdssituationer i forbindelse med ældre patienters udskrivelse. Det spørgsmål, som var udgangspunktet for øvelsen, var: *"Vælg tre billeder, der viser de udfordringer, du oplever, når dine medarbejdere kommunikerer med hinanden om udskrivelse af ældre patienter?"*. De blev delt i to grupper – én hospitalsgruppe og en hjemmepleje/visitor-gruppe. De skulle på baggrund af deres tre valgte billeder forhandle sig frem til tre billeder, som kunne rumme gruppens forståelse. Det var interessant at høre deres drøftelser af, hvor forskelligt de inden for egen sektor så på problemstillingen, ligesom det blev tydeligt, at der også var spændinger mellem lederne fra de forskellige afdelinger på hospitalet og mellem teamleder og visitatorerne i kommunen.

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 udtalte én 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 udskrivelsesproces, 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 udskrivelsesprocessen i fortællingerne, hvilke te-

maer, problemstillinger og spændinger der blev artikulert – og hvorvidt der kom pointer 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 indeholde flest mulige dilemmaer og spændinger fra den fælles praksis. Dels havde jeg som sygeplejerske og tidligere ansat på hospitalet konkret indblik i, hvad problemet synes at handle om, og dermed en ret klar formodning om, hvad problemstillingen omhandlede. 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 virkelighedsforståelse, 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 hvilke forskellige forståelser synes at skabe spændinger og dilemmaer 3) *magt og positionering* 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 aktionsforskningsarbejde 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

I alle tre workshops kom der flere eksempler på, at den daglige rutine, organisering af udskrivelsen og deltagernes arbejdslogik havde en afgørende betydning for, hvordan udskrivelsen kunne foregå. Dette gjaldt begge sektorer. Hver sektor havde sine specifikke regler og rutiner omkring udskrivelsesprocessen. Det var regler, som det viste sig, ofte kun gav mening lokalt. Et eksempel: Når den kommunale visitator, der skulle planlægge patientens forløb i hjemmeplejen, talte med plejepersonalet på hospitalet, så foregik det ud fra et standardskema, som bruges i visitationen, og som giver mening for visitatoren. Men det var til stor frustration for sygeplejersken på hospitalet, der af visitatoren blev stillet detaljerede spørgsmål til patientens hjemlige forhold om en patient, hun måske kun havde hilst på, og som havde været indlagt i 48 timer. Sygeplejersken kunne derfor ikke svare på visitatorens spørgsmål af typen: *Hvor langt skal patienten gå for at komme til toilettet? Er der trapper i hjemmet? Har patienten en mikroovn?* De spørgsmål var svære for personalet på hospitalet at svare på, og de synes faktisk heller ikke, det var deres opgave.

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 visitatorernes standardskema blev formidlet til hospitalsafdelingerne. De sundhedsprofessionelle på hospitalet var meget optagede 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 plejeb behov, 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 indlejret i arbejdslogikker, lokale rutiner, speciale/diagnose og økonomiske rationaler – langt mere end det sammenhængende, tvær-

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 udskrivelserprocessen

Workshoppene viste ligeledes, at it-kommunikationssystemet synes at medproducere ændrede (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 korte 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 udskrivelsestidspunktet. Dette var i høj grad knyttet til, at de regionale tidsaftaler var overholdt.

Ligesom mine refleksioner og analyser af det indledende arbejde danner det indholdsmæssige 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

Denne tredje del af kapitlet behandler det intensive aktionsforskningsforløb, hvor en aktionsforskningsgruppe med tre sundhedsprofessionelle fra den kommunale hjemmepleje og tre deltagere fra hospitalet sammen med mig udviklede og afprøvede forslag, som kunne bidrage til forbedring af den tværsektorielle kommunikation omkring udskrivelse af den ældre patient. Indledningsvis redegør jeg for de præmisser, vores gruppe arbejdede ud fra, hvorefter jeg beskriver, hvorledes deltagerne blev udvalgt, hvordan vi samarbejdede og udviklede metoder og eksperimenter til praksis. Afslutningsvis præsenteres resultaterne fra aktionsforskningsgruppens arbejde, som jeg opdeler i to dele. Den ene slags resultater omhandler de initiativer, aktionsforskningsgruppen gennemførte i den lokale kontekst, og de forslag vi på baggrund af vores erfaringer udarbejdede og gav videre til lederne. Dem kalder jeg for type 1-resultater. Den anden slags handler om den viden, som vi samproducerede, som bygger på erfaringerne med at udvikle nye praksisformer, men som kan almengøres og inspirere andre forskere og fagprofessionelle. Disse resultater er således vokset ud af vores erfaringer og refleksioner fra de konkrete eksperimenter, som bidrager til en dybere forståelse af de sociale og kulturelle forholds samfundsmæssige relevans, og måske også fastholde en indsigt i deres modsætningsfulde karakter (B. S. Nielsen & Nielsen, 2010:103). Dem kalder jeg for type 2. Jeg afslutter kapitel III med at diskutere spørgsmål om validitet og kritik i forhold til det samlede aktionsforskningsforløb.

En kritisk utopisk aktionsforskningsproces

Jeg vandrer nu med al min viden, erfaringer, relationer og gode kontakter med praksisfeltet ind i aktionsforskningsforløbets tredje del. Det var her, jeg for alvor tog fat på aktionsforskningens grundlæggende ide om, at det er gennem demokratiske intensive kollaborative processer, forandringer kan skabes. Den grundlæggende antagelse var som nævnt, at det er gennem konkret samarbejde på tværs, at ideer til forbedring af den tværsektorielle kommunikation og samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle, når ældre patienter skulle udskrives, kunne blive til (David Coghlan & Brannick, 2014a; K. A. Nielsen & Nielsen, 2005). I workshopdelen havde jeg primært haft fokus på at blive klar på, hvordan deltagerne så på den tværsektorielle kommunikation og samarbejdet, og på at identificere, hvilke forandringer de selv ønskede. Det var altså et forsøg på at få fat på det, som er 'red and hot' (David Coghlan & Brannick, 2014a:119). Jeg

nærmede mig feltet med det, som Nielsen (2007) fremhæver som 'nødvendigt', når der skal konstrueres en bottom-up demokratisk forandringsproces: At tage udgangspunkt i deltagernes hverdagserfaringer i forhold til aktionsforskningens tema (K. A. Nielsen & Nielsen, 2007). Som argumenteret for i ovenstående, har jeg således sammen med de sundhedsprofessionelle i de indledende analyser og workshoparbejdet skabt et solidt fundament for aktionsforskningsgruppens arbejde.

I dette halve år bliver den kritiske utopiske aktionsforskningstradition vigtigere og vigtigere for arbejdet. Den får betydning for den måde, vi/jeg designer forløbet på, og arbejdet med kritik og utopi blev væsentlige elementer i arbejdet og i valget af de forskningsmetoder, vi anvendte, som alle havde et frigørende, utopisk og demokratisk orienteret sigte. Formålet med aktionsforskningsgruppens arbejde i værkstederne var således at udvikle idéer til helt konkrete nye måder at kommunikere på tværs af sektorerne og at afprøve disse måder i praksis. Præmisserne for arbejdet i aktionsforskningsgruppen var, at hver af de seks deltagere havde 100 arbejdstimer, som de kunne anvende direkte til projektet. Den intensive arbejdsperiode forløb fra september 2014 og blev afsluttet med en evalueringsworkshop i februar 2015.

Aktionsforskningsgruppen, valg og deltagelse

Udvælgelsen af personer til aktionsforskningsgruppen blev foretaget af medarbejdernes nærmeste leder. Jeg havde talt med lederne om, at et væsentligt udvælgelseskriterie 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 ledere 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

var medarbejdere, der var utilfredse med lederens valg af deltager til aktionsforskningsgruppen. At denne udvælgelse blev foretaget af lederen, kom ligeledes til at signalere en eksplicit opbakning til projektet, som kan have haft både positive og negative konsekvenser. Når jeg involverede lederne i valget af deltagere, var det, fordi jeg så det som en væsentlig forudsætning for, at projektet og især afprøvning af eksperimenter skulle kunne gennemføres i praksis (David Coghlan & Brannick, 2014a:205).

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 de, der meldte sig, havde en reel interesse i at deltage og oplevede, at temaet var væsentligt for dem (K. A. Nielsen & Nielsen, 2005). Det viste sig at være attraktivt at komme ind i aktionsforskningsgruppen. Det tror jeg, der var flere grunde til. Dels at problemstillingen oplevedes så relevant og pressende aktuel for alle, dels at jeg havde været synlig i afdelingen og på flere møder havde informeret om projektet, og at jeg havde fulgt og interviewet mange af medarbejderne. Endelig havde mange deltaget i de vellykkede workshops. Afgørelsen af, hvem der skulle deltage, blev endeligt taget af lederen efter en diskussion på et personalemøde. Terapeuten blev valgt af sine kollegaer ved et personalemøde.

I den kommunale sektor 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 sundhedshjælpere, 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 forandring, 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

på tværs af fag og sektorer nytænke problemerne knyttet til udskrivningssituationen. I mit projekt tror jeg både, det var vigtigt, at deltagerne havde et personligt engagement, og at de repræsenterede forskellige synspunkter og erfaringer (K. A. Nielsen & Nielsen, 2007).

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

Min position i aktionsforskningsgruppen forandrede sig undervejs det halve år, vi arbejdede sammen. I den indledende del havde jeg fokus på at være – *som dem* – at være en del af gruppen med det, jeg kunne bidrage med både som facilitator, forsker og sygeplejerske. Det betød, at jeg fx var opmærksom på, hvordan vi fysisk placerede os i rummet. Jeg stillede bordene, så jeg ikke kom til at sidde for bordenden og dermed "naturligt" ville tage en ordstyrerrolle. Jeg talte eksplicit med gruppen om min bekymring over, at jeg, både som den der 'bar' projektet, med min faglige baggrund og et efterhånden nuanceret kendskab til problemstillingen, kunne have svært ved at undgå at sætte mig i en position som facilitator eller i formandsstolen. Det førte til, at én af deltagerne sagde: "*...kan vi ikke bare sige, at du er vores deltagende formand*" – hvorefter alle lo indforstået. Jeg ser, det er et dækkende udsagn for den måske umulige position, jeg gerne ville påtage mig i gruppen. Jeg ønskede ikke at være "formand" på trods af, at jeg havde direkte og eksplicit andel i projektet, fordi det netop var en central del af mit ph.d.-projekt. Der var også udtalelser som "*Er det vi gør - godt nok for dig?*", og igen ser jeg udsagnet som udtryk for, at gruppen tager et hensyn til mig som den egentlige projektejer. Mange andre forskere har problematiseret denne *med-forsker* position som en naiv utopi, også fordi forskeren altid har en privilegeret position (Kristiansen & Bloch-

poulsen, 2012; Ness et al., 2013; Olesen & Pedersen, 2008). Det viste sig i løbet af processen, at min bekymring for at være for styrende, både fordi jeg havde faglig og institutionelt kendskab til problemfeltet, og fordi jeg var projektejer, var overdrevet. I flere situationer "lukkede" gruppen mig ude af diskussioner, netop fordi jeg ikke var én af dem i deres konkrete kontekst, og det var ikke mig, der skulle tilbage til kollegaerne med forslag til nye rutiner og praksisser. I forløbet er der også eksempel på, at jeg ikke havde retten til at afgøre taletid, som én af deltagerne sagde til en anden: "*Jane, du blev vist ikke færdig*". Jeg forsøgte altså at balancere på en knivsæg med min egen deltagelse. Jeg ville på den ene side være forsker *med* deltagerne, og på den anden vidste jeg godt, at jeg havde en særlig position, hvor jeg netop ikke kunne være *med*, da vi ikke havde det samme på spil. Det blev forventet af os at levere 'resultater' på meget forskellige måder. Så det var, hver gang vi mødtes, en udfordring både at være deltager og samtidig være forskeren. Som sagt er det en udfordring, som også andre aktionsforskere (Kristiansen & Bloch-Poulsen, 2014; Olesen & Pedersen, 2008; Lennart Svensson, 2002) har diskuteret, men min position som insider forstærkede problemstillingen. Med min position og faglige baggrund, og dermed også min normative forståelse af, hvad der kunne være de gode forslag, var jeg også meget opmærksom på ikke at blive for styrende og at dominere med allerede fastlagte meninger om, hvad problemerne var, og hvilke forslag vi kunne afprøve.

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

Din forforståelse og viden om vores praksis har gavnet rigtig meget. Vi har ikke skullet forklare, og du kunne hurtigt komme med dine egne eksempler fra vores verden. Samtidig har det også haft betydning, at du har lavet noget andet – og dermed har kunnet løfte vores diskussioner (...) Din funktion har været fremmende, uden at det har ledt [os] eller været for styrende" (Aktionsforskningsdag 17.12.2014).

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 dynamik 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 skuldre. Da vi mødtes første gang, havde jeg udarbejdet *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 kommunale hjemmepleje kunne være svært for deltagerne at finde konkrete datoer mellem vagter, fridage og andre projekter og lykkes med, at alle ville kunne deltage. Det viste sig at være en god strategi, som rent faktisk sikrede deltagelse. Der var kun én af deltagerne, 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 aktionsforskningsgruppen. 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 planlægning. 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 afholdt i et lokalt medborgerhus, som var et neutralt sted for alle deltagere, også for mig. To dage var vi i henholdsvis det involverede hjemmepleje-område og på hospitalsafdelingen. Den sidste dag var vi i et af hospitalets mødelokaler, som ikke direkte havde forbindelse til den hospitalsafdeling, 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 aktionsforskningsgruppen i henholdsvis kommune og på hospital, og jeg deltog i flere af deres arrangementer, som de selv afholdt med deres kollegaer. Nedenstående kalender viser både vores fællesmødedage og de dage hvor vi præsenterede vores forslag.

September	Oktober	November	December	Januar	Februar
Ma 1	On 1 Møde - Kommunen	Lø 1	Ma 1	To 1	Sø 1
Ti 2 Workshop - AF-gruppen	To 2	Sø 2	Ti 2	Fr 2	Ma 2
On 3 Workshop - AF-gruppen	Fr 3	Ma 3 Møde - Hospitalet	On 3	Lø 3	Ti 3
To 4	Lø 4	Ti 4	To 4	Sø 4	On 4
Fr 5	Sø 5	On 5	Fr 5	Ma 5	To 5
Lø 6	Ma 6	To 6	Lø 6	Ti 6 Præsentation af projekt	Fr 6
Sø 7	Ti 7 Møde - Hospitalet	Fr 7	Sø 7	On 7	Lø 7
Ma 8	On 8	Lø 8	Ma 8	To 8 Præsentation af projekt	Sø 8
Ti 9	To 9 Møde - Kommunen	Sø 9	Ti 9	Fr 9	Ma 9
On 10	Fr 10	Ma 10	On 10	Lø 10	Ti 10
To 11 Workshop - AF-gruppen	Lø 11	Ti 11 Møde - Kommunen Møde - Hospitalet	To 11	Sø 11	On 11
Fr 12 Workshop - AF-gruppen	Sø 12	On 12 Møde - Hospitalet	Fr 12	Ma 12	To 12
Lø 13	Ma 13 Møde - Hospitalet	To 13	Lø 13	Ti 13 Præsentation af projekt	Fr 13
Sø 14	Ti 14	Fr 14	Sø 14	On 14	Lø 14
Ma 15 Møde - Kommunen	On 15	Lø 15	Ma 15	To 15	Sø 15
Ti 16	To 16	Sø 16	Ti 16	Fr 16	Ma 16
On 17	Fr 17	Ma 17	On 17 Workshop - AF-gruppen	Lø 17	Ti 17
To 18	Lø 18	Ti 18	To 18	Sø 18	On 18
Fr 19	Sø 19	On 19	Fr 19	Ma 19 Præsentation af projekt	To 19
Lø 20	Ma 20	To 20	Lø 20	Ti 20	Fr 20
Sø 21	Ti 21 Workshop - AF-gruppen	Fr 21	Sø 21	On 21	Lø 21
Ma 22	On 22	Lø 22	Ma 22	To 22	Sø 22
Ti 23 Møde - Hospitalet	To 23	Sø 23	Ti 23	Fr 23	Ma 23
On 24 Møde - Kommunen	Fr 24	Ma 24 Workshop - AF-gruppen	On 24	Lø 24	Ti 24
To 25	Lø 25	Ti 25 Workshop - AF-gruppen	To 25	Sø 25	On 25
Fr 26	Sø 26	On 26	Fr 26	Ma 26	To 26 Evalueringsskole
Lø 27	Ma 27	To 27	Lø 27	Ti 27	Fr 27
Sø 28	Ti 28 Møde - Hospitalet	Fr 28	Sø 28	On 28	Lø 28
Ma 29	On 29	Lø 29	Ma 29	To 29	
Ti 30 Møde - Hospitalet	To 30	Sø 30	Ti 30	Fr 30	
	Fr 31		On 31	Lø 31	

Fig. 6 Kalender over aktiviteter

Oplæg, artikellæsning 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 hospitalet, som havde indsigt i det elektroniske kommunikationssystem, som skulle anvendes i den tværsektorielle 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 kollegaer i arbejdet. Vores diskussioner førte frem til, at de ved at lave en undersøgelse af egen praksis nemmere ville kunne få deres kollegaer 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).

Vi diskuterede, hvordan vi kunne inddrage kollegaerne, og endte ud med en beslutning om at bruge forskellige metoder. Den ene metode var at udarbejde et spørgeskema med åbne spørgsmål. Spørgeskemaundersøgelsen blev ikke udarbejdet som et lukket konstrueret spørgeskema med svarmuligheder (Teasdale & Svendsen, 2005), men som et skema med fire åbne spørgsmål de kunne svare frit på. Det gav dem mulighed for at komme i kontakt med mange kollegaer, og dermed kunne de involvere flest mulige i processen. En af deltagerne lavede ét fokusgruppeinterview (B. Halkier, 2010) med den begrundelse, at det ville give flest mulige nuancer ved at mødes med en gruppe kollegaer, og at de dermed kunne inspirere hinanden undervejs. Sammen diskuterede vi os frem til, hvilke spørgsmål vi ville stille i begge undersøgelser. Det var åbne, men alligevel fokuserede spørgsmål, som vi på baggrund af vores indledende diskussioner var nået frem til: *"Hvad skal der til for, at du tænker positivt om kommunikationen mellem faggrupperne og sektorerne? Hvad har du behov for at vide ved udskrivelse/indlæggelse*

fra den anden sektor? Hvad tror du "de andre" har behov for at vide om din praksis? Hvordan kan du opfylde disse behov?"

Det viste sig, at det ikke var så let at få kollegaerne til at deltage i hverken spørgeskemaundersøgelse eller interview. Det kom som en overraskelse for aktionsforskningsgruppen (for uddybning af denne problematik se Høgsgaard, 2016). På de følgende fællesdage analyserede vi sammen spørgeskemaundersøgelsen og referaterne af de gennemførte fokusgruppeinterviews. De resultater, vi nåede frem til, var stort set identiske med mange af de svar og overvejelser, som var kommet frem i workshoppene og i mine indledende undersøgelser. Også her viste svarene, at medarbejderne i de to sektorer havde begrænset viden om hinandens praksis. Både mit indledende arbejde og diskussionerne i workshoppene havde kredset om det samme, at der var begrænset viden om den andens praksis. Derfor besluttede aktionsforskningsgruppen at besøge hinandens praksis for på egen krop at få en oplevelse af, hvordan deres forskellige forståelser konkret havde betydning for de måder, de handlede på i udskrivesituationen. Hensigten med besøgene var således at få illustreret, hvordan udskrivelse af patienten foregik fra hospitalet, og hvordan patienten blev modtaget af medarbejderne i hjemmeplejen – gennem visitationen. Oplevelser fra udvekslingsbesøgene indgik i de efterfølgende diskussioner og bidrog til udvikling af de eksperimenter, vi afprøvede, og de forslag vi sammen udviklede og gav videre til kollegaer og ledere i hospitalsafdeling og kommune.

Værkstedsarbejde og Walk and Talk

Aktionsforskningsgruppens arbejde blev indledt med et todages værkstedsarbejde med inspiration fra fremtidsværkstedsmetoden (Jungk & Müllert, 1984). Vi arbejdede med fremtidsværkstedsmetodens tre faser: kritik- fantasi- og realitetsfasen, som blev justeret og videreudviklet undervejs, så den passede til den måde, vi arbejdede på. Argumentet for at arbejde med denne metode var, at den gav os mulighed for, at vi i det konkrete arbejde kunne lade os inspirere af hinandens forståelser af og kendskab til hverdagssituationer, som ikke fungerede. Desuden inspirerede metoden os til at arbejde med vores ønsker, drømme og idéer til, hvordan det kunne være anderledes. Vi brugte spontane walk and talks (Doucette, 2004; McKinney, 2011). Som Doucette

(2004:374ff) skriver, så har han udforsket 'walk and talk' som en form for intervention, der kombinerer rådgivning og udendørs fysisk aktivitet. Doucette har dog primært fokus på det terapeutiske udbytte ved fælles fysisk aktivitet. Vi brugte walk and talk som en anden måde at være sammen på, der også inspirerede udviklingen af et fælles socialt rum. Undervejs skrev vi vægavis, som vi brugte både til at fastholde vores kritik og idéer og til udvikling af eksperimenter. Dette bidrog således til udviklingen af det sociale rum, hvor vi arbejdede med det utopiske frigørende element på en meget konkret måde.

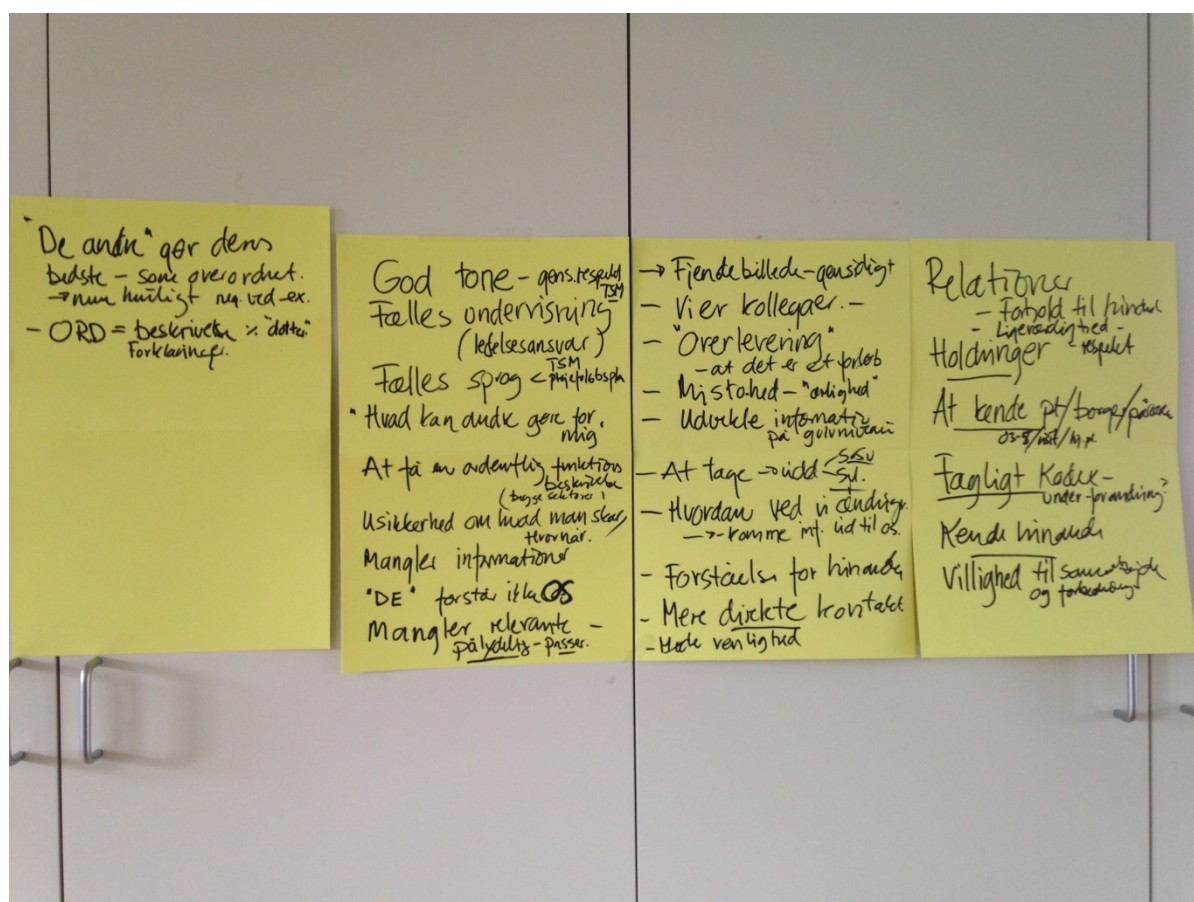


Fig. 7 Eksempel på vægavis

Kritisk refleksion og forstyrrelse

Gennem forskellige øvelser arbejdede vi med kritisk refleksion. Den kritiske tilgang er, som beskrevet tidligere, inspireret af kritisk teori, som er tæt knyttet til kritisk utopisk aktionsforskning (Nielsen 2005, 2006, 2010). Som Bilfeldt (2012) fremhæver med henvisning til den australske kritisk orienterede aktionsforsker Stephen Kemmis, så

ligger det kritiske i at identificere det uretfærdige og det urimelige. Det kan ske ved at skabe rum for både kritik og en selvkritisk refleksion over praksis, som kan give rum for kollektiv udvikling og gennemførelse af alternative løsninger (Bilfeldt, 2012:21). Med denne tilgang til kritisk refleksion forsøgte vi også at forstyrre vores selvforståelse. Kritiskarbejdet og problematisering foregik bl.a. som en del af brainstormen i den indledende del og undervejs, når vi arbejdede med forskellige øvelser. Det, at vi skabte et socialt rum, hvor det blev legitimt at tale om og reflektere kritisk over egne praksisser og de institutionelle vilkår og betingelser, var frisættende også for etableringen af nye ideer. Vi arbejdede med øvelser, der direkte havde til hensigt at bryde selvfølgeligheder og forstyrre den indforståethed, som omgav al snak om kommunikation og samarbejde. I dette arbejde trak jeg især på min poststrukturalistiske inspirerede tilgang som forsker, hvor jeg ønskede at skabe forstyrrelse i forståelser og forestillinger om den fælles kommunikationspraksis. Et eksempel: I en af øvelserne arbejdede vi med provokerende udsagn, hvor jeg på baggrund af vores diskussioner i aktionsforskningsgruppen udformede en række udsagn, som jeg anså for at kunne forstyrre deres forståelse af den tværsektorielle kommunikation og samarbejde. Øvelsen mindede om den form for billedøvelse, Pedersen skriver om (C. H. Pedersen, 2004). Frem for, som Pedersen, at anvende billeder, anvendte jeg en række udsagn, ca. 50, som blev skrevet på papkort. Aktionsforskningsgruppen skulle hver vælge tre udsagn, som de skulle diskutere med hinanden to og to. Efterfølgende skulle de prioritere tre fælles udsagn til fælles diskussion i aktionsforskningsgruppen. Øvelsen med de provokerende udsagn blev gennemført på aktionsforskningsgruppens sidste fælles arbejdsdag. Det var tydeligt, at de diskussioner, vi tidligere havde haft i aktionsforskningsgruppen, fx om hvorvidt det overhovedet var muligt at skabe et tværsektorielt sammenhængende forløb for patienterne, ikke længere var et provokerende udsagn – tværtimod synes det nu at være indlysende, hvor umuligt dette var.

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

I nedenstående illustrerer jeg de eksperimenter, som aktionsforskningsgruppen nåede frem til, og som blev afprøvet og/eller givet videre til kollegaer og ledere. Det kalder jeg for type 1-resultater. Med inspiration fra Nielsen & Nielsens (2005:176) måder at anskue aktionsforskningens samfundsmæssige forpligtigelse på, beskriver jeg de erkendelser, som hele aktionsforskningsforløbet (fase I+II+III) har genereret, og som jeg forstår som eksemplariske og af en almen karakter, der både har en forskningsmæssig og samfundsmæssig interesse. Denne form for resultater træder altså ud over den lokale kontekst. Det kalder jeg for type 2-resultater. Hermed forsøger jeg at tage fat i kritikken af, at aktionsforskere synes at være mest optaget af at skabe ny lokal viden. Som Laursen fremhæver, så er der i aktionsforskningen ofte fokus på at skabe: "*...ny lokal viden, som derefter, i en mere eller mindre abstrakt og generaliseret form, kan spredes for senere at blive oversat, afprøvet og eventuelt videreudviklet i nye social sammenhænge.*" (Laursen, 2012:111). Andre aktionsforskere har også givet deres tilsagn om, at hvis aktionsforskningen skal anerkendes på lige fod med anden kvalitativ forskning og have betydning udover den lokale kontekst, må aktionsforskning også bidrage med teoretiske og videnskabelige diskussioner (Mary Brydon-Miller et al., 2003; Johansson & Lindhult, 2008). Aktionsforskningen skal og må i sine forskningsbidrag også bidrage til at markere aktionsforskningen med en selvstændig forskningsidentitet og også eksplicitere resultaternes almene og samfundsmæssige relevans (se fx: Husted & Tofteng, 2012; Olesen, 2011). Jeg deler også Nielsens forståelse, med henvisning til Gibbons og Novotnys (1994) af, at forskning ikke længere handler om at producere nye sandheder, men om at lade sig lede af interessen for udvikling eller forandring, hvor lokale aktører inddrages på lige fod i vidensskabelsen (K. A. Nielsen, 2004:541). Disse to resultatformer er naturligvis til stede samtidigt, fordi udviklingen af eksperimenterne i praksis var et resultat af aktionsforskningsgruppens diskussioner, kritik og nyorientering og identificeret af de mange ambivalenser og spændinger, som er knyttet til det tværsektorielle samarbejde.

De analyser, der førte frem til projektets resultater, er tæt koblete til aktionsforskningsgruppens diskussioner, eksperimenter og til gruppens dialoger med deres kollegaer. 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 aktionsforskningsgruppen 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 aktionsforskningsgruppen 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:

- **Holdningerne** 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**.

Aktionsforskningsgruppen har sammen, nogle gange i fællesskab, andre gange i sektoropdelte grupper, på baggrund af de tre ledetråde udviklet eksperimenter. Nogle af eksperimenterne blev afprøvet i projektperioden, og andre blev givet videre til kollegerne og ledelserne. I nedenstående præsenterer jeg de konkrete forslag, vi udviklede, og viser, hvordan vi forsøgte at implementere dem. Som nævnt var det ikke alle idéer og forslag, der blev afprøvet, men alle forslag blev givet videre til ledelserne og kollegerne.

"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:

"Når en borger flytter på plejehjem/aflastning, sikrer vi, at det nye sted får de informationer, der er nødvendige, for at forstå borgens situation. Det gør vi ikke, når borgeren indlægges. Det må vi lave om" (Aktionsforskningsdag 11.9.2014).

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 gruppemøder på hospitalsafdelingen og i den kommunale hjemmepleje. Aktionsforskningsgruppens deltagere var, når de var på deres arbejdssted, selv optagede af at være en slags rollemøder, 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 udskrivesituationen, uanset om denne kollega er på hospital eller i hjemmeplejeregion.

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 styrende 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:

"Det har betydet meget for mig at være på udvekslingsbesøg og at have en sygeplejerske med på hjemmebesøg. Nu har jeg et indtryk af, hvad der foregår på hjerteafdelingen – fordi jeg har haft en sygeplejerske fra hjerteafdelingen med på en arbejdsdag [i kommunen]. Det betød noget for den måde, jeg efterfølgende snakkede med dem på hjerteafdelingen på – også selvom det var en anden sygeplejerske. Jeg kunne bedre forstå hendes situation og grunden til, at hun handlede, som hun gjorde". (Aktionsforskningsdag 11.9.2014)

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 udskrivesprocessen. Ved alle møder i aktionsforskningsgruppen kom der fortællinger om bestemte praksisser frem – fortællinger, der førte til udbrud som "aha – så er det derfor..." eller "det du fortæller er meget vigtig viden for os på hospitalet".

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 fysioterapeuten 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 konferencer. 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'-beskedfeltet 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 hospitalet:

"I starten ... altså da vi skulle begynde at sende udskrivelsesrapporten i TSM [elektronisk kommunikationssystem], var det meget frustrerende, når jeg skulle udskrive patienten. Jeg var bange for, at de [hjemmeplejen] ikke så beskeden om, at patienten kom hjem. Nogen gange ringede jeg altså for at sikre mig, at de havde set beskeden" (Aktionsforskningsdag, 12.9.2014).

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 hospitalet, 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 aktionsforskningsgruppen. Det er min vurdering, at når de blev så provokerede af superbrugerens forståelse af problemstillingen, var det fordi, de gennem dette aktionsforskningsprojekts kollaborative arbejde netop havde etableret en fælles erkendelse af problemstillingens kompleksitet, og at det ikke handlede om, at det var dem, de sundhedsprofessionelle, 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 praksis, hvor det var muligt for sundhedsprofessionelle at mødes og lære hinandens udskrivelsespraksis at kende. I vores argumentering for dette forslag trak vi især på de frugtbare 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 arrangementer. Vi foreslog også, at alle nyansatte, som en del af deres introduktionsprogram, 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 vægтет 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 udskrivelsessituationen, stillede.

Kollaborativt produceret viden, type 2

I dette afsnit tager jeg fat på at analysere og diskutere den viden, som vi samproducerede, og som, jeg mener, rækker ud over den lokale kontekst. Jeg har flere gange i afhandlingen henvist til Nielsens udsagn om, at også aktionsforskeren er forpligtet på at analysere og diskutere nye erkendelser i et både forskningsmæssigt og alment perspektiv, vel vidende at det er to sider af samme sag og ikke ”... *to forskellige forpligtigelser*” (B. S. Nielsen & Nielsen, 2010:120). Også Coghlan fremhæver betydningen af, at aktionsforskningen også bidrager til udvikling af ny eller eksisterende viden (D Coghlan & Brannick, 2014:227ff).

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 hospitalet. 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 udskrivelsespraksis
- Kommunikationspraksis er ikke dialogisk
- Institutionelle betingelser og strukturer begrænser kommunikationen
- 'At passe driften' vs 'At forbedre' praksis.
- Et helhedsorienteret patientperspektiv er en 'empty signifiers'.

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 aller-mest 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 fordybede 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 orienteret 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 mangelfuldt 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 kommunikationssystem, 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 sundhedsvæsenet. Allerede i det indledende arbejde blev det klart for mig, at de to sektors 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 borger, men samtidig er begge sektorer dybt indlejret i det, som Kamp (2013) og andre taler om som NPM-styringslogikker. Graden af indlejring og inderliggørelse 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." (Aktionsforskningsdag 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 hospitalet *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 plejeydelser fra kommunen. Det er ikke kun de sundhedsprofessionelle på hospitalet, 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.visitator]: ... det bliver sådan, her fra næste år, at alle sundhedslovsydelserne bliver begrænsede 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 nytilkomne 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 markedsføring af den sundhedsfaglige praksis, hvor opgaver skal afsluttes.

Arbejdet med en aktionsforskningstilgang har vist, at når de sundhedsprofessionelle var sammen på tværs af sektorerne og udvekslede erfaringer og synspunkter om udskrivelsesprocessen, så blev udskrivelsessituationen oftest betegnet som en kampplads, hvor de kæmpede om retten til at definere, hvornår patienten skulle udskrives, frem for at skabe et sammenhængende forløb for patienterne. Jeg forstår denne praksis som et resultat af en omfattende inderliggjort selvledelse (governmentality) (Dean, 1995; Otto, 2003; Rose & Miller, 1992), der bæres frem af ønsket om at gøre sit arbejde godt under institutionelle betingelser. Igennem bestemte styringsteknikker og teknologier belønnes praksisser, der i realiteten begrænser de sundhedsprofessionelles mulighedsbetingelser for at kommunikere og samarbejde om patienternes udskrivelse. I hver deres sektor oplevede de således at blive anerkendt på forskellige måder. Et eksempel: På hospitalet havde de sundhedsprofessionelle oplevelsen af at blive anerkendt for hurtigt at udskrive patienterne. Dette står i modsætning til kommunens visitator, som oplevede, at hun blev anerkendt for at visitere så få ydelser til borgeren som muligt – altså at passe på kommunens budgetter. Dermed blev udskrivelsesprocessen til en kampplads, hvor det var de sundhedsprofessionelle, der kæmpede om at nå hver deres målsætning – og ikke en fælles målsætning om at skabe et godt sammenhængende forløb for patienten. Dette står i modsætningen til den både politiske (Sundheds- & Ældreministeriet, 2016) og professionsorienterede ideologi om et sammenhængende og helhedsorienteret patientperspektiv (Hagerup & Sommer, 2015; Sommer, 2015). 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

Et af de centrale elementer i en aktionsforskningstilgang er at bidrage til at forbedre aktørernes praksis – altså at bidrage til en konkret problemløsning (Mary Brydon-Miller et al., 2003; David Coghlan & Brannick, 2014b; Lewin, 1945; K. A. Nielsen & Nielsen, 2005). Det har således været klart fra begyndelsen af dette projekt, at projektet rettede sig mod at forbedre den tværsektorielle kommunikationspraksis mellem de sundhedsprofessionelle. Som vist i ovenstående, havde de institutionelle vilkår afgørende betydning for de sundhedsprofessionelles mulighedsrum for kommunikation og samarbejde på tværs. Men de institutionelle betingelser fik også en afgørende betydning for de sundhedsprofessionelles oplevelse af, hvordan de med deres faglige, personlige og professionsorienterede viden og erfaringer kunne bidrage til at forbedre praksis (se fx Høgsgaard, 2016). Også her har de markedsorienterede styringslogikker betydning. Her er det fx kravet om at dokumentere og foretage standardiserede målinger, der udfordrer den professionsorienterede logik og forståelse af, hvad det daglige arbejde går ud på. *"Det virker helt grotesk, at vi skal bruge så meget tid på at måle patientens værdier [puls, blodtryk, temperatur, etc.], men ikke på at pleje patienterne"* (Aktionsforskningsdag 11.9.2014).

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".

"Bente :... jeg siger til de unge, når de kommer. I kan godt droppe alle jeres faglige ideologier om, hvad der er det bedste. Nu er det vigtigt, at I kommer ind i teamet og løser jeres opgaver" (Aktionsforskningsdag 24.11.2014).

Citatet viser en tydelig adskillelse mellem krav, standarder og procedurer, der skal følges, og de sundhedsprofessionelles ønske om at kunne udføre deres arbejde på en professionsfaglig forsvarlig måde. Det bliver til et spændingsfyldt dilemma, hvor den professionsfaglige og håndværksmæssige forståelse af, hvad der er brug for, ekskluderes og må tilsidesættes. Det har betydning for de sundhedsprofessionelles dagligdag og trivsel, men det er også et åbenlyst ressourcspild ikke at anvende deres faglige og håndværksmæssige kompetencer og erfaringer til at løse sundhedssektorens problemer. Som Tanggaard problematiserer, er det tab af viden og ressourcer ikke at prioritere tid til udvikling af håndværket (Tanggaard, 2008).

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 forstås 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 kerne[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-agenter, som jeg har mødt, de bruger det ikke, det er der ikke tid til, og det er jo selvmodsigende (...)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:

"Ditte [forsk]:... skulle vi ikke lade være med at tale om et helhedsorienteret patientperspektiv, når nu patientens forløb alligevel er tilrettelagt efter hospitalets rutiner og rytme? Måske skulle vi droppe at tale om et helhedsorienteret perspektiv? Det går jo fint uden?"

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]

Helle: Altså, Ditte, jeg har tænkt og tænkt siden i går. Dit forslag om at droppe at tale om et helhedspatientperspektiv gjorde virkeligt indtryk på mig.

Måske har du ret i, at det er umuligt at praktisere et helhedsorienteret patientperspektiv, men det er provokerende, for jeg oplever, det er hele vores [sygeplejens] grundlag. Hvad skal vi så?" (Noter fra logbog dec. 2013).

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

Jane: Nej, jeg kan ikke inddrage alle patientens problemer. Hvis jeg skal det, kan jeg [kun] nå, måske, fem patienter. Hvem skal så gå stuegang på alle de andre patienter? Desuden bliver hun fulgt i reumatologisk ambulatorium, så må hun tale med dem om sine problemer med benene. Jeg ved heller ikke nok om reumatologiske lidelser, og jeg vil ikke blande mig i reumatologens behandlingsplan. Ellers må hun gå til sin egen læge med sine problemer. Nu er hun færdigbehandlet for sin lungebetændelse, det var det, hun blev indlagt med." (Interview overlæge dec.2013).

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 eksempel 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 hospitalet 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 kontaktflader, som jeg har vist, bliver det absurd at tale om et helhedsorienteret og sammenhængende patientperspektiv.

Jeg vil her lade mig inspirere af Phillips forståelse af, at begreber netop får deres mening igennem det, de *ikke* er (Phillips 2011:64). Phillips giver mange eksempler på, hvorledes begrebet dialog bliver et tomt buzz-word, som bruges til at skabe legitimitet for egne synspunkter og til at reproducere bestemte magtstrukturer. Jeg drager her en parallel til diskursen om helhedsorientering, som jeg er stødt ind i gang på gang over de tre år, projektet har været i gang. Talen om det helhedsorienterede patientperspektiv, som de fagprofessionelle alle bragte frem, får nemlig også mening fra dét, det står i modsætning til. Den helhedsorienterede tilgang står i modsætning til 'det ikke hele eller holistiske', det løsrevne, det fragmenterede sektor- og sygdomsorienterede syn på patienten, som ingen med deres faglighed i behold ønsker at forsvare. Men jeg har gennem mine analyser vist at 'det helhedsorienterede patientperspektiv' bliver til en slags 'empty signifier', som enten intet indhold har, eller som forskellige folk bruger til forskellige ting i forskellige situationer. Som vist i det ovenstående, så udfolder talen om det helhedsorienterede patientperspektiv sig helt ubesværet. Det bliver 'et sted', man kan mødes omkring, og et mål, det ikke giver mening at være uenig med på tværs af sektorerne eller mellem medarbejdere og ledelse. "Vi er jo alle til for patientens/borgerens skyld." Ved møder i de to sektorer og i diskussionerne i aktionsforskningsgruppen har jeg gennem mine spørgsmål og min kritik forsøgt at udfordre denne selvfølgelige brug af begrebet, som det ses i de ovenstående citater. Aktionsforskningsprojektet genererede således gennem de kollaborative processer en viden om, at det, under de betingelser, som der i dag er til stede i det danske sundhedsvæsen, er og bliver absurd at beskrive og overhovedet tænke udskrivelsessituationen som et sammenhængende og helhedsorienteret patientforløb.

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 aktion – både det der var hensigten, og det der ikke var hensigten. Jeg har i de foregående beskrivelser og analyser undervejs i afhandlingen beskrevet

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 evalueringstema-dag, 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 evalueringsworkshopen. Hun påpegede, som aktionsforskningsgruppen også 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 aktionsforskningsproce-sen som et socialt frirum, hvor vi sammen kunne reflektere over, hvordan forskellige tilgange til viden og opfattelse af patienters situation havde betydning for deres kom-munikationspraksis. 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, mi-ne kollegaer 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-*

hov for at politisere og forklare og undskylde 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 deltagerens 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 kollegaer 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 arbejdsopgaver. *"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 kollegaerne 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 projektdeltagerne, 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 objektivt og distanceret blik, forsøger at præsentere mit forskningsarbejde, så det fremstår stringent og pålideligt og dermed udfolder en form for kommunikativ og kollaborativ validitet. Jeg koncentrerer 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. Det første niveau var den "lokale offentlighed": det vil sige, at vi i aktionsforskningsgruppen sammen præsenterede og diskuterede projektet med kollegaer og andre faggrupper både i hjemmeplejen og på den hospitalsafdeling, som havde været involveret i projektet. I den kommunale hjemmepleje var præsentationen i offentligheden i første omgang alle kommunens hjemmesygeplejersker. Det var en præsentation, som både viste, hvordan vi havde arbejdet med tværsektorielle kollaborative processer, og de erkendelser, vi var kommet frem. Projektet blev også præsenteret og diskuteret på et møde med sundhedsforvaltningens ledelse. På hospitalet var der også to præsentationer af aktionsforskningsprojektet, som jeg vil karakterisere som den nære offentlighed – altså dem, som også havde en direkte interesse i projektet. For det første var det gruppen af afdelingsledere på medicinsk afdeling og for det andet gruppen af medicinske overlæger og yngre læger.

Et andet offentlighedsniveau 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 udover 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 videnskabelse, 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-

lingsstrategi. Her konstruerede vi/jeg historier, som byggede på udvalgte og subjektive erfaringslementer, og som så blev fortalt til et publikum – offentligheden. Ved at deltage i internationale forskningskonferencer med abstract (Høgsgaard, 2015b) og i to af de akademiske artikler (Høgsgaard, 2016, 2016) har jeg med Nielsens ord forpligtet mig på ”...at bringe videnselementer frem, der kan underbygge eller problematisere den akademiske forskning på området” (K. A. Nielsen, 2004:342).

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). Det er således også en måde at se på aktionsforskningens validitet på med spørgsmål som: *Hvordan har projektet haft betydning for deltagernes hverdags- og arbejdsliv?* McKay & Marshall (2000) fremhæver også, at deltagernes læring og udvikling gennem aktionsforskningsforløbet er et væsentligt element i at arbejde med aktionsforskning. 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 reflektivt 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 kontaktet 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 reflekterer over, hvordan den viden, projektet har genereret, både har bidraget og kan bidrage til forbedring af den tværsektorielle kommunikationspraksis. Desuden reflekterer jeg over, hvordan et poststrukturalistisk inspireret kritisk utopisk aktionsforskningsprojekt 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'

Igennem 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 kulturcentreret 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 problemstillinger 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-

krete eksperimenter, som vi afprøvede. Det empiriske materiale blev således genereret bredt af en stor gruppe af sundhedsprofessionelle, og det gav os et meget kvalificeret rum at virke i. Derudover gav det fælles sociale rum de mange involverede sundhedsprofessionelle en mulighed for at skabe personlige relationer, som blev betydningsfulde for deres fremtidige samarbejde. Det gav en stærk erkendelse af, at når de havde kendskab til hinandens praksis, så gav det dem også både forståelse for og anerkendelse af, at den andens praksis i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse kunne være meget forskellig fra deres egen. Det førte frem til et fælles ønske om at se hinanden som kollegaer, der arbejdede sammen omkring en fælles problemstilling: patientens udskrivesproces i et sektoropdelt sundhedsvæsen. En erkendelse af problemstillingens kompleksitet er også et centralt element, især fordi det synes, som om problemstillingens kompleksitet ikke forstås eller behandles konkret i nogen af sektorerne. Endelig viste aktionsforskningsprojektet, at der var brug for rum til dialog både som en social dialogisk praksis med direkte fysiske møder samt udvikling af elektroniske kommunikationssystemer, der også er dialogiske. Ud fra den systematisering af den samproducerede viden i både artikler og afhandling vil jeg konkludere, at projektet har vist, at hvis vi vil forbedre og forandre en tværsektoriel kommunikationspraksis, er det nødvendigt at:

- Etablere nye tværsektorielle faglige samarbejdsfora, hvor de sundhedsprofessionelle får mulighed for og tid til at forstå og arbejde med udskrivesprocessens 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 aktionsforskningstilgang

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 diskurser 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?

Mit projekt har således tydeliggjort flere diskurser om, hvordan det synes passende at tale om det tværfaglige samarbejde, og hvad der er det 'rigtige' at gøre i den konkrete udskrivelsesproces. Disse diskurser vokser ud af bestemte forståelser af viden, magtforhold og konkrete handlemåder. Som tidligere beskrevet, repræsenterer diskurser altid særlige forståelser og videnskomplekser, der magtfuldt cirkulerer i relationerne mellem aktørerne og giver dem mulige, men også umulige, handlerum. Det blev igennem aktionsforskningsforløbet klart for både mig og deltagerne, at de hver især ofte arbejdede ud fra helt forskellige logikker, ideer og tagen-for-given-viden om 'rigtige handlemåder'. Med min poststrukturalistisk inspirerede tilgang har jeg bidraget med kritik og spørgsmål, som har forstyrret denne taget-for-given-viden, som synes at være i spil mellem de sundhedsprofessionelle. Jeg hæfter mig især ved tre diskurser. Det er diskurser, der er båret frem af de konkrete diskussioner igennem workshoparbejdet, i aktionsforskningsgruppen og af de metarefleksioner, jeg har gjort mig undervejs. For det første vil jeg argumentere for, at en form for NPM-diskurs på mange måder er viklet ind i de måder, det har været muligt for de sundhedsprofessionelle at samarbejde og kommunikere på. Det er en NPM-diskurs, som på mange måder repræsenterer en liberalistisk ideologi, hvor markedet og målstyring er centrale elementer (Kamp & Dybbroe, 2013; Kamp et al., 2013, 2013). Som jeg viser i artiklen *Det muliges kunst. Om betingelserne for samarbejde i et New Public Orienteret sundhedsvæsen* (Høgsgaard, 2016), sætter diskursen sig også igennem som en form for selv-ledelsesstrategi, hvor de sundhedsprofessionelle på en raffineret måde gennem diskursens teknologier og strategier ikke styres oppe eller udefra, men af de diskursive selvfølgeligheder (Dean, 1995; Otto, 2003). Diskursens tunge markedsorientering sætter sig også igennem i måden at tale om pleje og behandling på. Sprogbruget forandrer sig, og fx bliver det "at passe patienten" til "at passe driften". Det er en anden måde at tale om det "at passe" patienten på, som infiltreres af markedsorienterede begreber som drift, ydelser, lean, ect.

En anden hovedpointe drejer sig om italesættelsen af det helhedsorienterede patientperspektiv. Begrebet kommer på mange måder til at fremstå tomt, som en 'empty signifier', fordi der ved nærmere eftersyn ikke er noget indhold i begrebet. Trods dette er det helhedsorienterede patientperspektiv noget, alle betegner som vigtigt. Med denne taget-for-given-tale, som alle synes at være enige om, kommer forskellene og uenighederne om, hvad et helhedsorienteret patientperspektiv er, ikke frem. Så selvom det ikke er klart, hvad et patientorienteret helhedsperspektiv egentlig er, så anvendes det alligevel i argumentationen for hvad, der er bedst at gøre. Fx taler begge sektorer om, hvad de ser som værende vigtigt. Det er udsagn som: *"det er bedst for patienten at komme hjem; ingen patienter har godt af at være på hospitalet"* – og fra den kommunale visitator: *"det er bedst for patienten, at udskrivelsen er veltilrettelagt og fungerer for patienten"*. Der er altså en stærk diskurs om, at hensynet til patienten er afgørende, men dette bliver absurd, idet ingen af dem har et konkret kendskab til patienten. Jeg mener også, at denne helhedsorienterede snak er en slags afstandstagen eller utilpashed i forhold til at anerkende forskelligheder og til at tage fat i diskussionerne om, at sundhedsvæsenet er sektoropdelt, at det er fragmenteret, og at det er orienteret udefra – og er knyttet til deres faglige syn på patienten, deres arbejdslogikker og traditioner i begge sektorer.

Endelig har der vist sig en stærk diskurs om, at problemet med mangelfuld tværsektoriel kommunikation er et resultat af, at det er de sundhedsprofessionelle, som mangler kompetencer. Derfor synes løsningen lige for: de skal på kursus eller efteruddannelse. Med henvisning til Bacchis begreb om *What the problem represented to be?* (Bacchi, 2012) argumenterer jeg for (se Høgsgaard, 2016), at det egentlige problem omkring kommunikation og samarbejde ikke er, at de sundhedsprofessionelles mangler kompetencer til at kommunikere, men de institutionelle vilkår og betingelser. Samlet set har de sundhedsprofessionelle aldrig været mere veluddannede.

Som jeg har fremført i mit afsnit om diskussionerne af diskurs som en poststrukturalistisk måde at begribe 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 kombineres 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 mulighedsrum 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 erkendelser, 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 kontekst-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 arbejdsglæde, 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 årtier har valgt de rigtige styringsinstrumenter til de rigtige problemer. Men styringsmetoder sander til. NPM har været et fremskridt som helhed, men har haft bivirkning-

ger. Og på et eller andet tidspunkt tager bivirkningerne over, fordi man har løst hovedproblemet (Thorup, 2016:1).

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, Oxfeldt, 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-hvad-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 indholdsrige og relationsrige proces har også genereret nye spørgsmål og problemstillinger inden for dette forskningsprojekts genstandsfelt: de sundhedsprofessionelles kommunikation og samarbejde omkring udskrivesprocessen. Patienter, pårørende og praktiserende 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 tværsektorielle samarbejde synes at have for dem. Jeg har således ikke udfordret eller forstyrret patienters og pårørendes forståelse og taget-for-given-viden – 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-

skelige tværsektorielle samarbejde ved patientens udskrivelse. Gruppen af patienter og pårørende reagerede spontant på især to af de områder, som jeg havde nævnt. De mente, at jeg havde lavet faktuelle fejl. Én sagde: "...du har glemt at skrive ligheder? Det er vel ikke kun forskellene mellem de to sektorer, som er vigtig?" En anden sagde: "det vil være mere korrekt, hvis forslaget om samarbejde med patient og pårørende stod som nr. et og ikke som nr. syv på din liste". Jeg bliver med disse kommentarer fra patienter og borgere mindet om, at diskursen om et helhedsorienteret og sammenhængende sundhedsvæsen ikke er noget, de sundhedsprofessionelle har patent på. Også patienter/pårørende og borgerne bidrager til at opretholde diskursens taget-for-given-viden om, at et helhedsorienteret patientperspektiv er vigtig(st). Det rejser spørgsmål som: hvordan bliver patienter og borgere til aktører i diskursen om det tværsektorielle samarbejde? Hvilke begreber og idealer om sammenhængene konstitueres og hvordan? Hvilke regulerings- og styringsmekanismer fungerer for patienter, pårørende og borgere? Det kunne være interessant også at arbejde med spørgsmålene ud fra en kritisk utopisk aktionsforskningstilgang med kollaborative processer og deltagelse af både patienter/pårørende og sundhedsprofessionelle.

Aktionsforskning – et personligt engagement

At arbejde med aktionsforskning har ikke kun været et teoretisk 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 idérig 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 co-generative 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 sektorer 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'.

Jeg har med inspiration fra poststrukturalismen og fra den kritisk utopisk aktionsforskningstilgang påbegyndt min udvikling som aktionsforsker, hvor jeg igennem dette forskningsarbejde har oplevet: "*...den særlige fornøjelse [der er] ved at lave aktionsforskning*"(K. A. Nielsen & Nielsen, 2005:176).

KAPITEL V

I dette kapitel introducerer jeg afhandlingens artikler og to conference-abstracts. Som jeg tidligere har kredset omkring, så skal artiklerne ses som en væsentlig del af mit analysearbejde. 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 conference-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 diskussionsfora. Artiklernes analyser udfolder vigtig viden omkring betydningsdannelse, forbedring og forandring i forhold til genstandsfeltet: *Tværsektoriel kommunikation og samarbejde imellem de sundhedsprofessionelle, når ældre patienter udskrives*. Der kan i alle artiklerne spores den kombination af poststrukturalisme og aktionsforskning, jeg har stået på, som er afhandlingens teoretiske platform. I alle artiklerne trækker jeg på det empiriske materiale fra aktionsforskningsforløbet, såvel som fra den indledende del (fase I) i efteråret 2013, fra de fire workshops (fase II) i foråret 2014 og fra det intensive aktionsforskningsforløb (fase III) i efteråret 2014. Jeg anvender i artiklerne forskellige analysestrategier. Jeg har blandt andet ladet mig inspirere af teoretiske og metodiske begreber fra governmentality-analysen (Otto, 2003; Rose & Miller, 1992), etnografisk narrativ analyse (Agar, 1990), en poststrukturel analysestrategisk tilgang (Søndergaard, 2006) samt kvalitativ indholdsanalyse (Kvale & Brinkmann, 2008a). De tematikker, jeg diskuterer i artiklerne, og de spørgsmål, jeg stiller, er således tæt knyttet til de erkendelser og den viden, aktionsforskningsprojektet har produceret.

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

aktionsforskningstilgang. Den første artikel, som er en fagartikel, viser de udfordringer, vi i aktionsforskningsgruppen stødte på undervejs i forløbet. På baggrund af vores måder at arbejde med aktionsforskningen på diskuterer jeg, hvorvidt det er muligt at arbejde med aktionsforskning, som inkluderer deltagere, der samtidig er medarbejdere i en travl hverdag i sundhedsvæsenet. Den anden artikel har fokus på, hvordan og hvilke udfordringer det giver at begribe begrebet 'forandring', når projektet er informeret af både en aktionsforskningstænkning og en poststrukturalistisk tænkning. Sammen med Tine Rosenthal Johansen og Jannie Uhre viser jeg, hvordan vi på forskellige måder har arbejdet med forandring i vores ph.d.-projekter, og vi argumenterer for, at denne kombination både er mulig og berigende for forskningsfeltet.

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 afgørende 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 reproducere 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 conference-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’

Den første artikel, *‘Aktionsforskning på arbejde’*, er en fagartikel, som er publiceret i fagtidsskriftet *Sygeplejersken* (Høgsgaard, 2015a). Den er skrevet umiddelbart efter afslutningen af aktionsforskningsforløbet. Artiklen udfolder, hvordan vi i aktionsforskningsgruppen greb forløbet an, hvilke eksperimenter vi gennemførte og de udfordringer, som vi mødte undervejs. Det tydeliggøres i artiklen, hvordan aktionsforskningsforløbet genererede viden om vanskelighederne ved at kommunikere og samarbejde tværsektorielt, ligesom de eksperimenter og forslag til forbedring, vi udviklede, trækkes frem. Min begrundelse for at tage denne artikel med som en del af afhandlingen er, at den er tæt knyttet til gennemførelsen af aktionsforskningsforløbet, som blev sat i gang med endemålet om at initiere sociale forandringer (Mary Brydon-Miller et al., 2003). Den præsenterer altså aktionsforskningens lokale forandrings- og forbedringsinitiativer og viser samtidig de barrierer, aktionsforskningsgruppen konkret stødte på, når en sådan forskningstilgang vælges, og hverdagen er travl. Artiklen er først og fremmest en procesbeskrivelse og et konkret bidrag til de diskussioner, som findes i det fagfællesskab, som tidsskriftet *Sygeplejersken* henvender sig til og repræsenterer. Artiklen er bedømt af tidsskriftets fagredaktør.

Hensigten Artiklens hensigt er at beskrive, hvordan vi i en tværfaglig og tværsektoriel aktionsforskningsgruppe udviklede og afprøvede eksperimenter med henblik på at forbedre tværsektoriel 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.

Metode Artiklens empiriske materiale er genereret gennem fem workshopdage og ni aktionsforskningsgruppedage. Både i workshops og i aktionsforskningsgruppen deltog sundhedsprofessionelle med forskellige faglige uddannelser fra et hospital og en kommunal hjemmepleje. Det empiriske materiale, som der refereres til i teksten, beskriver de pointer, som aktionsforskningsgruppen umiddelbart oplevede som de væsentligste. Artiklen omhandler altså de problemstillinger, som blev tydelige gennem det kollaborative arbejde. Artiklens pointer er udvalgt og beskrevet af mig og efterfølgende præsenteret og kommenteret af aktionsforskningsgruppen.

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 aktionsforskningstilgangen 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’

Denne artikel er skrevet sammen med ph.d.-stipendiaterne Tine Rosenthal Johansen og Jannie Uhre fra forskningsgruppen Dialogisk Kommunikation, Institut for Kommunikation og Humanistisk Videnskab, Roskilde Universitet (Høgsgaard et al., 2016). Jeg er førsteforfatter på artiklen, om end vi har været fælles om artiklens centrale dele, og alle tre bidrager med empirisk materiale fra hver vores projekt. Artiklen har en metodologisk tilgang, hvor vi med afsæt i de empiriske eksempler diskuterer, hvordan et poststrukturalistisk (Bacchi, 2012; Foucault, 2012; Krøjer, 2006; L. Phillips, 2011; Staunæs & Krøjer, 2008) og aktionsforsknings- (Mary Brydon-Miller et al., 2003; Lewin, 1945; K. A. Nielsen & Nielsen, 2005; Reason & Bradbury, 2006; L. Svensson & Nielsen, 2006) informeret blik på forandringsbegrebet har udfordret, men også beriget vores arbejde med kollaborative forandringsprocesser sammen med folk fra forskellige praksisfelter. En af de udfordringer, vi tager fat på i artiklen, er, at når vi tænker med aktionsforskningstraditionens ontologi og epistemologi, bliver det muligt gennem kollaborative processer med et praksisfelts deltagere at skabe meningsfulde forandringsforståelser og handlemåder i den sociale praksis. Men når vi står midt i den poststrukturalistiske tradition, så mødes vi om spørgsmålet om, hvorvidt det overhovedet er muligt at tale om at forandre, når forandringsbegrebet er indlejret i og fastholdes af bestemte magtstrukturer. Dette dilemma – at vi på den ene side erkender, at det er vanskeligt at forpligte deltagere på forandring i poststrukturalistisk forskning, og samtidig anerkender aktionsforskningens etiske forpligtigelse til netop dette, er artiklens omdrejningspunkt.

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 styring som uundgåelige dimensioner i studier af offentlige organisationer i Danmark. Vi indledte vores diskussioner med hinanden med reflekterende teamarbejde (Andersen, 1987;

Anderson, 2012) og arbejdede på den måde ind på de forskellige forståelser af forandring, som skrives frem i vores eksempler. De spørgsmål, vores analyser kredsede om, var: Hvilke forskellige forståelser af forandring artikuleres af deltagere og forskere; hvordan forhandles og meningstilskrives forandring? Og hvordan bidrager vi som forskere til forståelse og produktion af en forandringspraksis?

Fund og diskussion: Med udgangspunkt i vores mange diskussioner om forandring i de konkrete projekter, hvor vi arbejdede *med* praksis og ikke *på* praksis, udfolder vi en vifte af forandringsforståelser. Med et multi- og metateoretisk blik på 'forandring' viser vi den diversitet og indviklethed, vi handler i, når vi som forskere arbejder kollaborativt, og når målet er at producere viden, der forbedrer, informerer og udvikler praksis. I artiklen undersøgte vi det, vi kalder 'spor af forandring' i de kollaborative forskningsprocesser og viser den dynamik, som mange forskellige betydningstillæggelser af forandring skaber i forskningsprocesser. Analysen viser fire bud på forandring, som diskuteres i artiklen: Forandring skal forbedre praksis, forandring skal kunne måles, forandring som kritisk refleksivitet og forandring som forandring af sprog.

Konklusion: Ved at koble aktionsforskning med et poststrukturalistisk 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 orienteret sundhedsvæsen'

I denne artikel tager jeg fat i et af de mest centrale fund, som aktionsforskningen har genereret; hvordan de institutionelle betingelser både på hospitalet og i kommunen har afgørende betydning for sundhedsprofessionelles muligheder og begrænsninger i forhold til at kommunikere og samarbejde omkring udskrivelsen 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.

Hensigt: 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.

Metode Analysen tager udgangspunkt i to 'creative nonfiction' (Agar, 1990) fortællinger, som er konstrueret ud fra det empiriske materiale fra aktionsforskningsforløbet. Fortællingerne repræsenterer de spændinger og dilemmaer, som en hospitalssygeplejerske og en kommunal visitator skal agere i. Ved at bruge denne fortælleform rekonstruerer jeg det empiriske materiale, og jeg lader som 'forfatter' centrale pointer fra aktionsforskningsforløbet træde frem. På baggrund af fortællingerne analyseres samproduceret viden fra aktionsforskningsforløbet. Med Foucaults (Foucault, 1982, 2014; Rose & Miller, 1992) tilgang til governmentality og Phillips' (L. Phillips, 2011; L. J. Phillips, 2011; L. Phillips, Kristiansen, Vehviläinen, & Gunnarsson, 2013) forståelse af spændingsbegrebet analyserer jeg, hvordan New Public Managements styringsteknologier og teknikker retter de sundhedsprofessionelle hen mod en 'passende' form for selvledelse. I analyserne viser jeg, hvordan der i sprog og handlinger repræsenteres bestemte styringsteknologier og teknikker.

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 er 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, gør 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 selvledelses- og overlevelsstrategier.

‘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 diskurs 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 tværsektorielt 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 aktionsforskningsgruppens 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 tværsektorielle samarbejde? Med udgangspunkt i disse analysestrategiske spørgsmål fokuseres der på aktionsforskningsgruppens artikulation af, hvordan de opleve-

de at kunne bidrage 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 komplekst 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?*

Paper er præsenteret og diskuteret på International Conference on Integrated Care, Edinburgh, Scotland marts 2015.

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.

Paper er reviewbedømt, præsenteret og diskuteret på International Conference on Integrated Care, Barcelona, Spanien maj 2016.

Resume

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

Afhandlingen har afsæt i et kollaborativt aktionsforskningsarbejde, som er gennemført sammen med sundhedsprofessionelle ansat ved henholdsvis en medicinsk afdeling på et mellemstort regionshospital og ved en mellemstor kommunal hjemmepleje i Danmark. Ofte er det netop kommunikationen og samarbejdet mellem de sundhedsprofessionelle, der opfattes som problematisk og som årsagen til, at ældre patienter oplever manglende koordinering og sammenhæng i deres pleje- og behandlingsforløb. Med tre historiske nedslag viser jeg, hvordan det tværsektorielle samarbejde siden 1970'erne har været en problematik, som har optaget fagprofessionelle, forskere og politikere. Analysen af de udvalgte policy-dokumenter viser, at på trods af årtiers massive interesse for *at gøre noget* ved problemstillingen, fremstår udfordringerne med det tværsektorielle samarbejde om muligt endnu mere aktuelle og centrale i diskussionerne om udviklingen af det danske sundhedsvæsen i dag.

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 modsætninger og spændinger, der formes, former og omformes, når de sundhedsprofessionelle kommunikerer og samarbejder om patienters udskrivelse fra hospitalet.

Gennem aktionsforskningsforløbets 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 udskrivesprocessen ofte var præget af misforståelser, manglende og utilstrækkelig dialog, samtidig med at de ofte havde en form for mistroiskhed 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 udskrivesituationen 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 hospitalet 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.

Et fjerde resultat fra aktionsforskningen er, at der synes at være en *tagen-for-givet*-talen om et helhedsorienteret patientperspektiv. Det er en forståelse, som der hyppigt blev henvist til, men som viste sig at være en slags 'empty signifier', som enten intet indhold havde, eller som bruges helt forskelligt af de sundhedsprofessionelle. Ofte var deres "helhedsorienterede syn" på patienten præget af hver deres sektororienterede forståelse af helhedsorienteret patientperspektiv.

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 forbedring. 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.

English summary

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-

tleground 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 the idea that their expertise and healthcare experiences would be properly included in any campaign to improve working practises was just impossible.

Referencer

- Agar, M. (1990). Text and Fieldwork Exploring the Excluded Middle. *Journal of Ethnography*, 19(1).
- Ahrenkiel, A., Nielsen, B. S., Schmidt, C., Sommer, F., & Warring, N. (2011). Faglighed og interesse varetægelse i velfærdsarbejde. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, (1), 31–46.
- Allen, J., Ottmann, G., Brown, R., & Rasmussen, B. (2013). Communication pathways in community aged care: an Australian study. *International Journal of Older People Nursing*, 8(3), 226–35.
- Andersen, T. (1987). The Reflecting Team: Dialogue and Meta-Dialogue in Clinical Work. *Family Process*, 26(4), 415–428.
- Anderson, H. (2012). Collaborative Relationships and Dialogic Conversations: Ideas for a Relationally Responsive Practice. *Family Process*, 51(1), 8–24.
- Bacchi, C. (2012). Why Study Problematizations? Making Politics Visible. *Open Journal of Political Science*, 2(1), 1–8.
- Bacchi, C. (2014). The politics of research management: Reflections on the gap between what we “know” (about SDH) and what we do. *Health Sociology Review*, 17(2), 165–176.
- Bilfeldt, A. (2012). Om “Empowerment og Aktionsforskning.” In *Refleksiv Praksis*. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Billund, L. (2016). *Arbejde og samarbejde i tvangsbårne relationer*. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Bogason, P. (1998). Bottom-up og nyere samfundsanalyser. In P. Bogason & E. Sørensen (Eds.), *Samfundsforskning Bottom-Up Teori og metode*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Boser, S. (2006). Ethics and power in community-campus partnerships for research. *Action Research*, 4(1), 9–21.
- Brinkmann, S. (2010). Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative Metoder En grundbog*. Hans Reitzels Forlag.
- Brownlee, K., Vis, J.-A., & McKenna, A. (2009). Review of the Reflecting Team Process: Strengths, Challenges, and Clinical Implications. *The Family Journal*, 17(2), 139–145.
- Brydon-Miller, M. (2006a). Conclusion: Strategies for addressing ethical concerns in action research. *Action Research*, 4(1), 129–131.
- Brydon-Miller, M. (2006b). A re-examination of the relationship between action research and human subjects review processes. *Action Research*, 4(1), 117–128.
- Brydon-Miller, M., Greenwood, D., & Maguire, P. (2003). Why Action Research? *Action Research*, 1(1), 9–28.
- Bull, M. J., & Roberts, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 35(4), 571–581.
- Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K. K., & Vanebo, J. O. (2005). *Modernisering av offentlig sektor* (2.udgave). Universitetsforlaget.
- Closs, S. J. (1997). Discharge communications between hospital and community health care staff: a selective review. *Health & Social Care in the Community*, 5(3), 181–197.
- Coghlan, D. (2008). Authenticity as first person practice: An exploration based on Bernard Lonergan. *Action Research*, 6(3), 351–366.
- Coghlan, D., & Brannick, T. (2014b). *Doing Action Research in Your Own Organization* / SAGE Publications Ltd (4 e-book). SAGA Publications Inc.

- Coghlan, D., & Casey, M. (2001). Action research from the inside: issues and challenges in doing action research in your own hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 35(5), 674–682.
- Dahl, H. M. (2004). A View from the Inside: Recognition and Redistribution in the Nordic Welfare State from a Gender Perspective. *Acta Sociologica*, 47(4), 325–337.
- Danske-Patienter & Ældre-Sagen. (2010). *Rettigheder til den medicinske patient*.
- Danske Regioner. (2015). Kommissorium for udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.
- Davies, B., & Harré, R. (2014). *Positionering diskursiv produktion af selvet*. København: Forlaget Mindspace, E-book.
- Dean, M. (1994). "A Social Structure of Many Souls": Moral Regulation, Government, and Self-Formation on JSTOR.
- Dean, M. (1995). Governing the unemployed self in an active society. *Economy and Society*, 24(4), 559–583.
- Doucette, P. A. (2004). Walk and Talk: An intervention for behaviorally challenged youths. *Adolescence*, 39(154), 373–388.
- Dutta, M. J. (2007). Communicating About Culture and Health: Theorizing Culture-Centered and Cultural Sensitivity Approaches. *Communication Theory*, 17(3), 304–328.
- Esmark, A., Bagge Laustsen, C., & Åkerstrøm Andersen, N. (2005). *Poststrukturalistiske analysestrategier*. Roskilde Universitetsforlag.
- Finansministeriet. (2016). *Finanslov for finansåret 2016*. København.
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Lapointe, L., Almirall, J., Dubois, M. F., & Vanasse, A. (2006). Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Quality of Life Research*, 15(1), 83–91.
- Foucault, M. (1980a). *Power/Knowledge. Selected Interviews & Other Writing, 1972-1977*. (Colin Gordon, Ed.). New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1980b). *Talens forfatning*. Rhodos.
- Foucault, M. (1982a). The Subject and Power on JSTOR.
- Foucault, M. (2012). *The Birth of the Clinic*. Routledge.
- Foucault, M. (2014a). *On The Government of the Living*. Palgrave Macmillan.
- Greve, K. (2016). Lav den gode plejeplan. *Fagbladet FOA*, 28–30(nr 5).
- Hagerup, A., & Sommer, C. (2015). Patienter tabes mellem sektorerne. *Sygeplejersken* 2015(7)R
- Halkier, B. (2010). Fokusgrupper. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative Metoder En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Halkier, B. P., & Lindén, A. (2009). *Anerkendende Procesøvelser. Vejen til engagement og forankring*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Hasle, P. (2014). Lean og professionel autonomi på hospitaler. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, (1), 67–82.
- Hastrup, K. (2010). Feltarbejde. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative Metoder En grundbog* (1. udg. 5.). Latvia: Hans Reitzels Forlag.
- Hee Pedersen, C. (2008a). Anchors of meaning – helpers of dialogue: the use of images in production of relations and meaning. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 21(1), 35–47.
- Højgaard, L., & Søndergaard, D. M. (2011). Theorizing the complexities of discursive and material subjectivity: Agential realism and poststructural analyses. *Theory &*

- Psychology*, 21(3), 338–354.
- Hood, C. (1991). A Public Management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19.
- Hood, C. (1995). The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2–3), 93–109.
- Hood, C., & Dixon, R. (2015). What We Have to Show for 30 Years of New Public Management: Higher Costs, More Complaints. *Governance*, 28(3), 265–267.
- Hood, C., & Dixon, R. (2016). Not What It Said on the Tin? Reflections on Three Decades of UK Public Management Reform. *Financial Accountability & Management*, 32(4), 409–428.
- Husted, M., & Tofteng, D. (2012). Arbejdsliv og Aktionsforskning. In G. Duus, M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, & D. Tofteng (Eds.), *Aktionsforskning en grundbog*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Høgsgaard, D. (2015a). Aktionsforskning på arbejdet. *Sygeplejersken*, (14).
- Høgsgaard, D. (2015b). How can action research provide a more participated dialog between the heal... . *International Journal of Integrated Care*.
- Høgsgaard, D. (2016). Det muliges kunst. Om betingelser for det tværsektorielle samarbejde i et New Public Management orienteret sundhedsvæsen. *Arbejdsliv*, 18(3).
- Høgsgaard, D. (2016). Spændingsfyldt styring mellem top-down og bottom up. Om forberedelsesforståelser i sundhedsvæsenet. *Nordiske Udkast*, Submitted.
- Høgsgaard, D. (2016, May 10). Så længe personalet er syndebuk, kommer patienten ikke i centrum. *Information*.
- Høgsgaard, D., Johansen, T. R., & Uhre, J. (2016). Negotiating “change” in collaborative research combining action research and poststructuralist thinking. *International Journal of Action Research*, Submitted.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2004). *Aftale om strukturreform*.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2007). *Kommunalreformen – kort fortalt*. Retrieved
- Indenrigsministeriet. (1974). *Betænkning om grundlaget for en overordnet prioritering af indsatsen inden for sygebehandling og sygdomsforebyggelse*.
- Indenrigsministeriet. (1985). *Samordning i sundhedsvæsenet. Betænkning fra det af Indenrigsministeren nedsatte Samordningsudvalg for sundhedsvæsenet. Betænkning nr. 1044*.
- Indenrigsministeriet, S. og. (2015). Serviceloven - Bekendtgørelse af lov om social service.
- Jensen, S. Q. (2006). Hvordan analysere sociale differentieringer ? *Kvinder, Køn & Forskning*, (2), 70–79.
- Johansson, A. W., & Lindhult, E. (2008). Emancipation or workability?: Critical versus pragmatic scientific orientation in action research. *Action Research*, 6(1), 95–115.
- Jungk, R., & Müllert, R. R. (1984). *Robert Jungk & Norbert Müllert: Håndbog i fremtidsværksteder*. Politisk revy.
- Jørgensen, K. (2010). *Kommunikation - For Sundhedsprofessionelle*. Gads Forlag.
- Kamp, A., & Dybbroe, B. (2013). Hvad tæller, og hvem tæller? -. *Tidskrift for Arbejdsliv*, 4, 42–58.
- Kamp, A., Hohnen, P., Hvid, H., Scheller, K., & Kamp, A. (2013). New Public Management: Konsekvenser for arbejdsmiljø og produktivitet. *Skriftserie for Center for Arbejdslivsforskning*, (3).

- Kemmis, S. (2006). Exploring the Relevance of Critical Thoery for Acion Research: Emancipatory Action Research in the Footstops of Jürgen Harbermas. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of Action Research*. London: SAGE Publications.
- Kestler, A. (2016, April 16). Vi smadrer de offentligt ansattes arbejds glæde. *Politiken*.
- Killhof, G. (2016, October 10). Velkomment NPM_opgør i plejesektor. *Information*.
- King, B. J., Gilmore-Bykovskyi, A. L., Roiland, R. A., Polnaszek, B. E., Bowers, B. J., & Kind, A. J. H. (2013). The consequences of poor communication during transitions from hospital to skilled nursing facility: A qualitative study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(7), 1095–1102.
- Kjerholt, M. (2011). *Sammenhæng i ældre kroniske syges patientforløb-idealer og realiteter. Et aktionsforskningsprojekt*. Syddansk Universitet.
- Kjerholt, M., Wagner, L., Lindhardt, T., Delmar, C., & Clemensen, J. (2016). Participatory Action Research in clinical nursing practice in a medical ward - challenges and barriers. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(1), 35–49.
- Klausen, K. K. (2010). Koncernledelse i det offentlige – nu også i kommunerne ? *Ledelse & Erhvervsøkonomi*, 2, 7–24.
- Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., & Baker, D. W. (2011). Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians. *Jama*, 297(8), 831–841.
- Kristensen, D., Christensen, G., Oxfeldt, C., Kolind, H., & Ferbing, H. (2016, October 4). Vis tillid til de ansatte i den offentlige sektor. *Politiken*.
- Kristiansen, M., & Bloch-poulsen, J. (2012). Partipacition i aktionsforskning - mellem metode og verdenssyn, deltagelse og medbestemmelse. In A. Bilfeldt, J. Bloch-Poulsen, T. Børsen, M. L. Martinussen, K. Højbjerg, & A. J. Jacobsen (Eds.), *Refleksiv Praksis*. Aalborg: Aalborg Universitet.
- Kristiansen, M., & Bloch-poulsen, J. (2014). *Participation and Power in Participatory Research and Action Research*.
- Krøjer, J. (2006). Kritisk forskning og forskellige forandringsperspektiver. *Nordiske Udkast*, (2).
- Krøjer, J. (2010). Lever følelser i arbejdslivet?, (1), 9–21. *Tidskrift for Arbejdsliv*
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2008a). *Interview* (2. udgave,). København: Hans Reitzels Forlag.
- Laursen, E. (2012). Aktionsforskningens produktion af viden. In G. Duus, M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, & D. Tofteng (Eds.), *Aktionsforskning en grundbog*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Lewin, K. (1945). Resolving social conflicts. Copyrighted Material
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*.
- Lynggaard, K. (2010). Dokumentanalyse. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative Metoder En grundbog*. Latvia: Hans Reitzels Forlag.
- Madsen, B. (2006). Demokrati i Lewin-traditionens teori og praksis. *Psyke & Logos*, 27, 216–239.
- Marrow, A. J. (1969). *The practical theorist*. Basic Books.
- McKinney, B. (2011). Therapist's Perceptions of Walk and Talk Therapy: A Grounded Study. *University of New Orleans Theses and Dissertations*. Retrieved from
- McNiff, J. with Whitehead, J. (2002). *Action Research: Principles and Practice*.
- McNiff, J., & Whitehead, J. (2009). You and your action research project.
- Mills, S. (2003). *Michel Foucault*. Routledge.

- Ministeriet for Sundhed og forebyggelse. (2010a). Bekendtgørelse af sundhedsloven. *LBK Nr 1202 14/11/2014, 2014(1202)*, Afsnit 1, Kaptiel 1.
- Ministeriet for Sundhed og forebyggelse. (2011). *Lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter*. København.
- Møller, J. L. et al. (2014). Omsorg på markedsvilkår - arbejdsvilkår og orienteringer i den fragmenterede danske hjemmepleje. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, (4), 85–102.
- Neidel, A. (2011a). *På vej?! Forskerskolen for Livslang Læring*, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitet.
- Ness, O., Borg, M., Karlsson, B., Almåsbakk, L., Solberg, P., & Torkelsen, H. (2013). « Å delta med det du kan »: Betydningen av meningsfulle aktiviteter i recoveryprosesser. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 10(3), 219–228.
- Nielsen, B. S., & Nielsen, K. A. (2010). Aktionsforskning. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative Metoder En grundbog* (1. udg. 5.). Latvia: Hans Reitzels Forlag.
- Nielsen, B. S., Nielsen, K. A., & Olsén, P. (1999). *Demokrati som læreproces*. Frederiksberg: Roskilde universitetsforlag.
- Nielsen, B. S., & Aagård Nielsen, K. (2006). *En menneskelig natur*. Frydenlund.
- Nielsen, K. A. (2004). Aktionsforskningens videnskabsteori. In F. Lars & P. B. Olsen (Eds.), *Videnskabsteori i Samfundsvidenskaber*. Roskilde: Roskilde universitetsforlag.
- Nielsen, K. A. (2012). Aktionsforskningens historie- på vej til et reflektivt akademisk selskab. In G. Duus, M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, & D. Tofteng (Eds.), *Aktionsforskning en grundbog*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Nielsen, K. A., & Nielsen, B. S. (2005). Kritisk-utopisk aktionsforskning. Demokratisk naturforvaltning som kollektiv dannelsesproces. In T. B. Jensen & G. Christensen (Eds.), *Psykologiske og pædagogiske metoder*. Frederiksberg: Roskilde universitetsforlag.
- Nielsen, K. A., & Nielsen, B. S. (2006). Methodologies in Action Research. In *Action and Interactive Research Beyond practice and theory*. Maastricht: Shaker Publishing.
- Nielsen, K. A., & Nielsen, B. S. (2007). *Demokrati og naturbeskyttelse*. København: Frydenlund.
- Nordentoft, H. M., & Olesen, B. R. (2014). *Kommunikation i kontekst*. Latvia: Munksgaard.
- Olesen, B. R. (2011). Aktionsforskning - om at skabe meningsfuld viden og forandring sammen. In P. Almlund & N. B. Andersen (Eds.), *Fra Metateori til Kommunikation* (1st ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Olesen, B. R., & Pedersen, C. H. (2008). Involverende relationer og udfordring af eksisterende viden - forskningsformidling fra en aktionsforskers perspektiv. *Tidsskriftet Læring og Medier (LOM)*.
- Olesen, B. R., & Pedersen, C. H. (2013). Co-Producing Knowledge: Between Othering, Emotionality and Dialogue. In L. Phillips, M. Kristiansen, M. Vehviläinen, & E. Gunnarsson (Eds.), *Knowledge and Power in Collaborative Research*. New York: Routledge.
- Olsén, P., Nielsen, B. S., & Aagaard Nielsen, K. (2003). *Demokrati og bæredygtighed*. Roskilde universitetsforlag. Retrieved from
- Otto. (2003). Governmentalitetsteori Styringsteknologi og Subjektet. *Arbejdsrapport 1. Udkast*.
- Payne, S. (2002). The communication of information about older people between

- health and social care practitioners. *Age and Ageing*, 31(2), 107–117.
- Pedersen, A. R. (1998). En præsentation af sneboldsmetoden. In P. Bogason & E. Sørensen (Eds.), *Samfundsforskning Bottom-Up Teori og metode*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Pedersen, C. H. (2004). Billedet som anker. Metodisk inspiration til kvalitativ kommunikationsforskning. *Nordicom Information*, 1.
- Pedersen, K. M., Christiansen, T., & Bech, M. (2005). The Danish health care system: evolution--not revolution--in a decentralized system. *Health Economics*, 14(Suppl 1), S41-57.
- Pedersen, Z. K. (2008). Patientens politiske diskurshistorie. *Forskningsrapport, Center for Health Management, Copenhagen Business School*, 1–125.
- Phillips, L. (2011). *The promise of Dialogue* (1st ed.). Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Phillips, L. J. (2011). Analysing the dialogic turn in the communication of research-based knowledge: An exploration of the tensions in collaborative research. *Public Understanding of Science*, 20(1), 80–100.
- Phillips, L., Kristiansen, M., Vehviläinen, M., & Gunnarsson, E. (2013). *Knowledge and Power in Collaborative Research: A Reflexive Approach*.
- Rasmussen, H. S. (2016). *Firkløverregeringen. Gyldendals og Politikens Danmarkshistorie*. Retrieved from
- Reason, P., & Bradbury, H. (2006). Introduction: Inquiry and participation in Search of a World Worthy of Human Aspiration. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of Action Research* (Concise Pa). London.
- Reason, P., & Bradbury, H. (2008). The SAGE handbook of action research. SAGE.
- Regeringen. (1994). Patienten i Centrum. København.
- Regeringen. (2013). *Bedre kvalitet og samarbejde-opfølgning på evaluering af kommunalreform. 2013*. www.oim.dk.
- Region-Nordjylland. (2014). *Den tværsektorielle grundaftale 2015-2018 Sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivelse*.
- Rose, N., & Miller, P. (1992). Political Power beyond the State. Problematics of Government. *British Journal of Sociology*, 43(2), 173–205.
<http://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2009.01247.x>
- Sabatier, P. A. (1986). Top-down and Bottom-up Approaches to Implementation Research : A Critical Analysis and Suggested Synthesis. *Journal of Public Policy*, 6(1), 21–48.
- Schoenborn, N. L., Arbaje, A. I., Eubank, K. J., Maynor, K., & Carrese, J. A. (2013). Clinician roles and responsibilities during care transitions of older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(2), 231–236.
- Seemann, J., Dinesen, B., & Gustafsson, J. (2013). Interorganizational innovation in systemic networks: TELEKAT findings. *Innovation Journal*, 18(3), 2–19.
- Seemann, J., Gustafsson, J., & Dinesen, B. (2011). Interorganisatoriske ledelsesudfordringer : afsæt i erfaringer fra TELEKAT, (december), 1–19.
- Shotter, J. (2007). Not to forget Tom Andersen ' s way of being Tom Andersen : the importance of what “ just happens ” to us. *Human Systems*, (18), 15–28.
- Smed, J. (1998). Bottom-Up og nyinstitutionel teori. In P. Bogason & E. Sørensen (Eds.), *Samfundsforskning Bottom-Up Teori og metode*. Roskilde: Roskilde universitetsforlag.

- Sommer, C. (2015). Ét problem - mange løsninger | DSR. Retrieved February 28, 2016, from <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2015-7/et-problem-mange-losninger>
- Staunæs, D., & Krøjer, J. (2008). Introduction: The complexity and power of methods and analytical optics. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 21(1), 1–2.
- Stormhøj, C. (2006). *Poststrukturalismer*. Samfundslitteratur.
- Strukturkommissionen. (2004). *Strukturkommissionens betænkning*.
- Sundheds-, & Ældreministeriet. (2016). Sundheds- og Ældreministeriet Minister diskuterer visioner for det nære sundhedsvæsen - sum.dk.
- Sundhedsstyrelsen. (2011). *Styrket indsats for den ældre medicinske patient-fagligt oplæg til en national handlingsplan*. København.
- Sundhedsstyrelsen. (2016). *Styrket indsats for den ældre medicinske patient. Fagligt oplæg til en natinal handleplan*.
- Sundhedsstyrelsen, Regioner, D., & Landsforening, K. (2012). *Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient*. København.
- Svensson, L. (2002). Bakgrund och utgångspunkter. In L. Svensson, G. Brulin, P.-E. Ellström, & Ö. Widegren (Eds.), *Interaktiv forskning - för utveckling av teori och praktik*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Svensson, L., & Nielsen, K. A. (2006). *Action Research and Interactive Research. Beyond Theory and Practice*. Shaker publishing.
- Søgaard, V. Y., & Sommer, C. (2015). Sundhedsminister: Vi skal forbedre overgangene | DSR.
- Søndergaard, D. M. (2006). At forske i komplekse tilblivelser. In B. T. Jensen & G. Christensen (Eds.), *Psykologiske og pædagogiske metoder*. Frederiksberg C: Roskilde universitetsforlag.
- Sørensen, E. (1998). Hvad er bottom-up forskning for noget og hvad skal vi med den? In P. Bogason & E. Sørensen (Eds.), *Samfundsforskning Bottom-Up Teori og metode*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Tanggaard, L. (2008). Håndværket som identitetsoase i videnssamfundet ? *Nordiske Udkast*, (1), 3–15.
- Tanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative Metoder En grundbog* (1. udgave). Latvia: Hans Reitzels Forlag.
- Teasdale, T., & Svendsen, H. (2005). Spørgeskemaer. In T. Jensen Bechmann & G. Christensen (Eds.), *Psykologiske og pædagogiske metoder*. Frederiksberg C: Roskilde universitetsforlag.
- Thorup, M.-L. (2016, November 7). New Public Management er afgået ved døden. *Information*.
- Tofteng, D., & Husted, M. (2012). Etik og Normativitet. In G. Duus, M. Husted, K. Kildedal, E. Laursen, & D. Tofteng (Eds.), *Aktionsforskning en grundbog*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur.
- Torring, J. (2012). Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor: Drivkræfter, barrierer og behovet for innovationsledelse. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 16(1), 27–47.
- Tulloch, A. J., Fowler, G. H., McMullan, J. J., & Spence, J. M. (1975). Hospital discharge reports: content and design. *BMJ*, 4(5994), 443–446.

- Uddannelse Ministeriet for Forskning Innovation og Videregående. (2012).
Bekendtgørelse af lov om universiteter. København.
- Villesen, K., & Kristensen, K. (2016, September 23). Mette Frederiksen lover opgør med kontrol i det offentlige. *Information*.
- Williams, J. (2005). *Understanding poststructuralism*. Acumen Pub. Retrieved from
- Williams, J. (2007). Poststructuralism , Theory and Practice, 1–12.
- Winther Jørgensen, M., & Phillips, L. (1999). Diskursanalyse som teori og metode. Roskilde universitetsforlag.
- Økonomi - og indenrigsministeriet. (1970). Bekendtgørelse om landets inddeling i amtskommuner og kommuner. - retsinformation.dk.

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

Det opslåede ph.d.-projekt indgår som del af et større forskningsmiljø, hvor dialog – såvel praktisk som teoretisk – er omdrejningspunkt, i forhold til at forstå og forandre tværfaglig og tværsektoriel kommunikation. Ph.d.-projektet forløber over 3 år og gennemføres i et samarbejde mellem Institut for Kommunikation, Virksomhed og Informationsteknologier/Roskilde Universitet, Region Sjælland og Holbæk Kommune. Den ph.d.-studerende indskrives i forskeruddannelsesprogrammet Kommunikation, Journalistik og Performance Design med start 1. september 2013 eller snarest derefter.

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 sundhedsvæsnets skaber denne udvikling et øget 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.).

Når en patient udskrives, implicerer det ofte en lang række kommunikationssituationer, hvor forskellige aktører med forskellige fagligheder, vurderinger, prioriteringer og ressourcer mødes. Det fører for ofte til, at der ikke samarbejdes tilstrækkeligt på tværs af sektorer og systemer, hvilket kan være særdeles omkostningsfuldt både for den enkelte patient og for det velfærdsstatslige system.

I regioner og kommuner arbejdes der aktuelt med at finde måder, hvorpå man kan bidrage til sammenhængende behandlingsforløb. Et eksempel herpå er opfølgende hjemmebesøg, hvor sygehus, kommuner og praktiserende læger samarbejder om at tilbyde læge- og sygeplejefaglig opfølgning til patienter med særligt behov i patientens eget hjem efter sygehusudskrivning. Se evt. mere herom

<http://www.regionsjaelland.dk/nyheder/pressemeddelelser/Sider/Aeldre-får-hjemmebesog-efter-indlaeggelsen.aspx>

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 orienteret 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 hospitalet.

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>

<http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/kronikerportal/projekter-forloepsprogrammer/Sider/Udvikling-af-forloepsprogrammer.aspx>

Ph.d.-projektet 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, aktionsforskningsorienteret 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 stillingsannoncen 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.

DATO/REFERENCE

01-12-2016/ diho

JOURNALNUMMER

DERES REFERENCE / JOURNALNUMMER

Information om forskningsprojektet:

***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 personalet 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.

Den første del af mit projekt handler om at undersøge, hvordan kommunikationen og samarbejdet foregår i dag.

Som borger og patient, er du den centrale person. Derfor vil jeg gerne følge dig igennem indlæggelsen til du udskrives. Jeg vil gerne tale med dig om dine oplevelser af samarbejdet mellem sygehus og hjemmeplejen i forbindelse med din udskrivelse.

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

Ph.d.-studerende Ditte Høgsgaard
Roskilde Universitet
Universitetsvej 1
4000 Roskilde

Sendt til: diho@ruc.dk

BILAG 3

4. december 2013

Vedrørende anmeldelse af: "Kommunikation i forbindelse med ældre medicinske patienters udskrivelse fra sygehus til eget hjem"

Datatilsynet
Borgergade 28, 5.
1300 København K

Ovennævnte projekt er den 28. oktober 2013 anmeldt til Datatilsynet efter persondatalovens¹ § 48, stk. 1. Der er samtidigt søgt om Datatilsynets tilladelse.

CVR-nr. 11-88-37-29

Det fremgår af anmeldelsen, at du er dataansvarlig for projektets oplysninger. Behandlingen af oplysningerne ønskes påbegyndt snarest og forventes at opføre sig 1. oktober 2016.

Telefon 3319 3200
Fax 3319 3218

E-mail
dt@datatilsynet.dk
www.datatilsynet.dk

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.

J.nr. 2013-41-2487

TILLADELSE

Sagsbehandler
Helene Arensbak
Mørk
Direkte 3319 3247

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 forlænget, 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.
3. Behandling af personoplysninger må kun foretages af den dataansvarlige eller på foranledning af den dataansvarlige og på dennes ansvar.
4. Enhver, der foretager behandling af projektets oplysninger, skal være bekendt med de fastsatte vilkår.
5. De fastsatte vilkår skal tillige iagttages ved behandling, der foretages af databehandler.
6. Lokaler, der benyttes til opbevaring og behandling af projektets oplysninger, skal være indrettet med henblik på at forhindre uvedkommende adgang.
7. Behandling af oplysninger skal tilrettelægges således, at oplysningerne ikke hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes eller forringes. Der skal endvidere foretages den fornødne kontrol for at sikre, at der ikke behandles urigtige eller vildledende oplysninger. Urigtige eller vildledende oplysninger eller oplysninger, som er behandlet i strid med loven eller disse vilkår, skal berigtiges eller slettes.
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

11. Identifikationsoplysninger skal krypteres eller erstattes af et kodenummer el. lign. Alternativt kan alle oplysninger lagres krypteret. Krypteringsnøgler, kodenøgler m.v. skal opbevares forsvarligt og adskilt fra personoplysningerne.
12. Adgangen til projektdata må kun finde sted ved benyttelse af et fortroligt password. Password skal udskiftes mindst én gang om året, og når forholdene tilsiger det.

13. Ved overførsel af personhenførbare oplysninger via Internet eller andet eksternt netværk skal der træffes de fornødne sikkerhedsforanstaltninger mod, at oplysningerne kommer til uvedkommendes kendskab. Oplysningerne skal som minimum være forsvarligt krypteret under hele transmissionen. Ved anvendelse af interne net skal det sikres, at uvedkommende ikke kan få adgang til oplysningerne.
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 trækkes 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.
20. Videregivelse må kun ske efter forudgående tilladelse fra Datatilsynet. Datatilsynet kan stille nærmere vilkår for videregivelsen samt for modtagerens behandling af oplysningerne.

Ændringer i projektet

21. Væsentlige ændringer i projektet skal anmeldes til Datatilsynet (som ændring af eksisterende anmeldelse). Ændringer af mindre væsentlig betydning kan meddeles Datatilsynet.
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.*
24. Alternativt kan oplysningerne overføres til videre opbevaring i Statens Arkiver (herunder Dansk Dataarkiv) efter arkivlovens regler.
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 fortegnelsen 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 omformateres til Portable Digital Format (PDF), da dette fjerner eventuelle indlejrede Excel-tabeller.

Med venlig hilsen

Helene Arensbak Mørk

Ph.d. studerende

Ditte Høgsgaard

Roskilde Universitet
Universitetsvej 1
4000 Roskilde

diho@ruc.dk
mobil. :20486771



PROJEKTBEKRIVELSE



Kommunikation i forbindelse med ældre medicinske patienters udskrivelse fra sygehus til eget hjem - *at forstå og forandre*

Ph.d. projektet er etableret på baggrund af en aftale mellem Roskilde Universitet, RUC, Institut for Kommunikation, Virksomhed og Informationsteknologi, Holbæk Kommune og Holbæk Sygehus, og forløber over 3 år, fra 1.10.2013.

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 multisyge 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 centralt for 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

Som det fremgår af ovenstående skema forløber projektet over 4 faser fra 1.10.2013 - 30.9.2016.

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.

I Fase 2, har jeg fokus på at diskutere de temaer og problemstillinger, som er fremanalyseret i fase 1. De vil blive debatteret på 2-3 heldagsmøder (workshops), hvor der deltager medarbejdere fra både Holbæk kommune og sygehus, afdeling 03-5. Hvordan dette helt præcist kommer til at foregå er afhængigt af analysens resultater. Hensigten er at få jeres vurdering, kommentarer og opfattelser af de problemstillinger, som den første analyse har vist. Måske vil det være relevant at inviterer patienter/pårørende eller andre sundhedspersoner med og inddrage deres perspektiver. På baggrund af disse workshops udarbejder jeg analyse 2, og der træffes beslutning om, hvilke temaer/problemstillinger vi arbejder videre med i aktionsforskningsprocessen - i fase 3.

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 workshop, 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 forsvaret af min afhandling.

Samarbejdsmodel - og forbrug af timer

For at et aktionsforskningsprojekt, med høj grad af medarbejder 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:

Antal medarbejdere der deltager i:	2013	2014	2015	2016
2 møder á 1 time	6-8			
Interview enkelt/fokusgruppe á 1-2 timer	2-5			
2-3 workshops á 7 timer		7-10		
Aktionsforskningsproces á 100 timer		3		
Analysearbejde á 10 timer			3	
Afsluttende workshop á 7 timer			7-10	
Afsluttende præsentation				?
Antal max. Timer i alt	26	200	300	100

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 forsiden af denne projektbeskrivelse er der et billede af et fjeld, som skal illustrerer, 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 er 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.

Ditte Høgsgaard har en arbejdsforpligtigelse på ca. 200 timer ved NN Kommune. Det er arbejdsopgaver som formidling, forskning, undervisning – eller andre faglige opgaver af relevans for ph.d. uddannelsen. Der laves ved halvårlige koordineringsmøderne en rapportering af timeforbrug.

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:

	2013	2014	2015	2016
Antal medarbejdere der deltager i:				
2 Møder á 1 time	6-8			
Interview enkelt/fokusgruppe á 1- 2 timer	2-5			
2-3 Workshops á 7 timer		7-10 ¹		
Aktionsforskningsprocessen á 100 timer			3 ²	
Analysearbejde á 10 timer			3	
Afsluttende wokshop á 7 timer			7-10	
Afsluttende præsentation á 2 timer				?
Antal max. timer i alt:	26	200	300	100

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 har nu afsluttet første fase af mit ph.d. projekt: ***Kommunikation imellem fagpersoner, patienter og pårørende i forbindelse med ældre medicinske patienters udskrivelse fra sygehus til eget hjem***. Jeg kan nu give mit første og umiddelbare bud på, hvad jeg ser som værende betydningsfuldt og måske relevant at arbejde videre med. Mine fund vil jeg gerne kvalificere og nuancere yderligere, og inviterer jer derfor til at deltage i 3 workshop om fund.

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, dilemmaer og muligheder og dermed skabe nye indsigter og forståelse for kommunikationspraksis på tværs af sektorer og fagspecialer.

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

Ditte Høgsgaard
Ph.d. studerende
Phone: 20 48 67 71
E-Mail:



TEMADAG 30.4.2014

Ph.d.projekt: Kommunikation imellem de sundhedsprofessionelle i forbindelse med ældre medicinske patienters udskrivelse til eget hjem

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 baggrunde 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 præsentere 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

12:00 - 12:30	• Velkomst, sandwich
12:30 - 13:15	• Præsentation af projektet
13:15 - 13:30	• Spørgsmål og kommentarer
13:30 - 14:15	• Billede øvelse 1
14:15 - 14:30	• Pause
14:30 - 15:15	• Billede øvelse 2
15:15 - 15:45	• Opsamling, hvad tager vi med
15:45 - 16:00	• Forslag til det videre forløb

Tema-eftermiddagen foregår foregår på Holbæk vandrehjem Ahlgade

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

Vel mødt ☺